



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MARX RODRIGUES DE MOURA**

**A DISPUTA PELO DIREITO À SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE:  
uma análise da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde,  
Entidades e Movimentos Sociais e Populares**

**Recife  
2018**

MARX RODRIGUES DE MOURA

**A DISPUTA PELO DIREITO À SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE:**  
uma análise da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde,  
Entidades e Movimentos Sociais e Populares

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco na área de concentração em Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Rodrigues Costa.

Recife  
2018

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

M929d Moura, Marx Rodrigues de  
A disputa pelo direito à saúde na contemporaneidade: uma análise da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares / Marx Rodrigues de Moura. - 2018.  
293 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Rodrigues Costa.  
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2018.  
Inclui referências e anexos.

1. Cidadania. 2. Direito à saúde. 3. Política pública de saúde. I. Costa, Mônica Rodrigues (Orientadora). II. Título

361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2018 – 136)

## **MARX RODRIGUES DE MOURA**

**A DISPUTA PELO DIREITO À SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE:  
uma análise da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de  
Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco na área de concentração em Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Aprovada em: 20/03/2018

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Rodrigues Costa (Orientadora e Examinadora Interna)  
Universidade Federal do Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Cavalcante Soares (Examinadora Externa)  
Universidade Federal do Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alessandra Ximenes da Silva (Examinadora Externa)  
Universidade Estadual da Paraíba

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina de Souza Vieira (Examinadora Interna)  
Universidade Federal do Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Delaine Calvalcanti Santana de Melo (Examinadora Externa)  
Universidade Federal do Pernambuco

Dedico esta tese, entre a tecedura e tessitura, à minha esposa Suely e aos meus filhos Marcos Antônio e Luana, bases da minha estrutura no caminhar adiante que fazemos juntos. Amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

Nessa etapa final, descobri que este espaço é próprio do meu ser, sem reservas, em relatar as sensações próprias de quem tece algo e se delicia com sua própria obra. Considerando-me um indivíduo sedentário, em fincar raízes no meu torrão natal ao nascer, crescer e esperar morrer por essas bandas de cá, sou enfático que a clausura não é o meu forte. Porém não costumo me aquietar apenas num espaço, e, por essa impaciência, sempre busquei novos conhecimentos, pela necessidade, com as possibilidades que existiam ao meu redor – meio contraditório, mas foi assim que aprendi a enfrentar os desafios que a vida me ofereceu.

Descobri que sou nômade no pensamento, acelerado, no pensar em querer atingir meus objetivos. A graduação foi um grande desafio, em Picos-PI, depois de desistir do curso de Psicologia na Universidade Federal do Pernambuco (UFPE), desisti de Recife-PE. Também, aceitei voltar à “estaca zero”. E, no meu próprio espaço não tive oportunidade de escolher o curso superior, diante da existência de apenas um, vocação da região comercial (ou imposição das elites) numa região que agrega de quase meio milhão de habitantes, explorada por “coronéis”, apesar de não serem grandes latifundiários, dominavam (e ainda dominam) a região por uma ideologia secular, nesse Nordeste sofrido. Foi nesse contexto que concluí minha graduação, na Universidade Estadual do Piauí (UESPI), de Bacharelado em Ciências Contábeis, nas Ciências Sociais Aplicadas, onde foi estudante, e, posteriormente na docente e coordenador de curso por seis anos, ensaiando os primeiros passos de ser um professor.

Mesmo com uma especialização na área contábil, atuando na docência, nessas bandas do Piauí, o professor em sala de aula ainda não é reconhecido como contador, parece uma criatura estranha à profissão, principalmente pelos seus próprios pares. Quis desbravar mais uma vez o espaço existente, movimentei-me quebrando paradigmas, novas construções e contribuições na área contábil, não para a elite comercial de grandes empresas, mas para uma infinidade de pessoas e entidades sem fins lucrativas que surgiram neste mesmo espaço, definindo seus objetivos de atingir o bem comum, diferente do lucro que a empresa privada quer sobrepor e utilizar do espaço público e dos trabalhadores.

Avançar no mestrado e no doutorado em Serviço Social, mesma área do conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, distinta do objeto e das matrizes

estudadas na graduação, além da própria reconstrução do conhecimento, foi um grande desafio. Surge Recife-PE, novamente. A chama interna e do nomadismo estava acessa para enfrentar, aprender e apreender. Estar na docência possibilitou enxergar além da própria sala de aula. Sair da zona de conforto, e, nesses verbos: avançar, construir, enfrentar, desconstruir e sobreviver... sobrevivi.

Posso falar do esforço, de como consegui chegar - eis um milagre, do transcendente, de um sincretismo, do sagrado, sem muitas explicações, causando estranheza e admiração em meio à materialidade do meio acadêmico das Ciências Sociais Aplicadas, toda possibilidade foi transformada em realidade através da luta pessoal e ajuda de pessoas que considero caras para mim.

Lancei-me no mesmo rio do conhecimento por duas vezes, nem o rio foi o mesmo, nem permaneci como antes. O percurso no doutorado foi mais desafiador, um mergulho mais profundo do ser, uma desconstrução para além das aparências, uma espiral do conhecimento e do autoconhecimento, e de forma paralela. A esta altura, quando a reta final apontou mais próxima, veio a audácia de olhar, numa regressão, verificar a superação de uma série de obstáculos e olhar, definitivamente, para frente encarando os desafios e angústias, uma construção diária.

Ao chegar até aqui, tudo se tornou válido, quando aprendi a desconstruir e construir significações, com um novo olhar, mais calmo e sereno, tolerante e empático, cheio de gratidão diante das escolhas que fiz. Nesse percurso solitário, devo agradecer às pessoas que estiveram mais próximas e às memórias da existência que fazem um enorme sentido.

Agradeço ao Deus Pai, “numa relação ainda em construção”, numa proximidade cada vez maior do sagrado, superando barreiras, no encerramento dos lutos, numa vida nova e livre de amarras e “crenças limitantes”.

À memória do meu pai, Antônio da Costa Moura, e da minha mãe, Anadir de Jesus Rodrigues, do amor dos dois, nasci. Ausentes, são presenças intensas em minhas boas recordações. Aprendi nesta caminhada a deixá-los seguir para outras dimensões, sem ressentimentos, sem mágoas, apenas ir.

À minha esposa, Suely, companheira, merecedora de todo meu amor e fidelidade. Sempre presente, partilhando, dialogando, fortalecendo nossa caminhada, que avança no autoconhecimento. Agradeço também à sua escuta paciente e o esforço das revisões dessa tese, do começo ao final.

Ao meu filho, Marcos Antônio, na construção dos seus passos sozinhos, no desbravar da juventude, na aprendizagem acadêmica de Psicologia e da vida, a ser vivida. Obrigado por ceder um pouco da sua construção de “Ida”, e também às revisões dessa tese, na fase ao final.

À minha filha, Luana, humanizadora, ensaiando novos passos na vida acadêmica em Jornalismo, rumo aos seus desejos de viver de forma original, consciente das suas atitudes e de suas escolhas profissionais.

Aos meus familiares, especialmente à minha sogra dona Lourdes e cunhadas Lúcia, Lourdes e Lucinete, pelas orações. Aos sobrinhos Mayara, Paula e Paulo pela presença e atenção. Em especial à Lúcia e, por extensão, à Mariana pelas orações.

Às tias Irmãs Mercedárias, Terezinha Rodrigues e Zenaide Lima; tias Zina Xavier, Angélica Xavier, Ana Teresa e tios Zezé e Antenor pelas orações, acompanhamento, sempre com um gesto carinhoso e acolhedor.

À Vanessa Santos e ao Wilson Batista, usuários do Sistema Único de Saúde, pela leitura desta tese e retorno quanto ao entendimento, diante de suas iniciais compreensões da política pública de saúde.

À tia Marlene Costa e meus primos Bruce, Douglas e Ítalo, um trio que posso contar em todas as horas, obrigado pelo acompanhamento e ajuda durante esses anos e também à família Costa Moura por acreditarem em mim.

Ao tio e poeta Francisco José da Costa (tio Xikim), pela leveza dos versos no começo dessa tese, entre a tecedura e a tessitura, numa Galeria de Arte e Café, imitando a vida, imitando a arte, tecendo a vida, tecendo a tese. Ao escritor e poeta Ozildo Batista de Barros pela leveza, metáfora e sentido das palavras, no espaço “Falecido Amor” que se fez acolhimento para o descanso nos momentos necessários, pela cordialidade e amizade do casal Belinha e José Armínio.

À Corrinha e à Gerlane, por gostar muito de vocês, trago aqui nesse espaço, minha gratidão pela força durante essa caminhada, desde o início, desses quase cinco anos. Imaginem que cada vez que nos encontramos, sentia a alegria do compartilhar, do gostar e a conversa não tinha ponto final. Agradeço ao Amélio Rodrigues a todos (as) os (as) demais da família Franco Rodrigues, pelo pensamento positivo.

Aos amigos e amigas, Vilebaldo, Rozângela, Sofia, Inês, Yasmim, Ana Maria, Elisberto Luz e Mundica Fontes, pela compreensão nas ausências dos saraus litero-musicais.



Aos casais amigos Espedito e Edma, Roberval e Maria Auxilium, Sr. Chico e Dona Alcina, Rosa e Sávio, do Círculo Esperança de Estudo do Encontro de Casais Cristo – ECC e ao Grupo de Orações do Terço em Família. Logo estaremos de volta para encontros, com mais perseverança em busca de um mundo mais justo.

À minha orientadora professora Dra. Mônica Rodrigues Costa, também professora do mestrado. Neste período, mais intenso, pelo acolhimento no início do doutorado, ainda no processo de solução, no carinho da orientação, presencial e virtual. Grato pela persistência, incentivo e força nesta reta final, quando o cansaço tomou conta de mim. À professora Dra. Ana Cristina de Souza Vieira, pelo incentivo, desde o início, do mestrado e agora no percurso do doutorado, principalmente, quando estive fraquejando. Seu sorriso acolhedor me fortaleceu, quando o cansaço me abatia. Suas palavras me guiaram para seguir adiante.

À professora Dra. Anita Aline Costa Albuquerque (*in memoriam*) que me ensinou a ver os contrários, além das aparências e fez um sentido enorme em minha vida quando buscava entender a dialética no cotidiano das relações. À Banca Avaliadora da Tese, professoras Dra. Mônica Rodrigues Costa, Dra. Ana Cristina de Souza Vieira, Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo e Dra. Raquel Cavalcante Soares, pelas proveitosas contribuições. Sugestões que colaboraram para o meu aprimoramento e conclusão desses estudos, aliado ao crescimento pessoal. Ao programa de Pós-graduação do Doutorado Interinstitucional (DINTER), representado pelas professoras Dra. Ângela Santana do Amaral e Dra. Ana Cristina de Souza Vieira, na formação de novos doutores. Aos demais docentes do curso, muito obrigado pela dedicação a esta turma de Picos, Piauí.

Ao José Teófilo Cavalcante, Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Piauí (Segmento Usuários), ao Júlio Araújo Silva, Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Picos (Segmento Usuários) e ao Matheus Soares Santos (seguimento Usuários), do Conselho Municipal de Saúde de Picos, pelas conversas, apoio de materiais e contatos nesta caminhada de defesa de interesses pelo direito à saúde.

Aos colegas do doutorado em Serviço Social, em especial à professora Dra. Maria José Rodrigues de Sousa, prima-irmã de sangue, pelo espírito de companheirismo ao longo da caminhada de estudo e pesquisa no mestrado e doutorado, pela sua insistência para que eu avançasse na pós-graduação em Serviço Social, contribuições para avanços que ora se apresentam na minha vida. À

Assistente Social professora Dra. Maria dos Remédios Beserra, colega do mestrado, pela atenção no acompanhamento da turma do DINTER em Picos e ao Assistente Social Jenilson Antônio de Oliveira, pela partilha do conhecimento nas discussões, revisões e formatação do texto final.

Aos colegas do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí – IFPI, em especial, ao Diretor Geral, Elisberto Luz; Diretor de Ensino, Ferreira Júnior; Coordenador de Recursos Humanos, Israeliton Barbosa; Coordenador de Saúde, Médico Marcos Valença; Coordenadora do Eixo de Gestão e Negócios, Alline Leônidas; professores Tiago Claudino, Marcus Linhares, Juliana Valença, Gilberto Nunes, Felinto Firmeza, Maria Mislene, Mariana Macêdo, Anne e Nilsinho; assistentes administrativos Ruy Dglan e Magnólia Moreira; e, demais professores e técnicos administrativos durante esse período de afastamento Campus Picos. À colega professora do IFPI, Ana Karina Barbosa Sampaio, agradeço de forma especial pelo incentivo no Reconhecimento de Saberes e Competências III. À Reitoria do IFPI, em Teresina, nos processos de afastamento para capacitação nesse doutorado.

Aos médicos: Hercílio Bezerra, Wesly Lopes, Kassiano Nogueira e Levi Dantas; psicólogos: Christiano Breno, Raqueline Moreira e Carinny Leal; fisioterapeutas: Arlino Santos (Conselheiro de Saúde de Picos, segmento Prestador de Serviço), Raissa Oliveira e Ytallo Rangel (osteopata); dentista Kelvane Gomes; e, Esequiel Dias (terapeuta holístico), Fabrício (nutricionista), profissionais que cuidaram da minha saúde, corpo e estabilidade emocional, nesses anos de estudos, esforços e desgastes.

À Faculdade Raimundo Sá e à diretora Roberta de Sá Urtiga, pela coragem em desbravar um processo de expansão da pesquisa nos moldes do Mestrado Interinstitucional e Doutorado Interinstitucional na cidade de Picos, com resultados não só para o seu meio acadêmico, mas para uma coletividade que se apresenta nessa região do semiárido piauiense.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro na concessão da Bolsa Doutorado – GD e Taxa de Bancada, importantes na realização da pesquisa.

Ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio, pois quando nele se entra novamente, não se encontra as mesmas águas, e o próprio ser já se modificou. Assim, tudo é regido pela dialética, a tensão e o revezamento dos opostos. Portanto, o real é sempre fruto da mudança, ou seja, do combate entre os contrários. (*ÉFESO*, 535 a.C. – 475 a. C.)

*“Ida”*

Se o tempo passasse um pouco mais devagar  
Não acho que o ritmo que me guia pudesse se ajustar  
Por isso só sigo as batidas do meu coração  
Esse negócio de relógio não me ajuda, só me deixa na mão

Se a vida te desse outra oportunidade  
De realizar os teus sonhos, de viver plenamente, de verdade  
Acho difícil que mesmo com essa chance  
O teu desejo fosse satisfeito, pelo menos por um instante

Não adianta querer mudar, o que já se foi não vai voltar  
Só o que restam lembranças do passado, de algum lugar  
Vivemos como crianças perdidas, que não conseguem mais se  
encontrar  
Nessa bagunça de espaço-tempo que só tem o caminho de ida

Infelizmente o tempo não passa mais devagar  
Cada minuto é eterno, é só saber aproveitar  
A vida é isso: escolha, aceite... veja no que dá  
O resto é consequência, é só saber esperar  
(MOURA, 2017, p. 12)

*“Tecedura e Tessitura”*

Eis que um dia, lembrando velhos anseios  
Quando a noite surgia anfitriã da lua,  
E o arrebol despedindo-se d’aquela rua,  
Impregnado de ti, mergulho em devaneios.

Minh’alma, ah! Não tem jeito, ainda é tua  
Mesmo em usufruto, no limbo, ou meio,  
Sempre acaba esbarrando em teu seio,  
Que a amortece numa realidade tão nua.

E por amortecer, naquela rua vejo tecer  
O artesão, soando sua voz da imaginação.  
E também, o poeta e poesia, numa canção.

Posto que, a rua é galeria ao amanhecer;  
É um tear de cores e imagens em tecedura,  
Bem como pôr a voz ao violão em tessitura.  
(COSTA, 2018, p. 15)

## RESUMO

A pesquisa apresenta como objeto de estudo a defesa de interesses que se materializa nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares na luta em defesa do direito à saúde, numa sociedade capitalista, marcada pela luta de classes. Busca apreender como a disputa pelo direito à saúde tem ocorrido em novos espaços de participação social e como a defesa de interesses apresenta-se num cenário marcado pelo avanço do neoliberalismo e políticas privatizantes, gerando consequências em todo um sistema e na vida dos usuários da saúde. Traz como objetivo geral analisar a defesa de interesses nas plenárias, num recorte temporal de vinte e dois anos de plenárias nacionais de saúde, de 1994 a 2016, considerando, por um lado, o desmantelamento da saúde e privatização do bem público e, por outro lado, a valorização do interesse social, na defesa de interesses pelo direito à saúde. Através dos objetivos específicos, descreve o processo de construção e consolidação do direito à Saúde no Brasil; aponta os principais mecanismos de participação e formulação da Política Pública de Saúde no Brasil; identifica as principais prioridades dos interesses nas agendas defendidas pelos usuários, nessas plenárias; e, apreende através, das diferentes conjunturas, as tendências das proposições das ações nas realizações das plenárias. A metodologia desenvolvida nessa pesquisa é documental, através da pesquisa qualitativa. Os dados coletados são oriundos de documentos dos relatórios coletados de vinte e quatro eventos realizados no período, tais como: Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, Congresso Nacional de Saúde e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. Por meio da revisão bibliográfica, foram realizados levantamentos bibliográficos, presentes em todas as etapas da investigação, contemplando as categorias centrais da pesquisa tomadas para análise a luta pelo direito à saúde as garantias para sua efetivação. A pesquisa encontrou trinta e duas ações destacadas em audiências, debates, notas de apoio, recomendações, resgates históricos, resoluções, cartas, diagnósticos, manifestos e manifestações que apresentaram as categorias da luta pelo direito à saúde e a defesa de interesses. São apresentados como principais resultados a continuidade das agendas de lutas pela efetivação do direito à saúde nas plenárias, destacados como interesses na defesa da política de saúde, em três agendas de lutas, tais como: financiamento da saúde pública, gestão da política de saúde e privatização da saúde. A análise documental foi utilizada como técnica de pesquisa e para a discussão dos resultados e interpretação, foi utilizado Bardin (1997). A pesquisa se torna relevante por levantar uma discussão quanto à luta em defesa dos direitos diante dos ataques aos direitos conquistados e materializados na Política Pública de Saúde do Sistema Universal de Saúde no Brasil a partir de 1988. Compreende-se que a defesa de interesses, para além dos Conselhos de Saúde, encontra-se presente nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, situada no bojo da sociedade capitalista. A defesa se materializa através das lutas pelo do direito à saúde universal, integral e equânime. Os resultados contribuem na compreensão das ações de lutas das plenárias, nas agendas de interesses em favor dos usuários, possibilitando uma maior capacidade de discussão e de embate na defesa dos interesses pelo direito à saúde universal.

Palavras-chave: Cidadania. Direito à Saúde. Política Pública de Saúde. Disputa de Interesses. Mecanismos de Controle Social.

## ABSTRACT

The research presents as an object of study the defense of interests that materializes in the National Plenaries of Health Councils, Entities and Social Movements and Popular in the fight in defense of the right to health, in a capitalist society, marked by the class struggle. It seeks to understand how the dispute for the right to health has occurred in new spaces of social participation and how the defense of interests presents itself in a scenario marked by the advance of neoliberalism and privatizing policies, generating consequences throughout a system and in the life of health users. Its general objective is to analyze the defense of interests in the plenary sessions, in a twenty-two-year time frame of national health plenaries, from 1994 to 2016, considering, on the one hand, the dismantling of health and privatization of the public good and, on the other side, the valorization of the social interest, in the defense of interests by the right to health. Through the specific objectives, it describes the process of construction and consolidation of the right to Health in Brazil; points out the main mechanisms for participation and formulation of the Public Health Policy in Brazil; identifies the main priorities of interests in the agendas advocated by users in these plenaries; and, through different conjunctures, apprehends the tendencies of the propositions of actions in the accomplishments of the plenary sessions. The methodology developed in this research is documentary, through qualitative research. The collected data come from documents of the reports collected from twenty-four events held during the period, such as: National Meeting of Health Councils, National Health Congress and National Plenaries of Health Councils, Entities and Social and Popular Movements. Through the bibliographic review, bibliographical surveys were carried out, present in all stages of the research, considering the central categories of the research taken to analyze the struggle for the right to health guarantees for its effectiveness. The research found thirty-two actions highlighted in hearings, debates, support notes, recommendations, historical rescues, resolutions, letters, diagnoses, manifests and manifestations that presented the categories of the fight for the right to health and the defense of interests. The main results are the continuity of the agendas of struggles for the realization of the right to health in the plenary sessions, highlighted as interests in the defense of health policy, in three agendas of struggles, such as: public health financing, health policy management and privatization of health. The documentary analysis was used as research technique and for the discussion of results and interpretation, Bardin (1997) was used. The research becomes relevant because it raises a discussion about the fight in defense of the rights in front of the attacks on the rights conquered and materialized in the Public Health Policy of the Universal Health System in Brazil from 1988. It is understood that the defense of interests, in addition to the Health Councils, is present in the National Plenaries of Health Councils, Entities and Social and Popular Movements, situated in the bosom of capitalist society. The defense materializes through the struggle for the right to universal health, integral and equitable. The results contribute to the understanding of the actions of plenary struggles, in the agendas of interests in favor of the users, allowing a greater capacity for discussion and struggle in the defense of interests for the right to universal health.

Keywords: Citizenship. Right to Health. Public Health Policy. Dispute of Interests. Mechanisms of Social Control.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios e Diretrizes do SUS Histórico.....	79
Quadro 2 – Fundo Público e Reprodução do Capital .....	100
Quadro 3 – Conferências Nacionais de Saúde: 1941 a 2016.....	108
Quadro 4 – Síntese dos Encontros, Congresso e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares	123
Quadro 5 – Coordenação Provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde .....	131
Quadro 6 – Propostas Aprovadas na V Plenária .....	133
Quadro 7 – Mobilização do Movimento em Defesa da Saúde Pública .....	134
Quadro 8 – Resgate Histórico da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde .....	142
Quadro 9 – Sistema Único de Saúde - Caminhos e Descaminhos.....	144
Quadro 10 – Apresentação da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2008 .....	149
Quadro 11 – Apresentação da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2010 .....	150
Quadro 12 – Apresentação da XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares – 2016 .....	154
Quadro 13 – Resgate histórico de ações realizadas na defesa de interesses em 22 anos .....	155

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFT	Comissão de Finanças e Tributação
CICT	Comissão Interconselhos Tripartite
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFIN	Comissão de Orçamento e Financiamento
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EC	Emenda à Constituição
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HRJL	Hospital Regional Justino Luz
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MINTER	Mestrado Interinstitucional
MOPS	Movimentos Populares de Saúde

MP	Medida Provisória
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do SUS
PAB	Piso de Atenção Básica
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PL	Projeto de Lei
PPGSS	Programa de Pós-graduação em Serviço Social
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
UFPE	Universidade Federal do Pernambuco
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1</b>	<b>Política social, cidadania e o direito à saúde: alguns apontamentos .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2</b>	<b>Participação social e controle social: uma abordagem contemporânea ..</b>	<b>42</b>
<b>3</b>	<b>A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Avanço na concepção do direito à saúde como conquista democrática .</b>	<b>55</b>
<b>3.2</b>	<b>Reforma sanitária brasileira: participação democrática na luta pela saúde universal .....</b>	<b>64</b>
<b>4</b>	<b>A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E OS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1</b>	<b>A Política Nacional de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde: avanços e retrocessos no direito à saúde .....</b>	<b>72</b>
<b>4.1.1</b>	<b>O direito à saúde na relação entre Estado e sociedade civil .....</b>	<b>80</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Neoliberalismo e os ataques ao direito à saúde .....</b>	<b>86</b>
<b>4.2</b>	<b>Mecanismos de controle social e participação na política pública de saúde.....</b>	<b>92</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Conselhos de Saúde .....</b>	<b>102</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Conferências de Saúde.....</b>	<b>106</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares .....</b>	<b>109</b>
<b>4.3</b>	<b>O conflito de interesses no controle social na sociedade do capital.....</b>	<b>112</b>
<b>5</b>	<b>A DEFESA DE INTERESSES NAS PLENÁRIAS NACIONAIS DE CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES .....</b>	<b>116</b>
<b>5.1</b>	<b>Defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares: contradições na garantia do direito à saúde .....</b>	<b>116</b>
<b>5.2</b>	<b>Direito à saúde no Brasil contemporâneo: conflitos de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares .....</b>	<b>157</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>167</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>174</b>

<b>ANEXO A – CARTA DE SALVADOR.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO B – MANIFESTO EM DEFESA DO SUS.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO C – MANIFESTO DA II PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO D – MANIFESTAÇÃO PRÓ-SUS PELA PEC 169/93.....</b>	<b>188</b>
<b>ANEXO E – LUTA PELA APROVAÇÃO DA PEC 169/93 .....</b>	<b>190</b>
<b>ANEXO F – AUDIÊNCIAS NO CONGRESSO NACIONAL .....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO G – PROPOSTAS APROVADAS NA V PLENÁRIA .....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXO H – MOBILIZAÇÃO DO MOVIMENTO EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO I – CARTA ABERTA EM DEFESA DA SAÚDE .....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXO J – DIAGNÓSTICO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>196</b>
<b>ANEXO K – MANIFESTAÇÕES NO CONGRESSO NACIONAL EM FAVOR DA PEC 169/93 .....</b>	<b>201</b>
<b>ANEXO L – HISTÓRICO E PERSPECTIVAS DA PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - PRINCIPAIS LUTAS DO PERÍODO.....</b>	<b>202</b>
<b>ANEXO M – AGENDA NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO - DESAFIOS PARA A REGULAMENTAÇÃO DA EC 29 .....</b>	<b>204</b>
<b>ANEXO N – PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS NO ATO PELA REGULAMENTAÇÃO DA EC 29 NA CÂMARA DOS DEPUTADOS .....</b>	<b>206</b>
<b>ANEXO O – RESGATE HISTÓRICO DA PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE .....</b>	<b>207</b>
<b>ANEXO P – O CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA CONJUNTURA NACIONAL DA SAÚDE .....</b>	<b>208</b>
<b>ANEXO Q – DESAFIOS PARA O CONTROLE SOCIAL.....</b>	<b>214</b>
<b>ANEXO R – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CAMINHOS E DESCAMINHOS .....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO S – DEBATENDO O MODELO DE ATENÇÃO DO SUS.....</b>	<b>217</b>
<b>ANEXO T – CARTA ABERTA AO CONTROLE SOCIAL E A TODAS AS CIDADÃS E CIDADÃOS BRASILEIROS.....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO U – ATIVIDADES NO CONGRESSO NACIONAL PELA REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29 .....</b>	<b>223</b>
<b>ANEXO V – BANDEIRAS DE LUTAS ENCAMPADAS PELA PLENÁRIA...224</b>	

<b>ANEXO W – ATO POLÍTICO - ATIVIDADES NO CONGRESSO NACIONAL: MOBILIZAÇÃO PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE LEI (PL 001/2003) REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/200.....</b>	<b>225</b>
<b>ANEXO X – ATO PÚBLICO PELA REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 E PELA RETIRADA DO PROJETO DE LEI Nº 092/2007.....</b>	<b>226</b>
<b>ANEXO Y – MANIFESTO DA XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO Z – RECOMENDAÇÃO DE 11 PROPOSTAS À PRESIDENTE DILMA ROUSSEFF.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO AA – NOTA DE APOIO AO PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>230</b>
<b>ANEXO AB – MANIFESTO DA 19ª PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS POPULARES E SOCIAIS .....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXO AC – PARTICIPANTES DA 19ª PLENÁRIA ENVIAM CARTA ABERTA AOS PRESIDENTES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS E DO SENADO FEDERAL.....</b>	<b>234</b>
<b>ANEXO AD – CARTA AOS CANDIDATOS E CANDIDATAS - O CNS PEDE COMPROMISSO DE CANDIDATOS COM O SUS .....</b>	<b>236</b>
<b>ANEXO AE – EM PAINEL, PARTICIPANTES DA 20ª PLENÁRIA DIZEM PORQUE DEFENDEM O SUS .....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXO AF – RESOLUÇÃO CNS Nº 534, DE 19 DE AGOSTO DE 2016.....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO AG – APRESENTAÇÃO DA XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE.....</b>	<b>243</b>
<b>ANEXO AH – APRESENTAÇÃO DA XVI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE.....</b>	<b>245</b>
<b>ANEXO AI – APRESENTAÇÃO DA XX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES .....</b>	<b>246</b>
<b>ANEXO AJ – RESOLUÇÃO Nº 33, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1992 .....</b>	<b>248</b>
<b>ANEXO AK – DELIBERAÇÃO Nº 004, DE 10 DE MAIO DE 2001 .....</b>	<b>253</b>
<b>ANEXO AL – RESOLUÇÃO Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003 .....</b>	<b>255</b>
<b>ANEXO AM – RECOMENDAÇÃO Nº 005, DE 07 DE OUTUBRO DE 2004.</b>	<b>261</b>

<b>ANEXO AN – RESPOSTA DE E-MAIL DO CNS E CONSELHO MUNICIPAL DE PICOS.....</b>	<b>262</b>
<b>ANEXO AO – RESUMO ESPECÍFICO DOS ENCONTROS, CONGRESSOS E PLENÁRIAS NACIONAIS DE CONSELHO DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES .....</b>	<b>264</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A pesquisa articula conhecimentos adquiridos ao longo de estudos durante o doutorado sobre o Controle Social e a Participação Social, inicialmente no Conselho Municipal de Saúde de Picos, como observador, e, nos documentos das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, como pesquisador.

O vínculo como discente do Mestrado Institucional (MINTER) entre UFPE/Faculdade Raimundo Sá, parceria do Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) e Faculdade Raimundo Sá/Picos-PI (2009/2011) possibilitou acesso ao conhecimento no campo da cidadania e direitos sociais. Após a conclusão do MINTER, foi oportuno participar da seleção para o Doutorado Institucional (DINTER) UFPE/Faculdade Raimundo Sá, para a turma de 2013.

A concessão de uma bolsa de pesquisa de Doutorado financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no período de novembro/2013 a junho/2016 possibilitou melhores condições para aprofundamento estudos e desenvolvimento do objeto, delineado, inicialmente, na participação social, pela relação Estado e Sociedade Civil nos Conselhos de Saúde e, posteriormente, na defesa de interesses, numa sociedade de classes e projetos em disputa, nesse particular, a disputa do direito à saúde dos conselheiros e conselheiras, entidades e movimentos sociais e populares nas Plenárias Nacionais de Saúde.

No período das disciplinas do DINTER, de 2013 a 2015, foram aprofundados os conhecimentos sobre cidadania, direitos sociais e participação social, além dos conteúdos do programa, ao mesmo tempo na aproximação com a realidade da participação de sujeitos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Picos, participando de reuniões ordinárias e extraordinárias, de nove pré-conferências, da VII Conferência Municipal de Saúde de Picos e da VII Conferência Estadual de Saúde do Piauí, em Teresina, durante o ano de 2015, possibilitando observar a relação Estado e Sociedade Civil, entre teoria e prática, particularmente nas manifestações populares apoiadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Picos

contra a terceirização do Hospital Regional Justino Luz (HRJL), na cidade de Picos – PI.

Com o avançar da qualificação do projeto, em agosto de 2016, surge nova aproximação com realidades além participação social dos conselhos e Conferências de Saúde. As contribuições da banca de avaliação na qualificação do projeto de pesquisa foram de fundamental importância para reflexão e estudo de mais um campo de participação da sociedade civil, não mais como instrumento jurídico institucional de mediação, com novas dinâmicas e estratégias de enfrentamento da realidade, mas numa nova agenda de defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

A partir de então, iniciou-se uma nova etapa do doutorado, na aproximação com essa nova realidade de participação social e agenda pela defesa do direito à saúde universal, nas Plenárias de Saúde, ainda não pesquisada, elegendo como objeto a defesa de interesses que se materializam nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares na luta em defesa do direito à saúde, situada no bojo da sociedade capitalista, marcada pela luta de classes.

As Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais Populares são resultantes de um processo de luta que surge em meados da década de 1990, a partir da deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde, objetivando “[...] promover e aprofundar a articulação entre os Conselhos de Saúde do país, com vistas ao aumento da autonomia no funcionamento desses fóruns [...]” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, CNS, 2006, p. 147), na expectativa de se aperfeiçoarem os caminhos da participação no controle social nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde espalhados em todo o país, nas instâncias federal, estadual e municipal.

As Plenárias de Saúde se constituem, inicialmente [...] em um movimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, nascido do compromisso e da necessidade de articulação entre os conselhos [...] (BRASIL, 2007, p. 05), caracterizadas como instrumentos de luta em defesa do direito à saúde, ao contribuírem no processo de discussão da política pública de saúde e se constituírem como espaços de disputas de interesses na relação Estado e sociedade civil, na perspectiva do direito à saúde de forma universal. São caracterizadas como eventos ‘pois foram inúmeros eventos, ora com nome de encontro, ora congresso, consolidando-se como Plenária’, todos organizados com um só objetivo: responder de maneira nacional as questões conjunturais e estruturais do setor Saúde, articulando os milhares

de conselhos e conselheiros existentes em ações comuns de resistência ou de avanço na implantação do SUS (CNS, 2006, p. 11).

A escolha dessa temática revela o interesse do pesquisador em apreender como a luta pelo direito à saúde tem ocorrido nos novos espaços de participação social, de modo especial nas Plenárias de Conselhos de Saúde, e como a defesa de interesses está presente no cenário de avanço do neoliberalismo e suas políticas privatizantes, de restrição de direitos onde o privado ameaça se sobrepor ao público, gerando consequências na vida dos usuários da saúde.

Este estudo apresenta como objetivo geral compreender a defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, buscando apreender os interesses contrários na luta pelo direito à saúde na contemporaneidade. O interesse reside em investigar como ocorre essa luta e qual a importância do posicionamento e das ações dos conselheiros e conselheiras, movimentos sociais e entidades representativas por meio da análise da defesa de interesses nesses espaços através do estudo de documentos resultantes de vinte e quatro eventos realizados correspondentes aos anos de 1994 a 2016, tais como: Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, Congresso Nacional de Saúde e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

As plenárias na sua dinâmica possuem em seus documentos, tais como relatórios históricos, pautas, resoluções, recomendações, moções de apoio, moções de repúdio, painéis, mesas e propostas apresentadas, mas sobretudo, discussões e ações que se materializam como defesa de interesses pelo SUS universal. A análise dos documentos obtidos em torno das Plenárias proporcionou conhecer a luta pela defesa de interesses, a partir dos relatórios de todas as plenárias, sendo possível, obter esse volume de informações em documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e das próprias Plenárias Nacionais de Conselhos.

A presente pesquisa analisa a importância da disputa pelo direito à saúde a partir da relação conflituosa entre forças antagônicas que se embatem pela garantia de interesses. De um lado, o grande capital que visa apropriar-se da força de trabalho dos trabalhadores e obter cada vez mais rendimentos nos seus investimentos por meio dos serviços privados, planos de saúde, uso do fundo público para pagamento da dívida e privatização do setor público e, de outro os

usuários, conselheiros e conselheiras, principalmente os trabalhadores e trabalhadoras, que necessitam e utilizam os dispositivos criados a partir das políticas públicas de saúde.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam na compreensão das lutas ocorridas nas plenárias a partir da perspectiva de uma saúde universal, defendida pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como agenda em favor dos usuários na luta pelo direito à saúde, favorecendo a discussão do processo de luta e de uma maior capacidade de embate na defesa dos interesses nas Plenárias. Entende-se ser relevante essa discussão para os movimentos e entidades que atuam em defesa da saúde, a partir de pautas, reivindicações e proposições, por considerarem a existência da regressão de direitos, justificando a ampliação desse espaço de luta, no sentido de fazer valer os seus interesses e direitos por uma política pública de saúde universal.

Tendo em vista a relevância da defesa de interesses na saúde e a necessidade da luta pelo direito social a partir dos interesses dos usuários, conselheiros e conselheiras, trabalhadores e trabalhadoras, entidades e movimentos sociais e populares nas plenárias nacionais de saúde em contestar a regressão desses direitos, o presente estudo estabelece como questão central de pesquisa revelar como são caracterizadas as agendas de interesses defendidos nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares na luta pela garantia do direito à saúde.

Diante da problemática, a pesquisa apresenta como objetivos específicos: descrever o processo de construção e consolidação do direito à Saúde no Brasil; apontar os principais mecanismos de participação e formulação da Política Pública de Saúde no Brasil; identificar as principais prioridades dos interesses dos usuários e trabalhadores em agendas de interesses defendidos nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares; e, apreender através das diferentes conjunturas as tendências das proposições das ações das Plenárias Nacionais Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

Foram realizados levantamentos bibliográficos, através da busca de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, dissertações e teses, ao permitir o aprofundamento teórico-metodológico do objeto de estudo, ao priorizar categorias de análise como:



cidadania, direito à saúde, política pública de saúde, disputa de interesses e mecanismos de controle social.

O direito à saúde, materializado nas políticas públicas, tem como uma de suas principais funções a concretização de direitos sociais conquistados e descritos na Constituição de 1988. No âmbito da cidadania, na relação com os direitos sociais, Marshall (1967), traz o direito social como um dos três elementos de cidadania. Na sua divisão, aborda os três elementos, como: civil, composto dos direitos necessários à liberdade individual; político, deve-se entender o direito de participar no exercício do poder político; e, social, que se refere a tudo o que se situa desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social.

A década de 1990, marcada pelo início dos debates em torno da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, é caracterizada pela Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, baseada nos preceitos neoliberais, tendo início no governo de Fernando Collor e, a partir do ano de 1995, começa a se fortalecer no governo de Fernando Henrique Cardoso, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, atendendo aos postulados da ideologia neoliberal, que se volta basicamente para o mercado como regulador de ações.

Essa reforma do Estado apresenta como características: descentralização, delegação de autoridade e de responsabilidade ao gestor público e extremo controle de desempenho. Fenômenos importantes ganharam destaque nesse cenário, tais como: a tendência à descentralização administrativa das políticas públicas, no contexto do pacto federativo; e a garantia de uma maior participação da população, seja no planejamento, implementação ou avaliação dessas políticas (SILVA, 2012).

Ainda é nesta década de 1990, marcada pela reforma administrativa do Estado, que a descentralização assume verdadeiramente finalidade prático-política na realidade nacional, constituindo-se em um mecanismo político-institucional emoldurado na dimensão neoliberal, expressando o desmonte do Estado através da redução de sua atividade regulatória e produtiva e a ampliação do espaço privado no campo dos direitos sociais conquistados na Constituição de 1988 (DURIGUETTO, 2007a).

A participação, como tema vinculado com a discussão a respeito dos processos de descentralização e de ampliação das possibilidades de democratização das ações do Estado, tornou-se presente nas pesquisas,

discussões e debates, sobre as mais diversas perspectivas de análise. Para Duriguetto (2007a), a reflexão em torno do tema da participação dos sujeitos sociais tem revelado uma estreita convergência com o debate acerca dos processos de descentralização e de ampliação das possibilidades de democratização das ações do Estado e da gestão local,

[...] mesmo estabelecido esse vínculo, quando se fala de participação da população em algum nível da ação do Estado, frequentemente está se aludindo a diversos tipos de ações que correspondem a referenciais ideológicos e teóricos opostos e contraditórios. Tanto pode significar processos e ações permeados por uma noção de conflito quanto permeados por uma noção de consertação, parceria, não-conflito com a gestão municipal e de integração ao sistema social vigente (DURIGUETTO, 2007a, p. 428).

A participação como reivindicação histórica de alguns movimentos sociais, traz como exemplos relacionados à pauta dos trabalhadores em saúde, à gestão de políticas urbanas ou à educação popular. A participação pode aumentar a qualidade da transparência dos dispositivos institucionais, mas como afirma Milani (2008, p. 555), “[...] ela não garante, de modo necessário e automático, a legitimidade do processo institucional participativo na construção do interesse coletivo”.

Neste processo, busca-se, ainda, apreender a defesa de interesses na luta pelo direito à saúde nas plenárias de saúde, diante do impacto das transformações da política pública de saúde na diminuição da aplicação de recursos no orçamento da saúde, perda de direitos dos usuários no acesso aos serviços, terceirização e privatização do setor de saúde, dentre outras, que na contemporaneidade se agrava em função da ampliação da mercantilização da saúde pelo modelo biomédico.

Salvador (2012) cita que apesar dos avanços relacionados aos direitos da cidadania, sobretudo direitos trabalhistas e sindicais na Constituição Federal de 1988, a efetivação dessas conquistas e a perspectiva de consolidação de um sistema de bem-estar social no Brasil deveriam implicar aporte prioritário e considerável de recursos no orçamento público, porém, esse direcionamento, a partir da década de 1990, vai ser frustrado, marcado pelo predomínio da ideologia liberal e da contrarreforma do Estado, num cenário claramente desfavorável à efetivação das mudanças propostas pela constituição.

Semeraro (1999, p. 76), mostra a partir de Gramsci, que “[...] a função que a sociedade civil ocupa dentro do Estado, é o lugar onde se decide a hegemonia, onde se confrontam diversos projetos de sociedade”. Através da hegemonia a sociedade

civil exerce direção e domínio como conquista, atuando sobre o modo de pensar e sobre o modo de conhecer, sendo capaz de unificar, através da persuasão e da ideologia, um bloco social.

A perspectiva dessa pesquisa expõe que a saúde deve ser garantida pelo Estado como um direito universal, mesmo diante dos avanços neoliberais. A participação social necessita expandir-se para além do modelo institucional existente, afastar-se do aparelhamento junto ao Estado, ser aberta a um maior contingente de representações, fora dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, que apresentem suas reivindicações e lutem pelos seus interesses, contraditórios aos que são apresentados por parte da gestão, voltando-se contra os interesses da burguesia e em prol dos trabalhadores e usuários, visando a universalidade e efetividade do direito à saúde na política pública.

Adotou-se como procedimento metodológico a pesquisa documental, de caráter exploratório e qualitativo. Os dados foram obtidos através de documentos, sendo tratados através da análise dos documentos e relatórios na relação com a defesa de interesses e a disputa pela saúde como um direito universal. Esse estudo amplia a possibilidade de entendimento acerca da apreensão da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares ao verificar as contradições existentes no direito à saúde, observando os impasses na real garantia dessa política e a consolidação dos direitos sociais explícitos na Constituição de 1988.

Traz a abordagem qualitativa, na busca de compreensão, de significados, que segundo Chizzotti (2010, p. 79), parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, citando que o “[...] conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados e o objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações [...]”.

O método de pesquisa qualitativa ocupa um lugar central, além de articular conteúdo e pensamento, incluindo técnicas que facilitem a construção da realidade para responder questões particulares não quantificadas. A abordagem qualitativa busca aprofundamento no mundo das significações e relações humanas (MINAYO, 2001). Esta aproximação traz à tona uma infinidade de dados que precisam ser organizados e analisados para poderem responder às indagações e construir um

novo saber, nesse particular, da agenda da defesa de interesses apresentada nos espaços participativos e de disputas.

A pesquisa traz uma aproximação com a essência do objeto de estudo, superando, portanto, sua aparência fenomênica. O mundo fenomênico, de acordo com Kosik (1976), tem a sua estrutura, uma ordem própria, uma legalidade própria que pode ser revelada e descrita.

O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial, ou apenas sobre certos ângulos e aspectos. O fenômeno indica algo que não é ele mesmo e vive apenas graças ao seu contrário. A essência não se dá imediatamente; é mediata ao fenômeno e, portanto, se manifesta em algo diferente daquilo que é. A essência se manifesta no fenômeno [...]. O fato de se manifestar no fenômeno revela seu movimento e demonstra que a essência não é inerte nem passiva. Justamente por isso o fenômeno revela a essência. A manifestação da essência é precisamente a atividade do fenômeno (KOSIK, 1976, p. 11).

Desta forma, a escolha e delimitação do objeto foi importante, interferindo na dinâmica e qualidade das informações a partir das quais foi possível descrever, analisar e compreender, de forma mais aprofundada, a defesa de interesses presente nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares na luta em defesa do direito à saúde.

Visando analisar a defesa de interesses na luta pela garantia do direito à saúde foi delimitado como campo de investigação os documentos e relatórios das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, tendo como recorte temporal os anos de 1994 a 2016, em vinte e dois anos de realização de vinte e quatro eventos tais, como: Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, Congresso Nacional de Saúde e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

Tratou-se de um estudo exploratório, por utilizar um amplo levantamento bibliográfico sobre o assunto, e qualitativo, buscando o objeto em suas diversas ligações na construção da realidade ao responder questões particulares não quantificadas. Assim, o trabalho foi desenvolvido com aprofundamento das informações sobre o objeto investigado, utilizando procedimentos, tais como: pesquisa bibliográfica e documental. Quanto à análise dos dados, concorda-se com Chizzotti (2010), que afirma que os dados

[...] não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, captados em um instante de observação. Eles se dão em um contexto fluente de relações: são

‘fenômenos’ que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de documentos. É preciso ultrapassar sua aparência imediata para descobrir sua essência (CHIZZOTTI, 2010, p. 84).

Levou-se em consideração que o meio social, considerando que “[...] a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (GASKELL, 2015, p. 68). De acordo com Bardin (1977, p. 141), a análise qualitativa “[...] apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento”.

No percurso metodológico foi utilizado como contribuição a análise documental, que segundo Bardin (1977, p.47), define como “[...] uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua conjunta e referência”. Diante da contribuição imprescindível para concretização da pesquisa, o conjunto dos procedimentos metodológicos revelou contribuições que proporcionam a possibilidade da realização de um panorama geral sobre a realidade de antagonismos presentes na defesa de interesses e nas políticas públicas de saúde. Trouxe como reflexão as particularidades deste contexto e os impactos deste processo na disputa pelo direito à saúde e na garantia de direitos da população, entre outras questões.

Desta forma, a análise documental é “[...] uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados, permite passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)” (BARDIN, 1977, p. 47). Os dados coletados no decorrer da pesquisa são originados de documentos relacionados aos relatórios dos vinte e quatro eventos realizados através das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares de Saúde que foram colhidos, logo após o período da qualificação do projeto de tese, em setembro de 2016, junto ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Piauí, José Teófilo Cavalcante, na cidade de Teresina, que participou das plenárias Nacionais de Conselho de Saúde, como delegado e em alguns períodos como Coordenador da Plenária.

A documentação fornecida pelo conselheiro correspondeu a documentos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde no resgate histórico do controle social no SUS, contendo

relatórios das realizações de Encontros, Congressos e Plenárias. A coleta de dados ainda foi intensificada no acesso ao site do Conselho Nacional de Saúde, nos links relacionados aos relatórios de realização das Plenárias, sendo que os mais recentes foram disponibilizados por meio de solicitação ao Conselho Municipal de Saúde de Picos, e, posteriormente, encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde, conforme Anexo AN.

Os dados coletados correspondem a um recorte histórico de vinte e dois anos, que se inicia com o I Encontro de Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, em 1994, e se estende, desde a realização da I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, no ano de 1996, até a XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, no ano de 2016.

A pesquisa ainda revela que ocorreu ainda nesse percurso 02 Encontros Nacionais de Conselhos de Saúde; 01 Congresso Nacional de Conselhos de Saúde; 17 Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde; 01 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Extraordinária; 01 Plenária Nacionais de Conselhos de Saúde Ampliada; e, 02 Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, eventos que proporcionaram a coleta de dados para análise compreensão dos documentos descritos acima.

Para a análise documental, através dos documentos e relatórios das plenárias realizadas no período, adotou-se uma sequência de análise visando à obtenção da maior quantidade de informações que fossem pertinentes ao que se propõe o estudo. Dessa forma, foram utilizadas três fases: “[...] 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 1977, p. 121).

A primeira fase, a pré-análise, que correspondeu ao período de outubro de 2016 a maio de 2017, foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer categorias de análise, tais como: cidadania, direito à saúde, política pública de saúde, disputa de interesses e mecanismos de controle social. Para a interpretação das informações coletadas, realizada na escolha dos documentos submetidos para a análise no contexto histórico das Plenárias num recorte temporal de vinte e dois anos.

Na segunda fase, que correspondeu ao período de maio de 2017 a agosto de 2017, que se constituiu na exploração do material, foi realizada a leitura geral do material eleito para a análise, de todos os relatórios obtidos sobre as plenárias.

Assim, a organização do material investigado, possibilitou a condução de operações sucessivas de análise através de uma leitura dos documentos, ao conhecer as fontes correspondentes ao objeto de análise, através da definição do corpus de análise. Nesse sentido foram formulados os objetivos a serem alcançados e definição de categorias, assim como as ações que se caracterizaram como defesa de interesses no direito à saúde no período de 1994 a 2016, portanto, correspondendo à realização desses eventos, o objeto da análise.

A amostra foi delimitada, no corpus de análise, pelo número de dados encontrados a partir dos eventos realizados e analisados, através dos relatórios, elegendo ações que efetivamente se caracterizaram na defesa de interesses ao longo de vinte e dois anos de realização de eventos, destacados como: vinte e quatro eventos realizados; trinta e duas ações identificadas, destacadas nos anexos deste trabalho e três principais agendas de lutas permanentes, tais como: no financiamento da saúde pública, na gestão da política de saúde e na privatização da saúde.

Quanto à análise, de acordo com BARDIN (1977), verificou-se que os documentos obtidos através dos relatórios das Plenárias de Saúde, no período, correspondem adequadamente ao objetivo levantado pela análise, de acordo com o que se propôs o estudo em analisar a defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, buscando apreender através das diferentes conjunturas as tendências das proposições das ações das Plenárias Nacionais Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, assim como a agenda de interesses contrários na luta pelo direito à saúde na contemporaneidade.

Na terceira fase, que foi realizada no período de agosto de 2017 a outubro de 2017, que correspondendo ao tratamento dos resultados e a interpretação, que foi realizada através da análise dos documentos na pesquisa documental, obtendo resultados que possibilitaram interpretar como ocorreu a defesa de interesses nas plenárias, como foi possível identificar quais interesses se revelaram e como ocorreu a disputa nesses espaços participativos através das diferentes conjunturas e tendências das proposições das ações das plenárias.

Foram cinco as categorias escolhidas para servir de norte para o desenrolar do tratamento das informações, a saber: cidadania, direito à saúde, política pública de saúde, disputa de interesses e mecanismos de controle social. A partir destas, foi

possível analisar as informações, tendo em vista um recorte temporal. Desse modo, emergiram trinta e duas ações direcionadas à defesa do direito à saúde, sendo elas: 01 audiência, 01 debate, 01 nota de apoio, 01 recomendação, 01 resgate histórico, 01 resolução, 05 cartas, 05 diagnósticos, 04 manifestos e 12 manifestações. Por sua vez, tornaram possível a identificação das proposições das ações das Plenárias Nacionais Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

Diante da conclusão da seleção das informações a partir das categorias, para discussão dos resultados, foram realizadas inferências e interpretação dos resultados obtidos, respaldados no referencial teórico utilizado, apresentado através da trajetória histórica das lutas em defesa do direito à saúde, da cidadania e direitos sociais, no controle social, participação social e efetivação da Política Pública de Saúde no Brasil, de acordo com os objetivos específicos propostos, possibilitando identificar as principais prioridades e interesses, provenientes da disputa presente nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

No capítulo 2 da presente tese, descreve o processo de construção e consolidação do direito à saúde no Brasil na relação com os aspectos conceituais política social, cidadania e o direito à saúde. Procurou-se fazer uma abordagem contemporânea da participação social e controle social. Apresenta o direito à saúde como conquista na perspectiva da política social, a partir das determinações sócio-históricas, possibilitando a apreensão das bases atuais do sistema de saúde no Brasil, na relação Estado, sociedade e mercado.

O capítulo apresenta apontamentos sobre a política social, cidadania, direitos, lutas e conquistas efetivadas pela classe trabalhadora, mesmo com a interferência estatal pela manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. A participação social se apresenta como controle social das ações das políticas públicas, resultado de discussões direcionadas nos espaços de luta, participação popular e conflito de interesses numa relação de interesses antagônicos marcada pelo trabalho e pelo capital. Traz uma reflexão sobre o debate da participação social analisado a partir das configurações do processo de negação de direitos que ocorrem hoje no conjunto da sociedade.

No capítulo 3, apresenta a luta pelo direito à saúde no Brasil na perspectiva das conquistas democráticas que proporcionaram o avanço da concepção da saúde como direito, surgida a partir das lutas e movimentos iniciados entre as décadas de



1960 e 1980, durante o regime ditatorial brasileiro. Apresenta o debate sobre o processo histórico do direito à saúde que possibilitou apreender como o sistema de saúde construiu uma consciência coletiva sobre a saúde como um direito e suas determinações, bem como o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro que contribuiu para a formação da base ideológica que originou o Sistema Único de Saúde. Procurou-se descrever o processo de surgimento do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro como resultado do movimento de democratização da saúde do país.

No capítulo 4, apresenta a formulação da Política Pública de Saúde no Brasil, a partir da Política Nacional de Saúde, com seus avanços e retrocessos, revelando o direito à Saúde na relação entre Estado e sociedade civil, através do Sistema Único de Saúde e os ataques ao Direito à Saúde. Buscou-se identificar a defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares e embates na garantia do direito à saúde através dos principais mecanismos de controle social e participação social.

Apointa ainda os principais mecanismos de participação e formulação da política pública de saúde na luta pelo direito à saúde no Brasil. Na conquista do controle social e da participação na Política Pública de Saúde, neste capítulo acontece a discussão sobre Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e Plenárias de Saúde, diante do conflito de interesses no controle social na sociedade do capital.

As Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais se constituem como novos espaços de articulação das lutas em defesa do direito à saúde na efetivação da política pública. Destaca-se sua importância na luta pela efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais na saúde, na análise das ações de defesa de interesses, reconhecendo o esforço dos conselheiros e conselheiras por meio da análise das diferentes conjunturas e tendências nas proposições presentes na realização de encontros, congressos e plenárias apresentadas nos documentos, interpretações que surgem no conjunto das reações aos ataques à política de saúde.

A importância na continuidade da realização desses eventos reside na perspectiva de disputas de interesses apresentados, logo do primeiro encontro, na discussão, aprovação e concretização das plenárias ao longo de vinte e dois anos e análises da conjuntura, tensões, manifestações e ações concretas em favor dos

direitos constitucionais. A insistência desse novo mecanismo de participação em defender o direito à saúde e a política de saúde surge de posicionamentos contrários aos ataques à política de saúde e à regressão de direitos.

No capítulo 5, a pesquisa identifica os principais interesses defendidos nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. Discute sobre o direito à saúde no mundo contemporâneo evidenciando os imensos desafios associados ao processo de disputa de interesses nos espaços de controle social e participação social, levando em consideração o processo de descentralização da política nacional de saúde e universalização da saúde, como construção da defesa dos interesses dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

São apresentados os resultados encontrados através da pesquisa a partir da análise da defesa de interesses presentes nos espaços de participação, especificamente, as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, revelando as contradições existentes na luta pela efetivação do direito à saúde universal, visando a superação das dificuldades encontradas no Controle Social ao identificar as principais prioridades dos interesses dos usuários e agendas de interesses defendidos nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, assim como apreender através das diferentes conjunturas as tendências das proposições das ações das plenárias ao longo do percurso de existência desses eventos na contemporaneidade.

Os resultados obtidos através da análise documental, apresentados nos quatro capítulos num recorte de vinte e dois anos de realização de eventos, nos anos de 1994 a 2016, demonstram a luta permanente de usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras, na resistência em defender direito à saúde através da realização de vinte e quatro eventos que se materializam na estratégia na defesa do direito à saúde. Aponta trinta e duas ações que se revelam em bandeiras de lutas principais que permeiam a luta contra os ataques ao direito à saúde, através de três agendas de interesses: no financiamento da saúde; na gestão da política pública de saúde; e, no controle social e capacitação de conselheiros. Compreende-se que a defesa de interesses se encontra presente nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, situada no bojo da sociedade capitalista e se materializa através das lutas em defesa do direito à saúde universal,

integral e equânime, conforme os princípios norteadores na Constituição de 1988. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam na compreensão das ações de lutas das plenárias, como agendas de interesses defendidos em favor dos usuários, favorecendo discussões mais ampliadas, de uma maior capacidade de embate na defesa dos interesses das Plenárias de Saúde, materializada através das lutas pelo do direito, integral e equânime e que os resultados contribuam na compreensão das ações de lutas das plenárias, nas agendas de interesses em favor dos usuários, possibilitando uma maior capacidade de discussão e de embate na defesa dos interesses pelo direito à saúde universal.

## 2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Esse capítulo inicial apresenta o direito à saúde como conquista na perspectiva da política social, a partir das determinações sócio-históricas, possibilitando a apreensão das bases atuais do sistema de saúde no Brasil, na relação Estado, sociedade e mercado. A política social, entendida como fruto de uma dinâmica social, em seus diferentes espaços, segue permeada por distintos interesses e relações de forças antagônicas.

Inicialmente, no período anterior à República, a saúde não foi estabelecida pelos órgãos governamentais como direito, sendo que em nível de “intervenção estatal”, estas aconteceram apenas em contextos muito específicos, como o controle das doenças, epidemias e endemia, o que possibilitou uma visão satisfatória do Brasil aos demais países em se tratando de questões relacionadas a saúde.

Somente a partir da Proclamação da República com a organização dos trabalhadores para reivindicar por melhores condições de trabalho e assistência, que crescem as lutas por direitos em virtude das péssimas condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora. Outro fator que permeou essa busca pelo direito à saúde foi a contratação de estrangeiros para trabalharem nas grandes fábricas e nos portos, pois esses já lutavam por melhores condições de saúde e trabalho, em seus países. Portanto, incentivaram os brasileiros a encamparem lutas, greves, reivindicações por melhores condições de saúde, dessa forma, a saúde no Brasil surge vinculada à previdência social.

Nesse sentido, o capítulo apresenta alguns apontamentos sobre a política social, cidadania, direitos, lutas e conquistas efetivadas pela classe trabalhadora, mesmo com a interferência estatal pela manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. Ainda, a partir de uma abordagem contemporânea, nesse capítulo é destaque o controle social na perspectiva de participação social.

O planejamento da Saúde no Brasil, através de Conferências de Saúde, foi iniciado desde a década de 1930, mas somente em 1988, com a abertura democrática da Constituição Cidadã, que a participação social se apresenta como controle social das ações das políticas públicas, resultado de discussões direcionadas nos espaços de luta, participação popular e conflito de interesses antagônicos. Traz uma reflexão sobre o debate da participação social analisado a

partir das configurações do processo de negação de direitos que ocorrem hoje no conjunto da sociedade.

## **2.1 Política social, cidadania e o direito à saúde: alguns apontamentos**

Para compreender o processo de evolução da Política de Saúde no Brasil, faz-se necessário a análise das determinações desse processo. O conhecimento do processo histórico de construção da saúde no Brasil é um elemento importante para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). A construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, dentre outros. Nesse aspecto, encontra-se na interface entre Estado, sociedade e mercado. Para Behring e Boschetti (2011), o surgimento das políticas sociais,

[...] foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. Os autores são unânimes em situar o final do século XIX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

Para Piana (2009), as políticas sociais são entendidas como fruto da dinâmica social, da inter-relação entre os diversos atores, caracterizado pelos seus diferentes espaços e ainda a partir dos diversos interesses e relações de força. Conforme a autora, a política social surge “[...] no capitalismo com as mobilizações operárias e a partir do século XIX com o surgimento desses movimentos populares, é que ela é compreendida como estratégia governamental” (PIANA, 2009, p. 23).

O estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões. Ainda para Behring e Boschetti (2011), as políticas sociais devem ser analisadas do ponto de vista histórico e do ponto de vista econômico.

Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social que possuem papel determinante de sua origem. Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 43).

Ao se tratar da abordagem de Política Social é necessário discutir sobre a essência do que deveria ser política social, onde as classes se unindo, de acordo com seus direitos, lutam por seus interesses. Que esses interesses sejam em favor de toda uma coletividade, sem haver exclusão ou opressão. A análise da política social contempla a dinâmica de poder presente em sua existência, a classe trabalhadora busca a efetivação de direitos pela via da política social, em antagonismo à elite detentora dos meios de produção, que visa a máxima exploração humana.

Gerschman (2011) quando se refere às políticas sociais e à reprodução da ordem capitalista, como produto do Estado, refere-se à teoria marxista, através das políticas sociais que se explicam a partir dos problemas específicos da formação social capitalista, pela existência de uma estrutura econômica de classes baseada na valorização privada do capital e no trabalho assalariado livre, dessa forma, o Estado é uma resultante do modo de produção capitalista ao mesmo tempo em que contribui para produzir e reproduzir tal estrutura. Para a autora, “[...] as políticas sociais são o produto da interação do Estado e, portanto, elas também são funcionais à reprodução da ordem capitalista” (GERSCHMAN, 2011, p. 123).

Para Machado (1998), a política social, como uma política estatal, ganha relevância nas formações econômico-sociais capitalistas. É um amplo debate envolvendo os diferentes segmentos, tais como sindicatos, movimentos sociais, partidos políticos, organizações não-governamentais, pesquisadores, tecnocratas, empresários, governo. Apresenta sua justificativa em dois conjuntos de questões:

a) econômicas: a crise fiscal-financeira que tem exigido a reforma do Estado e levado a uma reavaliação de todas as suas políticas. Do lado da estrutura organizativa estatal, a política social tem sofrido significativos cortes orçamentários e programáticos; b) políticas: a tensão existente entre as necessidades econômicas do capital e as necessidades sociais da população, colocando em discussão a função do Estado no atendimento à questão social (MACHADO, 1998, p. 1).

Sobre a dinâmica de poder e as forças políticas, essas podem se situar na defesa dos trabalhadores, assim como na defesa dos empregadores e empresariado, com base em interesses de classes, para Behring e Boschetti (2011, p. 45),

É fundamental identificar as forças políticas que se organizam no âmbito da sociedade civil e interferem na conformação da política social, de modo a identificar sujeitos coletivos de apoio e/ou resistência a determinada política

social, bem como sua vinculação a interesses de classe. Essas forças sociais podem situar-se tanto no âmbito dos movimentos sociais de defesa de trabalhadores, quanto no de defesa de empregadores e empresariado, bem como de organizações não governamentais, que muitas vezes se autoproclamam 'imparciais', mas que, submetidas a uma análise mais minuciosa, acabam revelando seus interesses de classe.

As políticas sociais no Brasil tiveram, somente nos anos 1980, formulações mais impactantes na vida dos trabalhadores e ganharam mais impulso, após o processo de transição política desenvolvido em uma conjuntura de agravamento das questões sociais e escassez de recursos. Para Piana (2009, p. 38), até então,

[...] as políticas sociais brasileiras, sempre tiveram um caráter assistencialista, paternalista e clientelista, com o qual o Estado, por meio de medidas paliativas e fragmentadas, intervém nas manifestações da questão social, preocupado, inicialmente, em manter a ordem social. São elas formatadas a partir de um contexto autoritário no interior de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e socialmente excludente.

No Estado capitalista, a política social é uma gestão estatal de controle da força de trabalho, e de controle do preço da força de trabalho. Portanto, é uma política que atende prioritariamente, ainda que não exclusivamente, a classe trabalhadora (MACHADO, 2003). A burguesia, pela sua condição de classe dominante, estabelece regras que delimitam e circunscrevem as relações Estado-Sociedade, em manter o seu poder de classe. Para se consolidar, manter-se e se legitimar como classe dominante, faz uso de diversos mecanismos, sendo que o Estado assume diversas características, e, nesse processo, integra algumas reivindicações das classes subalternas, negocia, estabelece pactos, desde que não se coloque em questão a ordem burguesa estabelecida (MACHADO, 1998). A autora, cita que,

[...] a política social é, então, uma política de intervenção do Estado no âmbito das desigualdades sociais produzidas pelo modo capitalista de produção. Estas desigualdades sociais são explicadas, pelo Estado e pelas classes dominantes, desvinculando-as da estrutura produtiva e vinculando-as a situações conjunturais e individuais específicas: crise capitalista, falta de formação profissional compatível com as necessidades do mercado etc. – o que abre um amplo leque de possibilidades de legitimação do Estado e das classes detentoras dos poderes econômico e político (MACHADO, 2003, p. 5).

Para Bravo (2001), a conquista de direitos sociais pelas classes trabalhadoras acontece, com a interferência estatal, cumprindo um papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. A lógica desse processo obedeceu ao avanço do capitalismo na sociedade brasileira, com

forte determinação do capitalismo a nível internacional. A autora ainda faz a análise histórica de que,

[...] no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. Já no século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor de saúde, que serão aprofundadas a partir de 30 (BRAVO, 2001, p. 2).

Na análise do processo histórico do país, percebe-se que a saúde não ocupou lugar central das políticas públicas, sendo deixada em um plano secundário, tanto pela solução dos grandes problemas de saúde que atingiam a população, quanto na destinação de recursos alocados no orçamento do setor de saúde, a partir da apreensão de processos econômicos, políticos e das práticas de saúde, no conhecimento das raízes históricas das políticas de saúde que foram implantadas ao longo da constituição do Estado brasileiro.

Nesse cenário, faz-se ainda necessário o debate sobre cidadania e direitos que põe em destaque a discussão da relação dos indivíduos com a sociedade, assim como do Estado com a sociedade, que trouxeram modificações no cenário das lutas e conquistas pelo direito à saúde e inserção da participação social nesse contexto. Dessa forma, a cidadania tem relação com os direitos civis, políticos e sociais conquistados, que são institucionalizados nas políticas sociais. Os direitos sociais contribuem para a evolução da cidadania, tendo como função garantir condições mínimas de bem-estar social que possibilitem aos cidadãos usufruir de direitos já conquistados anteriormente, como os direitos civis e políticos.

De acordo com Fleury e Ouverney (2012, p. 26-27), o pertencimento à comunidade política pressupõe também, além de crenças e sentimentos, um vínculo jurídico e político, requisitando a participação ativa dos indivíduos na coisa pública, assim, a cidadania,

[...] pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. Pressupõe um modelo de integração e sociabilidade, que surge como resposta social às transformações socioeconômicas e políticas ocorridas com o advento da Revolução Industrial e os correspondentes processos históricos de desagregação dos vínculos tradicionais de solidariedade da sociedade feudal.



Os direitos de cidadania que se desenvolvem na sociedade burguesa, possuem seus limites estabelecidos pela manutenção do poder concentrado na burguesia. Para acompanhar o desenvolvimento dos direitos de cidadania na sociedade burguesa, faz-se necessário recorrer ao estudo clássico de Marshall (1967), em “Cidadania, Classe Social e Status”, que representa um fundamento teórico-metodológico da cidadania. O autor focaliza os processos de mudança social e as suas consequências, especialmente em relação a instituições e valores políticos, os efeitos do desenvolvimento humano sobre os valores e as instituições da sociedade.

Como estudo central do texto, Marshall (1967), divide o conceito de cidadania em três partes, sendo sua análise ditada mais pela história do que pela lógica. Pressupõe a cidadania uma relação causal entre três partes ou elementos divididos, tidos como elemento civil, político e social, onde,

[...] o elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito Justiça. [...] Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. [...] O organismo social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (MARSHALL, 1967, p. 63-64).

Para Marshall (1967), quando os três elementos por ele citados se distanciam uns dos outros, logo passam a parecer elementos estranhos entre si, sendo que atribuiu a formação da vida de cada um numa sequência, um a um, em séculos diferentes, sendo os direitos civis, associados ao elemento civil, no século XVIII; os políticos, associados ao elemento político, no século XIX; e, os sociais, associados ao elemento social, no século XX, devendo serem tratados com elasticidade razoável e com algum entrelaçamento, de forma especial, aos dois últimos.

Associando os três elementos de cidadania, segundo o autor, os direitos sociais desempenham um papel principal, sendo que “[...] a participação nas comunidades locais e associações funcionais constitui a fonte original dos direitos sociais” (MARSHALL, 1967, p. 70). Ainda no seu estudo sobre cidadania, cita que,

[...] o objetivo dos direitos sociais constitui ainda a redução das diferenças de classe, mas adquiriu um novo sentido. Não é mais a mera tentativa de

eliminar o ônus evidente que representa a pobreza nos níveis mais baixos da sociedade. Assumiu o aspecto de ação modificando o padrão total da desigualdade social (MARSHALL, 1967, p. 88).

Para Fleury e Ouverney (2012), quando desenvolvem estudos sobre Política de Saúde como uma Política Social, tratam a expansão da cidadania como parte do processo de democratização do sistema político. Consideram a cidadania como um atributo central da democracia, uma vez que a igualdade é ampliada pela expansão do escopo da cidadania e cada vez mais pessoas têm acesso a essa condição.

Assim, a partir dos anos de 1980, o Brasil viveu o protagonismo dos movimentos sociais que contribuíram nos avanços da legislação brasileira no que diz respeito aos direitos sociais, mais especificamente, ao direito à saúde. Dessa forma, a luta pelo direito à saúde traz conquistas manifestadas nas políticas sociais, amparado pela legislação brasileira. Para Piana (2009, p. 41), até a Constituição Federal de 1988, o Brasil não tinha um aparato jurídico-político que apontasse para a formação mínima de padrões de um Estado de Bem-Estar Social, somente na década de 1980,

[...] foram reorganizadas as políticas sociais contra a ditadura militar e têm sido, nos últimos anos, ocasião de debates no contexto das lutas pela democratização do Estado e da sociedade no Brasil. Novos interlocutores e sujeitos sociais surgiram no campo das políticas sociais por meio da participação de segmentos organizados da sociedade civil na formulação, implementação, gestão e controle social dessas políticas.

Na relação da cidadania sobre os direitos, como esferas de disputa, neste trabalho prevalece o estudo das Plenárias Nacionais de Saúde, que podem ser alargados o tempo todo nos espaços participativos. O surgimento das plenárias e o seu desenvolvimento ao longo de vinte e dois anos apresenta uma constante disputa na luta pela ampliação os direitos adquiridos, ou seja, ampliar a cidadania através da defesa dos direitos. Essas novas práticas de participação além dos conselhos e conferências se caracterizam como mobilização coletiva e possuem caráter dinâmico da cidadania.

Portanto, com as lutas e conquistas no direito à saúde, surgem políticas sociais amparadas pela Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde, por meio de uma legislação direcionada para a saúde universal, como direito de toda a população. E, assim, nesse processo de busca pela melhoria na saúde pública, serão explanadas, no próximo item, as relações estabelecidas entre o Estado e a

sociedade, no âmbito do controle social e participação social que se articulam com a democracia.

## **2.2 Participação social e controle social: uma abordagem contemporânea**

Na discussão direcionada para espaços de luta e garantia de direitos, participação popular e conflito de interesses, a participação social se apresenta como controle social na política pública, resultado de discussões anteriores nos espaços de conflito de interesses. Traz uma reflexão sobre o debate da participação social que deve ser analisada a partir das configurações do processo de negação de direitos que ocorre hoje no conjunto da sociedade.

Nessa transição da luta pelo direito à saúde e a apresentação da política social conquista-se a consolidação dos espaços de participação e controle social a partir dos mecanismos de controle, citados inicialmente como espaços de participação e controle social, e mais adiante serão descritos como Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e Plenárias de Saúde, discussão abordada posteriormente no capítulo 4, na perspectiva da defesa de interesses.

A participação constitui, idealmente, como cidadãos debatendo publicamente, direcionando as decisões para a coletividade. O planejamento da Saúde no Brasil, iniciado através de Conferências de Saúde, em 1937, como instrumento de discussão sobre as políticas públicas de saúde, aconteceu sem a participação da sociedade. A forma como o planejamento em saúde acontece, inicialmente, por meio da Lei nº. 378 de 13 de janeiro de 1937. Essa referida lei instituiu o Conselho Nacional de Saúde e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas (CNS, 2018). Somente em 1941, foi convocada e organizada a I Conferência Nacional de Saúde, que teve como coordenação o Ministério da Educação e Saúde. No período anterior a 1990, o CNS foi um órgão apenas consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado.

O formato da I Conferência Nacional era estritamente técnico, sem a participação popular, distinto das práticas das conferências conhecidas a partir da Constituição de 1988. Os debates e resoluções ficavam restritos apenas à gestão federal e dos governos estaduais. Por durante trinta anos, o CNS teve um funcionamento irregular e inexpressivo e somente, em 1974, através de decreto

presidencial foi atribuído a essa entidade objetivos, funções e estrutura mais definida, procurando compatibilizá-lo ao processo de modernização conservadora em andamento (GIOVANELIA, 2008), ainda com a vigência da ditadura militar e sem a participação popular no planejamento de ações em saúde.

A participação se articula intrinsicamente com a democracia em suas formas direta e indireta. A luta por direitos, capitaneada pela sociedade civil, ao apresentar suas demandas por uma vida com mais saúde, educação, moradia, saneamento, ocasiona uma característica de oposição e reivindicação por mudanças na estrutura social, econômica e política no país.

A partir dessa realidade, caracterizada pelo processo de democratização, as lutas pela implantação de políticas públicas adquirem o sentido de instrumento de discussão e de justiça social tornando-se fio condutor entre a Sociedade Civil e o Estado. Os movimentos sociais são instigados a se articularem enquanto organismos políticos, impulsionados a reivindicarem direitos, defenderem seus interesses e se tornarem representação da sociedade.

Partindo dessa perspectiva, a década de 1980 foi marcada por profundas mudanças no ambiente político brasileiro que vieram a definir um novo quadro de atuação do Estado, diante da participação da sociedade. Dois pontos marcaram esse período de mudanças: o primeiro, pela volta do Estado Democrático de Direito, após um longo período de governo militar, permitindo a legalização, reorganização e a atuação dos diferentes grupos e movimentos sociais; e o segundo, pela promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, institucionalizando vários direitos sociais e garantindo a democracia como um princípio básico da ação política nacional (DAGNINO, 2002).

Após a promulgação da Constituição de 1988, passados os 21 anos de ditadura militar, através de um longo processo de luta, construídos pelo resgate dos processos de participação e lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania, o controle social e a participação social são apresentados na forma institucionalizada, no processo de co-gestão entre Estado e sociedade nos novos espaços públicos. Na saúde pública, o processo de participação da sociedade é materializado no Conselho de Saúde e participação paritária, conforme a Lei Orgânica 8.142/90,

[...] A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. [...] O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo [...] (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2010, p. 61).

Dessa forma, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 trouxe ao cidadão e à gestão pública desafios para efetividade dos direitos sociais prescritos como universais, incluindo a possibilidade do exercício da participação social da sociedade civil através dos Conselhos Municipais de Saúde. Destaca-se através das lutas e materialização na lei, os conselhos gestores de políticas públicas, delimitados como canais efetivos de participação, que permitiriam estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixasse de ser apenas um direito e se tornasse uma realidade.

Bravo e Correia (2012) fazem uma abordagem dos desafios do controle social na atualidade, analisando a sua formação no processo de redemocratização da sociedade brasileira, assim como os impasses a partir dos anos 1990.

A efetivação do controle social das classes subalternas está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos. Requer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 147).

Quando se discute sobre a partilha do poder entre projetos, limites e possibilidades, Dagnino (2007) alerta para a importância das diversas concepções sobre a natureza da “participação da sociedade civil”, como elementos centrais na configuração de distintos projetos políticos, que se manifestam na resistência dos executivos em compartilhar o seu poder exclusivo sobre decisões referentes às políticas públicas e também na insistência de setores da sociedade civil em participar efetivamente dessas decisões e concretizar o controle social sobre elas, assim, “[...] o poder deliberativo previsto para os Conselhos Gestores com frequência se manifestam na prática em uma função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes” (DAGNINO, 2007, p. 382).

A participação social, através do conselho nacional de saúde e respectivos conselhos estaduais e municipais de saúde, passou a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação das políticas públicas pelos conselhos pela tendência à institucionalização, no espaço jurídico-institucional do Estado, pelas estruturas de representação criadas, compostas por representantes eleitos diretamente pela sociedade de onde eles se originam, implicando a existência de confronto democrático entre diferentes posições político-ideológicas e projetos sociais.

Para Gohn (2011, p. 7), os conselhos representam uma forma específica de participação sociopolítica, ao tratar de “[...] canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos [...]”, como “[...] agentes de inovação e espaço de negociação [...]”, embora destaca o aspecto histórico de um acirrado debate na trajetória dos conselhos envolvendo questões relacionadas com participação, formas de governo e representatividade, divisão de poder local, além de temas abrangentes que configuram o cenário em que os conselhos se desenvolvem, como o próprio tema da democracia e os condicionantes políticos e econômicos que influencia as gestões públicas.

Ainda, segundo Gohn (2011, p.16), participação é “[...] luta por melhores condições de vida [...]”, associada a termos, como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, solidariedade, dentre outros. Traz a relação direta com prática social, relacionando-se ao “[...] processo social propriamente dito [...]”, das ações concretas engendradas nas lutas, movimentos e organizações para realizar algum intento, como um meio viabilizador fundamental.

O processo de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas, conforme Gohn (2011, p. 16), “[...] conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira [...]”, sendo que a participação de indivíduos nos processos de elaboração e de tomada de decisão surge na década de 1980, em propostas associadas aos movimentos populares, em atuação conjunta com comunidades eclesiais de base, organizações sindicais, algumas categorias profissionais do funcionalismo público, associações de moradores, dentre outras.

No início da década de 1980, a “participação popular” estava associada a classes populares, organizada em movimentos e associações comunitárias. Sendo um período de luta nacional pelo acesso e reconhecimento dos direitos sociais,

econômicos e políticos dos setores populares. Buscava-se o direito de eleger representantes para cargos públicos, o direito de se manifestar e se organizar livremente. Participação se tornou um dos principais termos articuladores no repertório das demandas e movimentos. Neste período “[...] começava a delinear uma discussão a respeito dos conselhos” (GOHN, 2011, p. 53). O cenário da redemocratização apresentava debates, lutas, mas também conquistas, por parte da sociedade civil e suas reivindicações. O novo campo democrático desenvolveu uma cultura política de mobilização e de pressão direta, como prática principal para viabilizar o encaminhamento das demandas de novas agendas.

Para Gohn (2011), a conjuntura política dos anos 1980 construiu novas dimensões para a categoria participação, para além da participação comunitária e popular. Com avanço das discussões sobre a redemocratização do Estado, a questão dos conselhos priorizou o debate sobre participação social e controle social. A temática da participação continuou a ser a ocupação de espaços físicos, na escuta de outras vozes além dos que estavam no poder, pelo aprofundamento das discussões democráticas, na construção de novos espaços de participação, onde a participação comunitária e participação popular cederam lugar a novas denominações tais como: participação cidadã e participação social.

Assim, o espaço de participação conquistado através dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, pela sociedade, torna-se o “[...] conjunto de indivíduos e grupos sociais, cujos interesses e grupos sociais, diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual de legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal” (CARVALHO, 1995, p. 25). Práticas rompem uma tradição de distanciamento entre a esfera em que as decisões são tomadas e os locais onde ocorre a participação da população. Destaca-se a participação, lastreada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate político (GOHN, 2011).

O direito à assistência à Saúde foi universalizado, ofertado para todo e qualquer cidadão em solo brasileiro, a participação social tornou-se instrumento de mediação da política entre o Estado e a Sociedade Civil, realizada nos Conselhos Municipais de Saúde, nas representações de forma paritária entre Estado, prestadores de serviços, trabalhadores em saúde e usuários. Desta forma, “[...] a

participação social não representa um sujeito social específico, mas se constrói como um modelo de relação geral/ideal, na relação sociedade/Estado” (GOHN, 2011, p. 61). A mobilização social aparece no centro da participação social com um conteúdo ressignificado, passando a ser vista não mais como aglutinação de pessoas para fins de protestos, manifestações públicas, mas como energias a serem canalizadas para objetivos comuns.

Dessa forma, a participação deixa de ser um confronto com o Estado para se caracterizar como “participação negociada” na disputa entre projetos distintos. Porém, é necessário o cuidado analítico ao estudar a política e a participação popular na gestão pública, para não cair nas armadilhas do neoliberalismo no que se refere ao incentivo à participação (NEVES, 2007), na possibilidade de se ter nisso um limite à construção da democracia e dos espaços públicos, tendo-se em mente que o incentivo do Estado pode representar a transferência de suas responsabilidades à sociedade e o total apoio a matrizes liberais e de caráter privado no trato das questões públicas.

Neves (2007) apresenta a questão da emergência desses novos espaços públicos no Brasil, representando uma aposta democrática fundamental para a construção de novos direitos e da cidadania. Todavia, a participação social e coletiva correu riscos ao enfrentar práticas políticas que colocaram obstáculos ao processo de construção democrática, em especial, nos contextos de práticas clientelistas, com forte tendência, pois passa a ocorrer um processo de despolitização da participação, ao qual se deve ficar atento. Para tal, chama a atenção para o fato de que é preciso tratar com cuidado a respeito das experiências participativas que emergiram no contexto da década de 1990, no auge da hegemonia neoliberal.

Pelo avanço neoliberal no país, em meados da década de 1990, ocorreu a discussão da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro. Fenômenos importantes ganharam destaque nesse cenário, tais como: a tendência à descentralização administrativa das políticas públicas, no contexto do pacto federativo; e, a garantia de uma maior participação da população, seja no planejamento, implementação ou avaliação dessas políticas (SILVA, 2012). A descentralização assumiu verdadeiramente finalidade prático-política na realidade nacional, constituindo-se num mecanismo político-institucional emoldurado na dimensão neoliberal, expressando o desmonte do Estado através da redução de sua atividade regulatória



e produtiva e a ampliação do espaço privado no campo dos direitos sociais conquistados na Constituição de 1988 (DURIGUETTO, 2007a).

A Reforma Administrativa do Estado brasileiro, baseada em preceitos neoliberais, tem seu início no governo de Fernando Collor e, a partir do ano de 1995, começa a se fortalecer, de maneira processual e contínua, no governo de Fernando Henrique Cardoso, através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, atendendo aos postulados da ideologia neoliberal, que se volta basicamente para o mercado como regulador de ações. Apresenta características, tais como: descentralização; delegação de autoridade e de responsabilidade ao gestor público; e, extremo controle de desempenho. Essa forma de administrar é voltada para a obtenção de resultados (SANTOS, 2011).

Nesse mesmo período, a partir de 1990, com base na lei orgânica da saúde, os conselhos municipais emergem como espaços de participação, discussão e deliberação, sendo reconhecidamente um espaço privilegiado da cidadania e fundamental no processo de democratização da gestão de políticas públicas e de controle da sociedade sobre as ações do governo (DIEGUES, 2013). A participação social torna-se um exercício da democracia no cotidiano, que exige uma permanente reflexão sobre suas regras, limites e possibilidades, um processo de aprendizagem que se exerce no respeito às diferenças e na ampliação dos espaços de convivência e debate político.

Nesse sentido, os conselhos, são instrumentos da sociedade civil, que conforme Bava (2000), surgiram por pressão da sociedade, sendo que esta não pode esperar do Estado que ele resolva abrir mão de uma parcela do seu poder, o Estado só se modifica por pressão da sociedade. Ainda afirma que os conselhos são essenciais para construção de um espaço público onde os distintos atores sociais devam negociar a partilha dos recursos, de riquezas e as políticas.

Dessa forma, o controle social, a partir da participação social, surge na história da democratização das políticas de saúde como um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, seja pela denúncia das “ausências e omissões” dos serviços instalados, seja pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde, caracterizando-se como uma experiência marcante, no início da década de 80, criar Conselhos de Saúde enquanto representação popular no controle do Estado (SPOSATI; LOBO, 1992).

Na prática da gestão local participativa, no que diz respeito à democratização dos processos políticos, a participação social configura formas de intervenção individual e coletiva, que supõem redes de interação variadas e complexas determinadas, proveniente da “qualidade” da cidadania, por relações entre pessoas, grupos e instituições com o Estado. A participação social deriva de uma concepção de cidadania ativa. A participação se desenvolve em esferas sempre marcadas também por relações de conflito e pode comportar manipulação (MILANI, 2008).

A existência dos mecanismos jurídicos-institucionais de participação, como os Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, e mais recentemente das Plenárias Nacionais de Saúde, traz à sociedade civil, através das mais diversas representações de usuários e trabalhadores em saúde a possibilidade de lutar e defender interesses, seja no planejamento, na elaboração, na implementação e acompanhamento das políticas públicas de saúde, possibilitando a defesa de interesses e de ações em função das suas necessidades.

Segundo Teixeira (2001, p. 19), “[...] estudar a participação cidadã no poder local exige-se a busca de uma compreensão da sociedade civil, participação cidadã e inserção da realidade em análise [...]”, traz ainda a relação entre Estado e sociedade civil numa determinada configuração territorial. De acordo com Milani (2008), nesse processo de reforma da administração pública, a participação social vem sendo construída como um dos princípios organizativos centrais, dos processos de deliberação democrática no âmbito local. Fazer participar os cidadãos e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) no processo de formulação de políticas públicas transformou-se em modelo da gestão pública local contemporânea.

A participação social, também conhecida como dos cidadãos, popular, democrática, comunitária, entre os muitos termos atualmente utilizados para referir-se à prática de inclusão dos cidadãos e das OSCs no processo decisório de algumas políticas públicas, foi erigida em princípio político-administrativo. Fomentar a participação dos diferentes atores sociais em sentido abrangente e criar uma rede que informe, elabore, implemente e avalie as decisões políticas tornou-se o paradigma de inúmeros projetos de desenvolvimento local (auto) qualificados de inovadores e de políticas públicas locais (auto) consideradas progressistas (MILANI, 2008, p. 554).

Para Milani (2008), as origens do discurso sobre a participação social são múltiplas, seja pelas referências à necessidade do uso de ferramentas participativas nos manuais das agências internacionais de cooperação para o desenvolvimento, no âmbito dos programas de reforma do Estado e das políticas de descentralização,

como também na prática de alguns governos locais que afirmam promover estratégias de inovação pela participação dos cidadãos.

Os atores políticos, ao decidirem pela participação, podem ter objetivos muito diversos, tais como a autopromoção, a realização da cidadania, a implementação de regras democráticas, o controle do poder burocrático, a negociação ou inclusive a mudança progressiva de cultura política (MILANI, 2008). O autor, baseado na teoria marshalliana da cidadania destaca que:

[...] a participação parte de uma perspectiva fundada nos direitos e nos deveres dos cidadãos na sua relação com as políticas sociais e da noção de cidadania arraigada no compromisso social, tendo como pressuposto que, por meio da participação, é possível construir a cidadania e fortalecer os direitos sociais (MILANI, 2008, p. 560).

Para Milani (2008), não são somente as noções de cidadania e participação que, neste sentido, dão sentido à democracia. Para ser democrática, a participação deve ser livre, isenta de condicionamentos e dada a partir de opções ou alternativas reais e não fictícias. Deve canalizar-se mediante procedimentos preestabelecidos e conhecidos daqueles que participam.

Para Aires e Guimarães (2015), os espaços de participação social devem ser aperfeiçoados, mesmo quando se encontram em franca expansão, ocorre que esses mecanismos são utilizados no plano político apenas como momentos de escuta e não como efetiva construção de direitos e fiscalização da gestão. Destaca que o desafio está na construção de uma arquitetura institucional na qual o sistema representativo seja fortalecido e constantemente tensionado pelos mecanismos de participação e colaboração da sociedade civil. Trata de uma constante reconstrução do cenário político e gestacional do próprio Estado, que se compõe e recompõe mediante o jogo de forças dos diversos interesses na sociedade representada.

Quando citam esse conjunto exemplar de mecanismos de participação, considerados elementos essenciais no processo de descentralização das políticas e de aproximação das mesmas ao seu público-alvo, a sociedade, afirmam que a condução da gestão pública não corresponde ao caráter democrático necessário para efetivar a emancipação da mesma, “[...] atendendo muito mais aos interesses do mercado e delegando à sociedade o papel de coadjuvante prestadora de serviços sociais filantrópicos e voluntários” (AIRES; GUIMARÃES, 2015, p. 409).

Pressupõe-se um compromisso efetivo dos sujeitos de direitos num processo de discussão e avaliação coletiva, que permite à sociedade organizada intervir nas

políticas públicas, interagindo e enfrentando o Estado para a definição de prioridades e elaboração dos planos de ação, objetivando direcionar as políticas para o atendimento das necessidades prioritárias da população, melhorar os níveis de oferta e de qualidade dos serviços e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

O baixo nível de politização gera o desinteresse pelos canais de participação, que exerce influência no processo de participação autônoma e democrática, provocando uma reação de descrença em grande parcela da população. Semeraro (1999, p. 85), cita o pensamento de Gramsci quando “[...] o grupo que se propõe a ser hegemônico deve demonstrar as suas capacidades de persuasão e de direção, através da permanente movimentação de iniciativas que elevam a capacidade subjetiva e a participação dos indivíduos”.

A participação, como tema vinculado com a discussão a respeito dos processos de descentralização e de ampliação das possibilidades de democratização das ações do Estado, tornou-se presente nas pesquisas, discussões e debates, sobre as mais diversas perspectivas de análise. Para Duriguetto (2007a), a reflexão em torno do tema da participação dos sujeitos sociais tem revelado uma estreita convergência com o debate acerca dos processos de descentralização e de ampliação das possibilidades de democratização das ações do Estado e da gestão local,

[...] mesmo estabelecido esse vínculo, quando se fala de participação da população em algum nível da ação do Estado, frequentemente está se aludindo a diversos tipos de ações que correspondem a referenciais ideológicos e teóricos opostos e contraditórios. Tanto pode significar processos e ações permeados por uma noção de conflito quanto permeados por uma noção de consertação, parceria, não-conflito com a gestão municipal e de integração ao sistema social vigente (DURIGUETTO, 2007a, p. 428).

A dimensão política e administrativa, aparece associada à democratização da gestão das políticas sociais, após a Constituição de 1988, está focalizada no desenvolvimento de instrumentos e canais institucionais, por meio de conselhos de direitos, que possibilitem fomentar a participação das comunidades no nível municipal e o exercício de sua fiscalização e acompanhamento dos processos de formulação e implementação dos programas e projetos sociais (DURIGUETTO, 2007a).

A participação como reivindicação histórica de alguns movimentos sociais, traz como exemplos os relacionados à pauta dos trabalhadores em saúde. A

participação pode aumentar a qualidade da transparência dos dispositivos institucionais, mas como afirma Milani (2008, p. 555), “[...] ela não garante, de modo necessário e automático, a legitimidade do processo institucional participativo na construção do interesse coletivo”. Contudo, os processos locais de participação social encontram limites. Em primeiro lugar, a participação de atores diversificados é estimulada, nem sempre vivenciada de forma equitativa. O termo “parceria”, corriqueiro nos discursos políticos dos atores governamentais e não-governamentais, na prática efetiva parece ter dificuldades em influenciar os processos de deliberação democrática. Em segundo lugar, pequena parcela dos atores não-governamentais são consultados e solicitados durante o processo de tomada de decisões, participando, somente depois da negociação (MILANI, 2008).

Quanto à representação de interesses coletivos, de participação e definição da agenda pública, para Carneiro (2002), os conselhos são espaços públicos que sinalizam possibilidades, apresentando um caráter híbrido, sendo, ao mesmo tempo, parte do Estado e da sociedade, na estrutura legalmente defendida e institucionalizada, tendo a razão de ser residida na ação conjunta com o aparato estatal e gestão de políticas sociais,

[...] os conselhos são canais de participação política, de controle público sobre a ação governamental, de deliberação legalmente institucionalizada e de publicização das ações do governo. Constituem espaços de argumentação sobre valores, normas e procedimentos, de formação de consensos, de transformação de preferências e de construção de identidades sociais. Têm poder de agenda e podem interferir, de forma significativa, nas ações e metas dos governos e em seus sistemas administrativos. Os conselhos, como espaços de formação das vontades e da opinião, são também mecanismos de ação, que inserem na agenda governamental as demandas e os temas de interesse público, para que sejam absorvidos, articulados politicamente e implementados sob a forma de políticas públicas (CARNEIRO, 2002, p. 280).

Para Carneiro (2002), os conselhos apontam para uma nova forma de atuação de instrumentos de *accountability societal*<sup>1</sup> pela capacidade de colocar tópicos na agenda pública, de controlar seu desenvolvimento e de monitorar processos de implementação de políticas e direitos através de uma

---

<sup>1</sup> A inexistência de tradução para o português e a ausência de significação dessa expressão na realidade brasileira leva a uma dificuldade sobre o tema (CAMPOS, 1990). Para Rocha (2009), a *accountability societal* é um processo de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos em razão dos atos praticados em decorrência do uso do poder que lhes é outorgado pela sociedade. É fundamental à formação do espaço público democrático. Para O'Donnell (1998), é a responsabilização democrática dos agentes públicos.

institucionalidade híbrida, composta de representantes do governo e da sociedade civil. Para Rocha (2009, p. 4), *accountability societal* é um processo de avaliação e responsabilização permanente

[...] dos agentes públicos em razão dos atos praticados em decorrência do uso do poder que lhes é outorgado pela sociedade. Será institucional quando esse processo de avaliação e responsabilização for praticado no âmbito do próprio aparato estatal, ou social quando praticado fora dos limites estatais. Em outras palavras, é saber o que os agentes públicos estão fazendo, como estão fazendo, que consequências resultam das suas ações e como estão sendo responsabilizados. Daí a necessidade de um fluxo de informações amplo e aberto, capaz de subsidiar e incentivar a discussão e o debate em torno das questões públicas.

A expectativa das entidades da sociedade civil em relação à atuação administrativa era que, mediante a utilização dos mecanismos de participação social, de forma conjunta com o Estado o planejamento e execução das políticas públicas no Brasil (AIRES; GUIMARÃES, 2015). De acordo com Aires e Guimarães (2015), esperava-se que, por meio da participação social, seria possível modificar o padrão de planejamento e execução das políticas públicas no Brasil, uma vez que estabeleceriam modificações nas agências estatais no tocante à transparência de seus atos e à responsabilização quanto à obrigatoriedade de negociar com a sociedade civil à cerca de seus interesses.

A mudança desse padrão seria possível porque a participação provocaria um tensionamento nas agências estatais, tornando-as mais transparentes, mais responsáveis, mais suscetíveis ao controle da sociedade. A sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando mais próxima do Estado, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2006), desta forma,

Esses mecanismos de participação obrigariam o Estado a negociar suas propostas com outros grupos sociais, dificultando a usual confusão entre o interesse público e os interesses dos grupos que circulam em torno do poder estatal e costumam exercer influência direta sobre ele. Esperava-se ainda, que a participação tivesse um efeito direto sobre os próprios atores que participavam, atuando assim como um fator educacional na promoção da cidadania (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2006, p. 8).

Para o processo de participação social nos Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e Plenárias de Saúde, faz-se necessário um estudo das práticas de participação social dos conselheiros usuários e defesa de seus

interesses, na relação entre Estado e Sociedade Civil, de como se configuram estes espaços participativos, a partir dos mecanismos jurídicos institucionais criados por lei na mediação das políticas públicas com os usuários do SUS, em entender como o direito à saúde é tratado, como acontece a participação social neste espaço, qual são seus interesses a partir dessas práticas dos conselheiros usuários neste conselho, e quais consequências são geradas a partir desse processo, na garantia de efetividade do direito à saúde ofertada de acordo com os princípios dispostos na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde.

Percebe-se que a deliberação e o processo de construção da vontade coletiva, a capacidade de controle pelos cidadãos e o princípio da participação social na gestão de políticas públicas nos municípios ainda são reduzidos, sendo que a descentralização é ainda um processo incipiente, a cultura política locais ainda são marcadas pelo clientelismo. Em nossa sociedade não se tem avançado quanto aos processos participativos com a gestão pública. Vivencia-se uma disputa de espaços de poder e, portanto, o campo da ação política se limita à sociedade política. A ampliação da democracia com participação nas esferas de decisão onde os espaços públicos de participação da sociedade ainda são manipulados pelo Estado (SOUSA, 2011).

O debate sobre participação social deve ser analisado a partir das configurações do processo de negação de direitos que ocorrem hoje no conjunto da sociedade, partindo dos mecanismos de mediação da política pública de saúde, na perspectiva de investigar as práticas de participação social de conselheiros que representam os usuários e trabalhadores na saúde e sua luta em defesa da saúde universal. Percebe-se, nesse item, que a relação entre Estado e sociedade civil na participação social e o controle social era inexistente, somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, inicia-se esse processo que vem sendo construído ao longo dos anos seguinte. A partir de então, os organismos de lutas, movimentos sociais, foram reconhecidos e chamados a integrarem a gestão da saúde, por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

### **3 A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

O capítulo apresenta a luta pelo direito à saúde no Brasil na perspectiva das conquistas democráticas que proporcionaram o avanço da concepção da saúde como direito, a partir das lutas e movimentos iniciados entre as décadas de 1960 e 1980, durante o regime ditatorial brasileiro. Além disso, debate sobre o processo histórico da consciência coletiva que possibilitou construir o sistema de saúde como um direito, bem como o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB), contribuindo para a formação da base ideológica que originou o Sistema Único de Saúde.

Desse modo, procurou-se aprofundar no processo de surgimento do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro como resultado do movimento de democratização da saúde do país. Também, fez-se uma explanação a respeito das conquistas no processo de avanço na concepção do direito à saúde, ocorrido a partir da década de 1970, e seus desdobramentos na materialização das leis orgânicas da saúde, no início da década de 1990.

#### **3.1 Avanço na concepção do direito à saúde como conquista democrática**

As disputas vivenciadas em torno do direito à saúde e as conquistas democráticas no Brasil surgem em meio aos grandes desafios enfrentados pela sociedade brasileira logo após o período ditatorial vivenciado pelo país durante os anos de 1964 a 1985. Destaca-se que os grandes problemas estruturais do país vivenciados nesse período não foram resolvidos, mas se aprofundaram e se tornaram ainda mais complexos ao longo dos anos. O regime militar instalado, de caráter ditatorial e repressivo, utilizou-se das forças policiais, do exército e dos atos de exceção para se impor. O dito êxito da atuação do poder executivo justificou-se na área econômica, com o milagre econômico brasileiro, financiado pelo avanço do capital estrangeiro.

O período ditatorial, ficou caracterizado pelo desmantelamento das organizações civis, onde a participação organizada da sociedade civil foi fortemente reprimida, embora o regime instituído tenha buscado, através da formulação de algumas políticas sociais, a legitimação do governo perante a população. Com o golpe militar e o poder centralizado nas mãos das forças armadas, as garantias



constitucionais e democráticas foram suspensas, permitindo a cassação de mandatos e interrupção de direitos políticos.

A política social foi amplamente utilizada pelo governo militar como compensação ao cerceamento dos direitos civis e políticos, praticado pelo Estado, dando continuidade à industrialização desenvolvimentista (PEREIRA, 2012). Consistiu, sobretudo, em uma forma de controle das populações carentes, apesar de grupos e entidades atuarem em sentido contrário em momentos de luta. Segundo Bravo (2006), em face das expressões da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, ao ampliar a política assistencial com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade no regime, como também atender aos interesses dos mecanismos de acumulação do capital.

Dentro desse contexto político centralizador, importado do modelo econômico norte-americano, são adotadas práticas de metodologia do planejamento econômico, que se apresentaram como um meio de intervir nos setores sociais, através de ações técnicas, paralelo ao conflito de classes ora apresentado. Na saúde, as políticas de planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, por meio da compra de serviços da Previdência. Dentre as palavras de ordem, destacaram-se: produtividade, crescimento, desburocratização e descentralização da execução de atividades (BRAGA; PAULA, 1987).

Os caminhos da Saúde Pública no Brasil, de acordo com Vieira (2015), seguem com a política social dos governos nascidos da ditadura de 1964, que reproduzem as mesmas tendências da nova política econômica, em termos de diretrizes para sua concretização.

No caso da Saúde Pública, as suas deficiências se reduzem à ausência de planificação, à falta de capacidade gerencial e à pouca participação da iniciativa popular. Isto é: os problemas seriam resolvidos pela tecnocracia e pela privatização dos serviços de saúde. As doenças capazes de atingir grandes porções da população brasileira, continuavam dentro do campo da Saúde Pública, ficando o atendimento médico de cunho individual como responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta tanto na Saúde Pública, quanto na Previdência Social (VIEIRA, 2015, p. 315).

O resultado dos planos e das decisões em Saúde Pública são verificados através da redução das despesas no orçamento, onde a participação do Ministério da Saúde nas despesas totais feitas pelo governo federal são representadas pelo

declínio dos percentuais de 68,0% em 1965 para 57,9% em 1968, diminuindo ainda mais para 39,2% em 1971 (VIEIRA, 2015). A privatização da assistência médica e capitalização do setor de saúde surgem neste período de ditadura, criando condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do complexo médico-industrial. A assistência à saúde vinha de forma complementar, para os trabalhadores vinculados ao trabalho formal, esses contribuíam para se aposentarem e poderem utilizar-se da saúde pública na forma como era oferecido anteriormente pelo Estado, não como um direito social.

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), como medida do Ministério do Trabalho, em 1964, foram unificados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada e suspendendo a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde.

Entre os anos de 1974 a 1979, com o desgaste do governo militar, acontece a gradual reabertura política do país. Costa (2007, p. 87), destaca o surgimento de novos atores sociais que entram em cena, dessa forma “[...] as fissuras econômicas e políticas no bloco do poder atingiram o sistema ditatorial, provocando uma abertura política lenta e gradual em fins da década, que abriu caminho para entrada em cena de novos atores sociais”.

Para Bravo (2001), o bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, diante da crise econômica e da intensificação da resistência dos movimentos, modificou gradualmente a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de “[...] estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais” (BRAVO, 2001, p. 7).

Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), conforme Gerschman (2004, p. 195), “[...] um órgão superdimensionado e de caráter centralizador da política de saúde”, criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorre a centralização financeira e operacional do sistema de saúde, marcado pela fragmentação institucional, beneficiando o setor privado. O INAMPS passa a financiar estados e municípios para expandir a cobertura.

O Sistema Nacional de Saúde somente foi instituído no ano de 1975, legitimando a pluralidade institucional no setor e estabeleceu de forma sistemática o

campo de ação na área da saúde dos setores públicos e privados existentes, embora permanecesse uma dicotomia na questão da saúde, entre a medicina curativa, de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva, de responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 1975).

Dessa forma, ao destinar poucos recursos para a saúde, o Estado não tinha a capacidade de desenvolver as ações públicas propostas, determinado pela clara opção pela medicina curativa, sendo que o Ministério da Saúde, atuava mais como um órgão definidamente burocrático e normativo do que executor da política de saúde em favor dos trabalhadores que dela necessitassem.

De acordo com Silveira (2002), na década de 1980, as ações da Previdência Social, através do INAMPS mostravam-se ineficazes pelo caráter perdulário da gestão dos seus gastos, pelo descontrole orçamentário, pela facilitação de um processo de fraudes, potencializado pelos escassos recursos e pela incapacidade do Estado ao pautar-se por um modelo centralizado. De acordo com Costa (2007), estudos comprovavam o prejuízo causado pelo modelo econômico então vigente e denunciavam os efeitos deste modelo sobre a saúde da população, oferecendo propostas alternativas ao sistema de saúde. A extinção do INAMPS ocorre, posteriormente, no ano de 1993 (GERSCHAMN, 2004).

Em um período de intensas reivindicações, no ano de 1976, ocorre a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Segundo Paim (2008), enquanto se aprofundavam as contradições no âmbito do setor da saúde, renascem os movimentos sociais, envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média. Para o autor, tais movimentos se expressaram na saúde, “[...] constituindo-se em possibilidades de articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes” (PAIM, 2008, p. 77).

Para Costa (2007, p. 91), as propostas de reformulação do sistema público de saúde “[...] ganharam densidade a partir do arcabouço filosófico elaborado inicialmente pelo Cebes nos anos 1970”. O CEBES, tem na sua missão histórica a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Além disso, articula e participa de frentes e alianças com diversos movimentos sociais, grupos e entidades da sociedade civil. Em outubro de 1979, realizou o 1º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, apresentando e discutindo um conjunto de reivindicações democráticas, constituindo uma primeira

etapa na formulação de uma plataforma de luta em prol de uma autêntica democratização da medicina e da saúde brasileira (CEBES, 1979).

Portanto, a partir do simpósio do CEBES, destaca-se a contribuição para o debate democrático com todas as entidades e instituições interessadas na solução da crise da medicina brasileira que assolava o país. O documento apresentado pelo CEBES, promoveu uma discussão ampla sobre o agravamento gradual do nível de vida da população brasileira, do aumento significativo da mortalidade infantil, das doenças endêmicas, das taxas de acidentes do trabalho, do número de doentes mentais; assim como, também, do agravamento das condições de saneamento, da poluição ambiental e dos níveis nutricionais da população. Esse documento apresentou, ainda, o aumento da mobilização popular contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida (CEBES, 1979).

Aconteceu, ainda no ano de 1979, a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva para o fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não-governamentais e a sociedade civil, contribuindo para o avanço das lutas pela democracia na saúde.

Nesse momento, ao final da década de 1970, ao ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, tais como endemias, epidemias e aumento de indicadores de saúde. Assim, a medicina brasileira vivenciou uma profunda crise. O documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, do CEBES (1979, p. 1), enfatiza que em face à “[...] política de caráter essencialmente anti-democrático”, convoca a população, quando apresenta um quadro sobre a saúde no país,

[...] a população marginalizada das decisões sobre a política de saúde da mesma forma que a maioria das decisões sobre a vida nacional financia um sistema que muito pouco ou nada lhe oferece em troca. Frente a este quadro é dever da população e dos profissionais de saúde, nos locais de trabalho e reunidos em torno de suas entidades representativas, apresentar seu diagnóstico da situação. Mais ainda, somando-se ao clima de debates que hoje caracteriza a conjuntura política nacional, avançar e propor plataformas de luta que busquem reunir suas aspirações na linha de constituição de uma medicina democrática (CEBES, 1979, p. 1-2).

No início dos anos de 1980, com a crise financeira no setor de saúde, que se expressava na Seguridade Social e no modelo privatizante, a proposta do movimento sanitário apresentava-se como forte reação às políticas de saúde implantadas até então, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo (TEIXEIRA, 1989). Assim, o início da transição política é caracterizado como um momento forte na disputa pela saúde na perspectiva democrática.

Dessa forma, a crise econômica passou a ser permanente e constante e expressou-se no descontrole inflacionário. Além da recessão, soma-se ainda a distribuição desigual da renda, aumentando ainda mais a desigualdade social no país. Do ponto de vista político-ideológico, foram marcantes as divergências em decorrência da disputa entre a continuidade ou ruptura com o regime de exceção imposto pela ditadura militar. Entre as lutas gerais pela anistia e por eleições diretas que marcaram essa década, de acordo com Silva (2012), merecem destaque,

Luta pela anistia ampla, geral e irrestrita; as grandes manifestações populares por eleições diretas para presidente da República, que balizaram o ano de 1984 por meio da campanha massiva intitulada 'Diretas Já'; as grandes e mobilizadas campanhas sindicais; as duas grandes greves gerais realizadas nos anos de 1984 (contra a carestia, a desvalorização salarial e ampliação das liberdades democráticas) e 1986 (contra o plano cruzado e seus efeitos para os trabalhadores), as mobilizações dos trabalhadores sem-terra e as mobilizações populares antes e durante o processo constituinte de 1987 e 1988. Logo, do ponto de vista político, a década de 1980 foi de fortalecimento do campo democrático popular e da classe trabalhadora (SILVA, 2012, p. 269).

No campo da saúde, é na década de 1980 que acontece uma movimentação intensa de luta a partir da participação popular. A relação estrutural entre luta por saúde, democracia e cidadania no país foi estabelecida no contexto da disputa política pela redemocratização do Brasil ao longo do movimento de reforma sanitária na perspectiva de ter saúde como democracia e democracia como saúde. O Movimento Popular de Saúde (MOPS) surge como contribuição na organização da sociedade civil para, conjuntamente, discutir e propor melhorias no serviço de saúde oferecido para a população.

Os movimentos populares em saúde se originaram nos bairros pobres das periferias das grandes cidades, nas favelas localizadas nos grandes centro-urbano-industriais, como fase reivindicativa. Os moradores desses locais se agrupavam ao redor de associações comunitárias buscando alguma forma de organização primária

em torno de reivindicações por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgotos, dentre outros. Teve uma presença marcante de médicos, profissionais e agentes de saúde que teve efervescência até a década de 1980, caracterizando a segunda fase do movimento, com a campanha pelas eleições diretas para Presidente da República. Dessa forma, originário dos movimentos reivindicativos urbanos por melhorias de equipamentos médicos e de saneamento básico, o MOPS priorizava formas de organização, mobilização e pressão de confronto ao Estado (GERSCHMAN, 2004).

Para Costa (2007, p. 89), o debate sobre saúde cresceu associado à necessidade de acompanhar as políticas de saúde implantadas pelo governo, “[...] a concepção de saúde acabou vinculada à necessidade de transformações sociais, passo sobre o qual se assentou a criação do Movimento Popular de Saúde – Mops”. Essa forma de organização em comunidade possibilitava o entendimento sobre os direitos, onde a população se organizava em bairros e fazia reivindicações perante os governantes locais. Essa mobilização popular fortaleceu os interesses dos cidadãos e a defesa por seus direitos, concretizando-se nas ações implementadas por esses movimentos. O cidadão passou a discutir direitos, mostrando-se como existente e merecedor de melhores condições de vida, trabalho, saúde, reconhecimento e dignidade.

Ainda, de acordo com Costa (2007), a força do MOPS foi a luta por saúde, implicando em sua dimensão social, melhores condições de vida para a população, tendo como condição para realização desse objetivo a participação da sociedade nas decisões sobre as políticas governamentais. Para a autora, “[...] a oposição ao regime militar e a luta pela democratização estavam naturalmente imbricadas nas lutas mais gerais do movimento” (COSTA, 2007, p. 90).

Em meio a esse período de iniciação do MOPS, tem-se a articulação o Movimento de Reforma Sanitária, marco decisivo para a implantação do sistema de saúde como política pública do Brasil. Mesmo ainda distantes dos interesses governamentais, essa articulação é considerada como um dos primeiros passos para a consolidação de uma política de saúde universal. É nesse contexto que surge a Reforma Sanitária como resultado do movimento de democratização da saúde do Brasil (PAIM, 2008).

Com a abertura política do país, a população descontente se mobiliza e reivindica maior atenção do Estado para com as questões sociais apresentadas, a

saúde estava entre as pautas. Para Bertolli (1996, p.60), o país apresentava um quadro de imensa gravidade quanto à saúde pública,

Hospitais em precário estado de funcionamento, dificuldades de encontrar atendimento médico, mortes sem socorro especializado: este tem sido o quadro a que está submetida a população brasileira. Como resultado da insuficiente expansão dos sistemas de saneamento e da ineficácia da educação sanitária, o país é assolado por epidemias evitáveis, como os surtos de cólera e dengue. E mantém-se alto os índices de pessoas atingidas por tuberculose, tracoma, doença de chagas e doenças mentais, confirmando a permanência histórica do trágico estado de saúde popular.

A proposta de saúde como um direito é incluída na agenda política a partir da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Reuniram-se nessa Conferência, mais de 4000 pessoas e com intensa participação social, acontecendo assim a ampliação do Movimento de Reforma Sanitária, sendo materializada nos debates da Assembleia Nacional Constituinte e no contexto da elaboração da Constituição Cidadã, em 1988. Prevalece, nesse contexto, a discussão intensa e a proposição de um modelo nacional reformista para a saúde. Segundo Costa (2007, p.90),

Em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde e as organizações da sociedade civil foram convidadas a participar de sua realização. O tema central da Conferência foi 'Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão', versando sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. A VIII Conferência Nacional de Saúde tornou-se, por tudo que representa para o repensar do sistema de saúde, um marco do processo de democratização do setor, especialmente para as relações entre Estado e sociedade civil desde então. Abriu trilhas para novas formas de conceber e organizar o sistema de saúde.

Segundo Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), a VIII Conferência Nacional de Saúde, tornou-se um marco deste período, por impulsionar a participação ativa de diversos segmentos da sociedade, proporcionando novas possibilidades de um modelo democrático para política de saúde. Dessa forma, essa Conferência se caracterizou como um grande espaço de mobilização nacional, participação e pressão popular com o propósito de romper com o modelo curativo, em favor da democracia e do direito à saúde, impulsionando as bases de um Sistema Único de Saúde. Essa Conferência cumpriu o papel de mobilizador das energias sociais para a formulação de uma nova Política Nacional de Saúde, fomentando o debate para o surgimento de emendas populares à Constituição Federal de 1988, no capítulo que trata da saúde (COSTA, 2007).

Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado, com atribuições específicas para a União, estados e municípios; e democrático, ao garantir a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação (PAIM, 2008). Para o autor, sobre a estruturação e debates ocorridos na conferência, foram apresentados três eixos básicos:

Saúde como um direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Para cada eixo foram previamente encomendados textos para acadêmicos, intelectuais e especialistas a título de subsídio para os debates. Muitos desses autores vinculados ao movimento sanitário foram também, convidados para participarem das três grandes mesas-redondas (PAIM, 2008, p. 99).

As lutas pela redemocratização são intensificadas a partir de então, já que o tema dessa conferência apresentava uma abertura à participação dos trabalhadores e da população. Assim, no decorrer da Conferência reuniram-se as forças sociais e políticas em torno de uma alternativa para a Política Nacional de Saúde e para a sociedade a partir do projeto de Reforma Sanitária (BRAVO; CORREIA, 2012).

Para Gerschman (2004), no processo de regulamentação da política de saúde decorrente das decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde e sua relação com o sistema descentralizado de saúde,

[...] regulamentou-se primeiro a Reforma Sanitária na Constituição Nacional, em 1988. Posteriormente, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais estabeleceram os princípios que nortearam o modelo de atenção e de organização dos serviços de saúde, segundo as diretrizes da Constituição. O sistema descentralizado de saúde visava, de fato, integrar um sistema único de saúde com cobertura universal, integralidade das ações, com a participação da comunidade, através dos conselhos locais de saúde (GERSCHMAN, 2004, p. 181).

A sociedade passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado (PAIM, 2008). Defender interesses, nesse momento, assumia uma importância fundamental nas ações conjuntas de luta que dependiam de fatores históricos, sociais, econômicos, culturais e do envolvimento de sujeitos no embate pelo direito social na saúde e na política de saúde, como uma política pública de Estado.



Compreende-se que a política pública não existe fora da relação Estado e Sociedade Civil. Nesse aspecto, as políticas públicas visam oportunizar a melhoria da qualidade de vida da população, na redistribuição de renda ou podem privilegiar setores dominantes da sociedade, aumentando ainda mais a concentração da renda e as desigualdades sociais existentes. Com base no pensamento de Fernandes (2007), as políticas públicas se manifestam através de duas dimensões que se complementam entre si, sendo: o administrativo técnico e o aspecto político. Nessa perspectiva, o autor adverte que,

[...] costuma-se pensar o campo das políticas públicas unicamente caracterizadas como administrativo ou técnico, e assim livre, portanto do aspecto 'político' propriamente dito, que é mais evidenciado na atividade partidária eleitoral. Este é uma meia verdade, dado que apesar de se tratar de uma área técnico-administrativa, a esfera das políticas públicas também possui uma dimensão política uma vez que está relacionado ao processo decisório (FERNANDES, 2007, p. 203).

É importante ampliar o envolvimento dos atores sociais nos processos de decisão e implementação das políticas públicas, assim como, no controle das ações do Estado, embora o controle social e a participação dentro do Estado Democrático de Direito direcionem suas propostas para a sistematização de políticas urbanas com participação e gestão democrática da Sociedade Civil.

O direito à saúde, como política pública de Estado, torna-se resultado de lutas e embates neste período. Em destaque nessa luta por direitos, a Reforma Sanitária Brasileira traz sua grande contribuição. Porém, a busca pela efetivação da saúde como assistência integral e gratuita continua sendo uma luta constante até os dias atuais, em meio à regressão de direitos que tem se apresentado na contemporaneidade.

### **3.2 Reforma Sanitária Brasileira: participação democrática na luta pela saúde universal**

Nas discussões delineadas anteriormente nesse estudo, buscou-se pontuar a respeito da conjuntura em que o Movimento da Reforma Sanitária se deu, o contexto da época em que aconteceu e as condições que possibilitaram a origem expansão deste movimento. Doravante, faz-se necessário ainda ampliar a discussão acerca dos atores sociais envolvidos neste processo.

As funções do Estado na área de saúde, nos anos de 1960 a 1970, aumentaram em âmbito e complexidade, em decorrência das modificações e crises ocorridas no sistema capitalista e das lutas democráticas e populares. As propostas que surgem nestas décadas e na década seguinte são destacadas como proposições transformadoras, enfatizando os movimentos sociais, como apresenta Cueto (2013), na perspectiva de saúde articulada aos movimentos sociais pela melhoria das condições de vida e saúde, tendo como pontos significativos a conquista pela população do controle dos organismos decisórios das instituições de saúde, e ainda pela vinculação entre os profissionais de saúde e os movimentos sociais que são chamados para o diálogo, debate e elaboração de propostas conjuntas.

A reforma da política de saúde, apreendida a partir da questão mais ampla de descentralização e democratização do Estado, é inscrita no contexto das reformas sociais iniciadas a partir da segunda metade da década de setenta. Com a transição política do regime militar para a democracia participativa, ocorreu uma abertura política impulsionada pela pressão da sociedade civil, através da força dos movimentos sociais (COTTA, 2009).

Nesse cenário a Reforma Sanitária Brasileira surge como luta pelo direito à saúde no final da década de 1970 e início dos anos 1980, sendo um movimento que buscou a construção de um novo sistema de saúde, gestado nos movimentos populares em prol de uma saúde universal em todo solo brasileiro. Para Costa (2007, p. 86), no Brasil,

As lutas da população por saúde são complexas e bastante antigas; para serem recuperadas com alguma suficiência precisam de um marco temporal. Sem desmerecimento para as lutas anteriores, é a partir da década de 1970 que adquirem maior consistência e consequências significativas para a política de saúde. O contexto da década de 1970, tensionado pela ditadura militar e desfavorável à participação social, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais e das lutas por eles travadas.

Em decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde no país, tomadas pelos governos autoritários, surge no interior das universidades, o debate do movimento sanitário. Segundo Escorel (1999, p. 69), surge um movimento, “[...] um novo pensamento que, em seu processo de articulação e desenvolvimento foi-se conformando como um novo ‘ator’ coletivo, uma nova ‘força’ política”.

Para a autora, a articulação desse movimento ocorre em uma série de núcleos e a articulação entre esses ocasionava propostas transformadoras que possibilitava o compartilhar de uma visão e uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário. Segundo Escorel (1999), na composição originária do movimento sanitário, existem três vertentes<sup>2</sup> principais, não considerando cada vertente como estanque, impermeável ou excludente, mas como momentos de atuação dos profissionais de saúde, partes do processo de construção de um movimento social.

Para Escorel (1999), das três vertentes principais existentes, a primeira vertente é composta dos movimentos que difundiram a teoria social da medicina com análises e propostas transformadoras, em destaque o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), tida como “a pedra fundamental do movimento sanitário”. A segunda vertente foi constituída pelos movimentos Médicos Residentes e de Renovação Médica, distinguindo-se da anterior por significar uma atuação política em outra arena concreta: “o mundo do trabalho”.

A universidade passou a ser o espaço de contestação das práticas do regime existente (TEIXEIRA, 1989), sendo assim, a terceira vertente, ainda de acordo com Escorel (1999) é denominada de “academia”,

[...] nela foi construído o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores/construtores desse marco teórico. A academia foi a vertente que deu origem ao movimento sanitário e cuja manutenção é sua base de consolidação, já que ela dá o suporte às propostas transformadoras (ESCOREL, 1999, p. 70).

As concepções de saúde vinculadas à proposta da Reforma Sanitária foram elaboradas com a participação acadêmica, na década de 1970, nos departamentos de medicina preventiva e social e nas escolas de saúde pública ou seus equivalentes (PAIM, 2008). De acordo com Escorel (1999), as universidades, tratadas como o mundo acadêmico em geral, constituem uma das vertentes na composição do movimento sanitário no período de 1975 a 1979 e que durante esse período,

[...] o movimento sanitário se fez visível através do movimento médico; mas o segmento voltado para a formação de recursos e a pesquisa – a

---

<sup>2</sup> Para Escorel (1999), ressaltar que a divisão em “[...] ‘arenas’ ou ‘vertentes’ foi uma forma de abordar a multicomposição do movimento sanitário. Essa divisão não significa espaços de atuação próprios ou exclusivos, dotados de limites rígidos: as arenas apresentavam especificidades mas integravam um mesmo movimento – o movimento sanitário” (ESCOREL, 1999, p. 111).

‘Academia’, como é conhecido – foi o que deu consistência teórica às análises assumidas pelo conjunto do movimento e empunhadas como bandeiras de transformação. Distingue-se essa vertente da constituída pelo CEBES e pelo movimento estudantil porque, nesta última, o trabalho maior era o da difusão da ideologia e da organização dos profissionais ao redor de entidades, ao passo que, na arena da Academia, construíram-se a ideologia, o ideário, o conhecimento, que sustentaram as propostas políticas. Nela, elaborou-se, ampliou-se e reproduziu-se o conhecimento e formaram-se os intelectuais orgânicos da proposta (SCOREL, 1999, p. 111).

É importante destacar as contribuições para o Movimento de Reforma Sanitária, do MOPS, de trabalhadores da saúde, de membros das pastorais da ala progressista da Igreja Católica, que a partir das experiências e dos debates foram construindo a proposta de um sistema de saúde descentralizado. Ainda resultou da mobilização de movimentos de moradores das grandes cidades, estudantes, profissionais de saúde, professores universitários, funcionários públicos e do movimento popular em saúde. O movimento sanitário desenvolveu um processo de intensa articulação social, política e partidária (GIOVANELIA, 2008).

A partir de 1983, conforme Gerschman (2004), o Movimento Sanitário ampliou a proposta de reformulação do sistema de saúde, com a ocupação de espaços nas instituições estatais de saúde, que para a autora, o objetivo seria de “[...] produzir mudanças na política de saúde e tendo em vista que o próprio processo de transição à democracia o permitia” (GERSCHMAN, 2004, p. 54-55). A luta da sociedade, no ano de 1985, contra o fim do regime de exceção imposto no governo militar e pela redemocratização do Brasil avançou e o debate pela ampliação dos direitos sociais ganhou força e relevância.

Segundo Gerschman (2004, p. 179), para a efetivação da Reforma Sanitária “[...] seriam necessários a continuidade e o aprofundamento do processo democrático. Regimes de exclusão social e de cunho autoritário dificilmente poderiam assimilar um processo de reformas dessa natureza”. Eclodiram manifestações políticas, diante da situação econômica do país mergulhado em enorme dívida externa e interna: recessão, alta inflação, elevação da taxa de juros, dentre outros. O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, associado à crise do capitalismo internacional. A diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduziu as receitas governamentais.

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida a população. Nesse sentido, a saúde é definida como um “direito do cidadão”, assim como um “dever do Estado” e para que isso fosse efetivado, de acordo com Gerschman (2004), fizeram-se necessárias transformações na política de saúde,

[...] tendo sido encaminhadas pela proposta os seguintes pontos: criação de um sistema único de saúde com notável predomínio do setor público; descentralização do sistema e hierarquização das unidades de atenção à saúde; participação e controle da população na reorganização dos serviços; readequação financeira do setor (GERSCHMAN, 2004, p. 55).

As reivindicações da Reforma Sanitária fizeram parte da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e, se consolidaram no texto constitucional de 1988. Segundo Teixeira (2011, p. 39),

O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Para Costa (2007, p. 92), o conceito de saúde adotado pelo Movimento de Reforma Sanitária “[...] é legitimado socialmente e implica na percepção da saúde como responsabilidade do conjunto de instituições governamentais, das políticas públicas, inclusive a política econômica”, trazendo como resultante a concepção da saúde como responsabilidade do Estado e um direito de toda a população.

O Movimento de Reforma Sanitária, com seu ideário de direito à saúde, é caracterizado como um marco de participação democrática dos atores sociais na luta por melhores condições de saúde. Paim (2008, p. 35), analisa a Reforma Sanitária como um fenômeno sócio-histórico, afirmando que “[...] a historicidade do objeto que permitiria a sua identificação em uma dada conjuntura e sua permanência processual, enquanto cristalizações e transformações, possíveis de serem observadas no presente”. Assim, o autor afirma ainda que:

Enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*: *ideia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos,

em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008, p. 36).

O Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987), foi o documento norteador do movimento sanitário no debate sobre a saúde na Assembleia Nacional Constituinte (MATOS, 2014). Esse documento proporcionou a utilização uma concepção abrangente de saúde, contribuindo e fortalecendo a luta pela Reforma Sanitária Brasileira.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382).

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) resultou de uma proposta de instituição de um sistema universal no qual todos os cidadãos tivessem acesso à saúde. O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, deveriam ter acesso às políticas de saúde e as garantias universais da saúde.

Os movimentos sociais, na área da saúde, nos anos que antecederam a constituição, avançaram na luta por seus interesses, como uma nova forma de considerar a saúde da população como direito de todos. A participação surge como nova articulação de poder com todos os envolvidos, na transformação de atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (FALEIROS, 2006).

A conquista da saúde como direito impresso na Constituição de 1988 trouxe, dentre os princípios, a universalidade do acesso, considerando este como um dos mais importantes, na medida em que fundamenta a afirmação de que a saúde é um direito de todos os cidadãos e pressupõe que sua garantia deve ser responsabilidade do Estado. Dessa forma, os direitos sociais são resultados das lutas históricas dos trabalhadores contrapondo-se a situação de profunda desigualdade provocada pelo sistema capitalista. Para Sousa (2014, p. 228), “[...] a contradição é que os direitos proclamados no âmbito jurídico e político nem sempre se encontram garantidos no contexto real, sendo historicamente violados”.

Dessa forma, a discussão apresentou o processo de surgimento do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro através da luta e como resultado do movimento de democratização da saúde do país, assim como as conquistas na concepção do direito à saúde ocorridos, posteriormente, na materialização das leis orgânicas na saúde, no final da década de 1990.

Portanto, é importante lembrar que apesar dos desafios referidos acima a respeito da consolidação do Sistema Único de Saúde e da noção de saúde como direito, o Movimento da Reforma Sanitária, que teve sua ação mais eficaz materializada na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi fundamental para a quebra do paradigma político-ideológico da lógica de saúde vigente até então, denunciar os problemas existentes na época neste campo, deliberar a respeito das possíveis medidas a serem tomadas para que houvesse melhora na situação da saúde da época, e, por fim, tornar instituído um novo modelo de saúde universal, no qual há espaços melhor demarcados para a ocorrência de debates no âmbito da saúde.

Além disso, cabe destacar que a articulação dos movimentos sociais entre si teve fundamental importância no processo de transformação do paradigma vigente da época no que concerne ao direito à saúde, fator que caso fique restrito à VIII CNS pode trazer prejuízos no momento atual à concepção de direito à saúde, pois, tendo-se em vista que os desafios se renovam, devem ser renovadas também as formas de resistência.

## **4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E OS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL**

O capítulo apresenta os avanços no direito à saúde através da Política Nacional de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, expõe como a saúde se tornou um marco na trajetória brasileira no campo das políticas públicas e, particularmente, das políticas sociais, dessa forma, uma conquista importante para sociedade brasileira, de forma universal.

Ainda nesse aspecto o capítulo discute como o direito a saúde é tratado na relação Estado e sociedade civil a partir das formas institucionais adotadas pelo Estado brasileiro para dialogar com a sociedade (conselhos gestores e conferências), e como a efetivação do SUS, de forma contraditória, tem sido combatida por interesses privados através dos ataques ao Direito à Saúde engendrados pelo Neoliberalismo, a partir da década de 1990.

Apresenta a Política Nacional de Saúde, contemplada com a Lei 8.080/90, e em seguida a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade, os mecanismos de transferência dos recursos financeiros e a operacionalização do sistema na relação entre os gestores da saúde, por meio das portarias do Ministério da Saúde, com o papel de normatizar o processo de descentralização.

Ainda é discutido o conflito de interesses no controle social na sociedade do capital, frisando a disputa pelo direito à saúde a partir dos avanços e retrocessos ocorridos ao longo do processo de desenvolvimento das lutas pela democratização no Brasil, no contexto das relações antagônicas de poder.

Apresenta a participação social e os mecanismos de controle social na política de saúde tais como os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e, mais recentemente, as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, como propostas de articulação e reflexão crítica sobre os ataques sofridos pelo Sistema Único de Saúde e o retorno desses ataques sobre toda a população usuária desse sistema.

Por fim, visa analisar o controle social não somente como uma forma do Estado manter a coesão social por meio dos espaços institucionalizados, mas pela necessidade de enfrentamento, na perspectiva da sociedade, pontuar a utilização desses espaços democráticos em razão da efetividade dos recursos em saúde em benefício da saúde universal.



#### **4.1 A Política Nacional de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde: avanços e retrocessos no direito à saúde**

Quanto ao desenvolvimento do Sistema Público de Saúde no Brasil, segundo Paim (2009), desde o início do século XX, tem como antecedentes a formação de três subsistemas de saúde no Brasil, caracterizadas em três vias, tais como: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Contudo, ao lado da saúde pública, como componentes da política estatal, mantiveram-se paralelos a medicina filantrópica e a medicina liberal, que posteriormente foi substituída pela medicina empresarial, em uma ampla autonomia do profissional.

Para Castro e Fausto (2012), a Política de Saúde no Brasil, historicamente, é marcada por ações públicas estabelecidas anteriormente nos moldes de campanhas sanitárias voltadas para o controle de epidemias e de endemias rurais, modelo que se tornou a base da política nacional, particularmente, na vertente da saúde pública.

Somente a partir do final da década de 1980, quando o processo contemporâneo de democratização se tornou gradual, caracterizado na luta pela redemocratização política do país, com o êxito das lutas sociais em favor da saúde é determinado ao Estado o dever de garantir a saúde a toda a população, criando o Sistema Único de Saúde, conforme trata a Constituição de 1988.

Destaca Sousa (2014), que dentre os princípios que regem o SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, assim como as diretrizes que operacionalizam o mesmo sistema, como descentralização, hierarquização e participação comunitária, não têm sido suficientes para garantir a universalização da saúde, em virtude do seu caráter dual, onde destaca que a maior parte dos recursos públicos é direcionada aos serviços privados. O sistema privado no Brasil não é independente do SUS, está vinculado por meio de um processo de regulação que normatiza e controla, mas essa condição depende muito da organização e gestão da política no país e de cada estado e município.

De acordo com Teixeira (2011), a reforma institucionalizada na década de 1990, com a formação de um sistema nacional de saúde acontece na luta por um modelo novo e abrangente de proteção social tendo um componente de mobilização social em favor da ampliação dos direitos sociais, como parte da transição para um regime democrático, ao final do regime militar que se instalou no país durante 21 anos.

A autora se refere à singularidade desse projeto de política social ligado à luta dos movimentos sociais e à forte associação do projeto com a transformação do Estado e da sociedade em uma democracia, sendo que “[...] o novo modelo constitucional de política se caracteriza pela universalidade da cobertura, pelo reconhecimento dos direitos sociais, pela afirmação dos deveres do Estado” (TEIXEIRA, 2011, p. 27).

A presente discussão permeia os antecedentes que levaram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como principal mecanismo da política de saúde no Brasil, além de apontar os principais problemas estruturais que afetam seu desenvolvimento e consolidação, principalmente pela diminuição de investimentos no orçamento da saúde. Conforme já apresentado no capítulo anterior, são antecedentes do SUS, impulsionados pela conquista da sociedade civil, o Movimento Popular de Saúde (MPOS), o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, a VIII Conferência Nacional de Saúde, as Ações Integradas de Saúde (AIS), como o fortalecimento da rede pública ambulatorial, estimulando a integração das diversas instituições de atenção à saúde; a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), centrado, particularmente na formação dos distritos sanitários, em que enfocavam a atenção integral e a regionalização dos serviços de saúde e, mais recentemente, a Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 196 a 200 (BRASIL, 2006).

Gradativamente os serviços de saúde começaram a ser descentralizados a partir da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, como uma consolidação das AIS, adotando como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Dentre as várias propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, as IAS se constituem como políticas de ações que constituíram em uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira tinha proposições direcionadas basicamente à construção de uma nova política de saúde democrática, levando-se

em conta a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor de saúde. A realidade social existente na década de 1980 era de exclusão de parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), restrita aos trabalhadores que com ele contribuía.

Segundo Menicucci (2014), a Reforma Sanitária foi realizada visando à criação do SUS e a ruptura com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então existentes, possibilitando o reordenamento dessa política. Cabe apontar que o reordenamento da política de saúde a partir da reforma na saúde ocorreu de duas formas, sendo: ideologicamente, devido aos princípios fundantes da política de saúde serem completamente alterados; e institucionalmente, em virtude da criação do Sistema Único de Saúde. O SUS torna-se um marco na trajetória brasileira no campo das políticas públicas e, particularmente, das políticas sociais.

A autora procura interpretar o processo de implementação da reforma do sistema de saúde na década de 1990, quando foi atribuída a tarefa de transformar em realidade os dispositivos legais definidos na Constituição de 1988, trazendo importantes inovações no campo da saúde ao consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes para orientar a política setorial ao alterar o padrão anterior ao “[...] garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, que pode ser considerado o objetivo fundamental da reforma da política de saúde” (MENICUCCI, 2014, p. 304).

De acordo com Castro e Fausto (2012, p. 177), a Reforma Sanitária Brasileira com o surgimento de um sistema de saúde,

[...] configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social e faz da política de saúde a primeira política social universal do Brasil. Emerge desse processo o SUS, coordenado no nível federal exclusivamente pelo Ministério da Saúde (unificando a condução da política nacional de saúde), com ações de saúde descentralizadas e direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal).

O SUS torna-se uma conquista importante para sociedade brasileira, em vista que a saúde é tratada na maior parte dos países como uma mercadoria e não como um direito. Historicamente, antecedendo ao SUS, tinha acesso a saúde quem possuía condições financeiras poderia custear qualquer serviço de saúde, todavia, quem não possuía meios para custear os serviços de saúde ficava desassistido,

como nas décadas de 1970 e 1980, em que vigorava o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

As características básicas do INAMPS estavam voltadas em privilegiar uma atenção maior para as pessoas que pagavam a Previdência Social, os trabalhadores formais e seus dependentes. Esse instituto possuía uma atenção hospitalocêntrica, mais centrada nos hospitais e de caráter mais curativa do que preventiva, além de ser um sistema centralizado, suas ações e serviços estavam focalizadas somente na esfera federal, no Ministério da Saúde.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi incluída no rol das políticas que formam o tripé da Seguridade Social, como um direito universal de todos os cidadãos. De acordo com PAIM (2009, p. 43), pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que “[...] reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde”. A saúde ganhou espaço na Lei Magna, em seus artigos 196 a 200, sobre o direito à saúde para toda a população,

[...] 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 (BRASIL, 2006, p. 129).

Desta forma, o direito à saúde é materializado na Constituição, no final do ano de 1990, através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, detalhando o funcionamento do sistema de saúde, sendo aprovada no Congresso Nacional como forma de efetivação da política de saúde e atenção as demandas por saúde, período caracterizado por grandes disputas e de transformações no setor de Saúde no país (BRASIL, 1990a).

A Política Nacional de Saúde torna-se universal, traz a perspectiva do direito à saúde surgindo como resultado da luta por direitos. Por meio dessa política, disposta na Lei Orgânica, são tratados os processos de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do Sistema. Ao serem definidas as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro, são apontadas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a).

A saúde torna-se um bem público, materializada na Política Pública de Saúde com princípios que regem toda uma assistência ao cidadão, caracterizado como usuário, definido pelo artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - Participação da comunidade (BRASIL, 2006, p. 129).

Ainda no ano de 1990, a Política Nacional de Saúde é contemplada com a segunda Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferência dos recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal (BRASIL, 1990b). Com o processo de implantação do SUS, ocorrem ações na política de saúde, tais como: definição do papel de cada esfera de governo; municipalização das ações e serviços de saúde; reforma do Estado; relação público-privado e regulamentação do financiamento (TEIXEIRA, 2015).

É estabelecida a operacionalização do sistema na relação entre os gestores da saúde, por meio de portarias do Ministério da Saúde, nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, sendo também estabelecidas e elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), cuidando especificamente do regionalismo da assistência. Elaboradas na área da saúde, tiveram o papel de normatizar o processo de descentralização, substituindo a regulamentação do repasse de recursos, já reivindicada no artigo 35 da Lei 8.080/90. No entanto, essas normas alteraram o sentido da referida lei, distorcendo a ideia de descentralização formalizada e outros princípios do SUS (CORREIA, 2000).

O modelo de descentralização do SUS foi caracterizado por concentrar autoridade no governo federal, por financiar a política de saúde em um abrangente sistema de transferências inter-regionais. O Sistema Nacional de Saúde pretendeu acentuar seu caráter redistributivo com a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB), na Norma Operacional Básica 98 (NOB/98), funcionando como um mecanismo de transferências para os programas municipais de saúde, calculado em termos *per capita*. A Constituição de 1988 estabeleceu que o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, “[...] cabendo ao município a

responsabilidade de prestar atendimento à população, e à União e aos estados, a cooperação técnica e financeira ao desempenho desta função” (ARRETCHE; MARQUES, 2007, p. 178).

A partir da NOB 01/1993, com base na documentação do Ministério da Saúde, de 1993, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que consta da descentralização das ações e serviços de saúde na ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei e o compromisso assumido diante das deliberações apontadas pelos diversos atores que participaram da IX Conferência Nacional de Saúde, em cumprir particularmente no que se refere às medidas necessárias para a implantação do Sistema Único de Saúde, para orientações das ações do Ministério da Saúde nesta gestão (BRASIL, 1993).

Ao dispor sobre a ‘descentralização, com direção única em cada esfera de governo’, o texto constitucional reforça o disposto em seu artigo primeiro, no qual é atribuída ao Município a condição de ente federado, e se alinha com as mais modernas tendências de organização do Estado, de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais. Ao longo do processo de transição democrática a questão da descentralização ganhou força, pela oportunidade que oferece de maior racionalidade e de maior controle social sobre as ações estatais, consolidando-se na Constituição de 1988 com um perfil nitidamente federativo e municipalista (BRASIL, 1993, p. 9).

Foi dado impulso maior no sentido da descentralização, de estabelecer normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. A NOB 01/1993 regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, estabelecendo mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular, da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.

A descentralização, como um dos princípios básicos do SUS venceu as resistências iniciais, observando que praticamente todos os municípios dispunham de autonomia. Porém, as crises financeiras continuadas marcaram os primeiros anos de implantação do SUS e comprometeram a qualidade e o desenvolvimento dessa política de saúde.

Embora marcado por avanços e desafios, a Política Nacional de Saúde apresentou melhorias para a população brasileira, tais como: declínio dos índices de mortalidade, o acesso ao sistema público universal e ampliado, aumento da cobertura, assim como novas vacinas foram introduzidas na rotina, as filas para

cirurgias eletivas diminuíram e o número de transplantes aumentou. De acordo com PAIM (2009), a proposta do SUS, vincula-se a uma ideia central:

Todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do 'mérito' de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p. 43).

Como resultado do longo processo de lutas, o texto constitucional de 1988 cita a saúde como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas [...]” (BRASIL, 2006, p. 129). A Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 traz como fatores determinantes e condicionantes da saúde “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2010, p. 41), em uma definição bem mais ampla do que a noção somente de acesso aos serviços de saúde.

Além do texto constitucional, a legislação própria da Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, apresentada na lei 8.080/90:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...] o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação [...] são objetivos do Sistema Único de Saúde SUS. [...] a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2010, p. 41).

O SUS torna-se, então, a união de todas as ações e serviços de saúde públicos e privados contratados pelo Estado para garantir a todos os brasileiros, por meio dos seus princípios e diretrizes organizativas, o acesso à promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência médica. Sua construção se contrapôs à predominância de políticas neoliberais de ajuste macroeconômico, tais como reorganização do modo de produção capitalista e propostas de privatização.

A apresentação, em forma de tabela, mostra os princípios e diretrizes do SUS, conforme o projeto de reforma sanitária, trazendo o SUS Histórico, no capítulo

dedicado à saúde na Constituição Federal de 1988, retratado pelo resultado de todo o processo desenvolvido ao longo de duas décadas de disputas e defesa de interesses ligados à democracia na saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS Histórico é apresentado de acordo com o Quadro 1, de forma resumida, com base em Soares (2013), de acordo com os princípios e diretrizes conquistados no final da década de 1980.

Quadro 1 – Princípios e Diretrizes do SUS Histórico

Princípios/Diretrizes organizativas	SUS Histórico
Universalidade	Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
Equidade	Todos possuem o direito ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença.
Integralidade	Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
Descentralização	Descentralização Político-administrativo, com direção única em cada nível de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços. Portanto, com responsabilização de todos os níveis de acordo com as suas especificidades.
Participação da Comunidade	Direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, em seus espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências de caráter paritário e deliberativo.
Financiamento	Financiamento solidário entre as três esferas de governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços
Gestão	Gestão pública, com controle social público e orientada pelos princípios e diretrizes públicos.

Fonte: Soares (2013), adaptado pelo autor.

A política de saúde no Brasil, enquanto expressão da relação de enfrentamento capital-trabalho, tem no SUS, nos termos formulados na Reforma Sanitária, a afirmação de um sistema universalista, porém, a sua implementação tem sido, de forma antagônica, “[...] tensionada por poderosos e organicamente articulados interesses privados que vêm diversificando e ampliando as formas de privatização na saúde” (PAIVA; COSTA, 2016, p. 52). Na luta entre interesses, a saúde é condicionada pela correlação de forças entre as classes e projetos societários em disputa, numa relação entre Estado e sociedade civil, e que segundo Paiva e Costa (2016),

[...] do ponto de vista dos trabalhadores interessa a universalização das políticas sociais e ao acesso a serviços como um bem que lhes garanta



melhores condições de vida. Ao capital, toca atenuar conflitos e ampliar seus espaços de reprodução via a mercantilização generalizada da vida social. Esse é o sentido que preside a resposta capitalista sob a forma de políticas sociais privatistas. A organização do capital como projeto societário hegemônico permeia os caminhos de materialização das políticas sociais a partir de seus movimentos para a obtenção de mais-valia e para a mercantilização da vida. [...] onde a resistência é mais frágil, mais déspota é a reação burguesa (PAIVA; COSTA, 2016, p. 52).

No atendimento as demandas da assistência à saúde com o SUS, esperava-se que as garantias inerentes a essa efetivação constitucional no direito à saúde seriam consolidadas através da gestão e do processo participativo. O cidadão compreendeu que os seus direitos estariam garantidos, por se constituírem em políticas públicas, efetivados e preservados no tocante à saúde pública, defendidos através da legislação expressa. Esse é um fato que mostra o quanto a sociedade brasileira logrou êxito com esses direitos garantidos, pois a mobilização social, os enfrentamentos ocorridos anteriormente a essa conquista com os enfrentamentos através do MOPS, da Reforma Sanitária, da VIII Conferência de Saúde, possibilitaram que as leis do SUS fossem implantadas na carta Magna, contudo, a sociedade, sofrendo ataques aos seus direitos conquistados, necessita dos serviços de saúde de forma integral, equânime e universal, e não como proposta privatizante, como tem cada vez mais se apresentado pelo país.

Todavia, o SUS não foi efetivado de fato na sua totalidade, mesmo que no texto constitucional delibere que cada gestor municipal responsabilizar-se-ia por implantar as garantias constitucionais em seu município. Esse processo ainda acontece de forma gradativa e lenta.

#### 4.1.1 O direito à saúde na relação entre Estado e Sociedade Civil

A conquista dos direitos sociais no Brasil é marcada pela luta em busca da redemocratização do Estado, ocorrido na década de 1980, ainda durante o regime militar. A interação entre Estado e Sociedade Civil passa a existir a partir da reabertura democrática, da proclamação dos direitos de cidadania e a consagração do princípio participativo na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006). A forma de participação da sociedade ocorre a partir do controle social nos conselhos gestores, em especial, na formulação e monitoramento de políticas públicas (WANDERLEY, 2012).

Diversas são as formas institucionais adotadas pelo Estado brasileiro para dialogar com a sociedade, sejam elas interações coletivas, como ocorrem nos conselhos gestores e conferências, ou interações individuais, como é o caso das ouvidorias. São processos de democratização institucional na ampliação da atuação do Estado brasileiro em conjunto com a sociedade, no âmbito das políticas sociais.

É importante destacar que há distintas percepções relacionadas ao direito à saúde. Algumas interpretações contribuem para o processo de luta pela saúde como um direito à assistência, associado à cidadania, numa conquista democrática. Por outro lado, há ideias relacionadas a uma concepção de acesso a bens e serviços de saúde, no risco de transformar a saúde em uma mercadoria de consumo, sendo um aspecto limitador na luta pela garantia e ampliação deste direito.

O direito à saúde relaciona-se como conquista democrática na utilização dos espaços institucionais de participação e na discussão do uso do fundo público, entendido neste estudo como “[...] os recursos que compõem o tesouro do Estado [...]” (CORREIA, 2000, p. 17), em benefício da política pública de saúde. A autora denuncia sua alocação crescente para a reprodução do capital em detrimento da reprodução do trabalho. A autora alerta sobre o uso do fundo público para subsidiarem empresas privadas, na sua mercantilização e na atual configuração do capitalismo mundial, em especial na saúde no Brasil “[...] para financiamento da reprodução do capital e da força de trabalho [...]” (CORREIA, 2000, p. 12), quando traz a necessidade de análise do caso brasileiro, na utilização deste recurso, considerando as especificidades da esfera pública e a democracia.

Desse modo, apreender o direito à saúde no contexto democrático, materializado na Constituição Cidadã, inscreve-se em um processo de luta iniciado bem antes da concretização do Sistema Único de Saúde no país e reforça ganhos substanciais na luta pela saúde universal no Brasil. Desta forma, esse aspecto não deve ser resumido tão somente a uma concepção de conquista dos direitos e acesso aos bens e serviços de saúde, mas na luta pela efetividade dos direitos conquistados e na correta utilização dos recursos em benefício da política pública.

O controle do uso dos recursos públicos, caracterizado pela democratização do uso do fundo público, conforme Correia (2000, p. 20), “[...] implica a interferência da sociedade organizada na destinação do gasto público”. A participação nesse controle, conforme a autora, abala, o monopólio das classes dominantes sobre os recursos públicos, sendo que esses deveriam ser gastos com bens e serviços

coletivos, não com interesses privados. A autora ainda destaca a importância da sociedade ao

[...] criar espaços democráticos poderá interferir ou mesmo controlar as ações do Estado e o gasto público, para que este não se restrinja aos interesses clientelistas e privatizantes da classe dominante. O fundo público deve se voltar para finalidades sociais, estruturando e ampliando a esfera pública brasileira, ou seja, deve ser utilizado na educação, saúde, transporte, habitação popular, ou seja, em bens de consumo coletivo que não buscam o lucro. É nessa perspectiva que se aborda aqui o controle social, ou seja, o controle da sociedade sobre as ações do Estado e, conseqüentemente sobre o gasto público (CORREIA, 2000, p. 20).

A luta coletiva pelo direito à saúde ampliou seu escopo de reivindicações, não ficando somente no plano do acesso individual, como em períodos passados onde lutava-se somente pelo atendimento às consultas médicas. Busca-se hoje, um atendimento integral, em nível de complexidade, em um sentido mais ampliado. A luta inserida no contexto histórico de democratização na saúde revelou profundamente períodos antagônicos e alternados de fortes ditaduras e frágeis democracias que alteraram profundamente a oferta, o serviço e o sentido da política pública de saúde.

A efetivação do SUS tem sido combatida por interesses privados ao diversificarem e ampliarem as diversas formas de privatização da saúde em oposição ao projeto de reforma sanitária, na lógica da compra e venda de procedimentos de alto custo e dos planos privados de saúde, reduzindo a saúde ao acesso a procedimentos, ao consumo individual de atos médicos capazes de gerar lucro, negligenciando e deixando em segundo plano as ações e práticas de promoção, proteção e prevenção da saúde (PAIVA; COSTA, 2016).

Segundo Paiva e Costa (2016), é necessário discutir os ataques do capital à política pública de saúde, por meio do entendimento dos processos que determinam o aprofundamento da privatização da saúde, a partir da reflexão do movimento de Reforma Sanitária Brasileira que avançou na contestação do projeto privatista na saúde, assim, como na ofensiva do capital no atual contexto do SUS, quando as autoras discutem os novos modelos de gestão, a Lei nº. 13.097, de 19 de janeiro de 2015, ao permitir a abertura da saúde para o capital estrangeiro e a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 451, de 2014, um retrocesso que propõe a obrigatoriedade dos empregadores brasileiros garantirem aos seus empregados acesso a assistência à saúde, através de planos de saúde.

Ainda é importante ressaltar nessa discussão o questionamento do aumento da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que impacta no financiamento e orçamento da saúde e do uso do fundo público em benefício do pagamento da dívida pública e beneficiamento do capital de rentistas em detrimento da efetivação da política pública de saúde, em uma relação antagônica entre as conquistas de um sistema único de saúde em favor da universalidade e os ataques pelo desvio dos investimentos no orçamento, pelo uso dos recursos direcionados para a saúde em benefício de outras finalidades.

Na análise do antagonismo de classes no direito à saúde a partir da disputa de interesses na relação entre Estado e sociedade civil que se remete a Coutinho (1987), quando esse autor pontua que os primeiros estudos de Marx concentraram-se no exame da problemática do Estado moderno, onde o mundo da sociedade civil, na esfera das relações econômicas, seria o reino dos indivíduos atomizados e particularistas, o Estado consistiria na esfera da universalização, sendo que o homem da sociedade moderna está dividido em sua própria vida real, em um indivíduo concreto que luta pelos seus interesses puramente particulares, embora abstrato da esfera pública, que só deveria ter interesses gerais ou universais, mostra que o Estado tem sua gênese nas relações sociais concretas, e não pode assim ser compreendido como uma entidade em si.

Para Coutinho (1987), o avanço do “marxismo” ocorre quando Marx descobre a importância ontológico-social da economia política, em analisar os fundamentos materiais da divisão da sociedade civil em interesses particularistas e reciprocamente antagônicos, mostrados como a constituição dessa esfera particularista resulta da divisão da sociedade em classes antagônicas: em proprietários de meios de produção e trabalhadores que possuem apenas sua capacidade de trabalho.

O Estado deixa então de lhe aparecer apenas como a encarnação formal e alienada do suposto interesse universal, passando a ser visto como um organismo que exerce uma função precisa: garantindo a propriedade, o Estado assegura e reproduz a divisão da sociedade em classes e, desse modo, conserva a dominação dos proprietários dos meios de produção sobre os não-proprietários (trabalhadores). O Estado, assim, é um Estado de classe: não é a encarnação da razão universal, mas uma entidade particular que, em nome de um suposto interesse universal, defende os interesses comuns de uma classe particular (COUTINHO, 1987, p. 23).

Ainda para Coutinho (1987), em seus estudos sobre a natureza do Estado de classe, cita que Marx e Engels não se limitam a mostrar a natureza de classe do Estado, indicam ainda, como essa defesa dos interesses de uma classe particular se processa precisamente através do fato do Estado assumir o monopólio da representação de tudo o que é comum e universal em uma sociedade dividida em classes, onde essa concepção do Estado é claramente relacionada com a teoria da revolução socialista em “O Manifesto do Partido Comunista”, publicado em 1848.

Os autores, Marx e Engels (1999, p. 10, 43), mostram a originalidade do capitalismo no que se refere à estrutura de classes, afirmam que “[...] o governo moderno não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa [...]” e “[...] o poder político é o poder organizado de uma classe para a opressão de outra”. Dessa forma, o Estado capitalista não é mais do que um “comitê executivo” da burguesia para “oprimir” o proletariado. Uma noção “restrita” do Estado, concretizada em uma espécie de comitê executivo da classe dominante, um organismo que despolitiza a sociedade e se vale essencialmente da coerção para cumprir suas funções (COUTINHO, 1987).

No campo da Saúde Pública, e na relação Estado e sociedade, aprofundada no controle social, estabelecido juridicamente, a partir da lei orgânica 8.142/90 (BRASIL, 1990b), acreditava-se que com os canais de interlocução entre o Estado e a sociedade civil pudessem promover uma maior distribuição de recursos nas políticas públicas. A partir dessa realidade, as lutas na implantação de políticas sociais adquiriram o sentido de instrumento de justiça social e se tornaram o fio condutor entre o Estado e a sociedade civil. Os movimentos sociais ao se articularem enquanto organismos políticos são impulsionados a reivindicarem direitos enquanto representantes da sociedade.

De acordo com Barreto e Nery (2012) as políticas de proteção e promoção social concentraram-se na ampliação da dimensão coletiva da participação e nas estratégias normativas de incentivo à criação e funcionamento de espaços institucionalizados de deliberação, especialmente, na definição de políticas relacionadas com os direitos sociais que integram a cidadania.

Segundo Duriguetto (2007, p. 124), as elaborações teóricas do modelo de democracia participativa indicam “[...] concepções que revelam e defendem a necessidade de uma participação mais efetiva dos sujeitos sociais nas diferentes instâncias políticas de discussão dos assuntos públicos”. Percebe-se, a partir da

afirmação da autora a necessidade da discussão sobre a abertura da participação social como elemento que impulsiona para a cidadania, por meio do que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, não somente no controle social, mas em fóruns de discussão ampliados.

Ainda conforme Duriguetto (2007, p. 125), a justaposição de alguns fundamentos da tradição marxista e democrática-liberal, a partir dos teóricos desse modelo, destaca que:

[...] se a complexidade da vida social impossibilita o envolvimento de todos os cidadãos nas questões públicas, deve-se lutar pela extensão da esfera da participação nas instituições representativas nacionais e locais para um maior desenvolvimento das atitudes e práticas sócio-políticas dos indivíduos. Esse desenvolvimento ocorreria por meio do processo da participação; eles acreditam que esse processo, colocado em prática, despertaria nos indivíduos maiores graus de interesse e compromisso com os problemas coletivos e com os assuntos governamentais. Nesse sentido, a prática da participação é visualizada como um elemento fundamental para o desenvolvimento dos indivíduos e para a tomada de consciência dos seus interesses.

A reforma da política de saúde, deve ser apreendida a partir da questão mais ampla da descentralização e democratização do Estado, a qual se inscreve no contexto das reformas sociais, permitindo uma abertura para a participação da sociedade nos mecanismos jurídico institucionais e consequente gestão dos recursos, esses tornam-se instâncias participativas, em apresentar as demandas, sejam da gestão, dos profissionais trabalhadores na saúde e dos usuários do sistema.

As propostas que surgem a partir de 1980 são destacadas como proposições transformadoras, como apresenta Bravo (2013), na perspectiva da saúde articulada aos movimentos sociais pela melhoria das condições de vida e saúde, tendo como pontos significativos a conquista pela população do controle dos organismos decisórios nas instituições de saúde e, ainda, a vinculação entre os profissionais de saúde e os movimentos sociais que são chamados para o diálogo, debate e elaboração de propostas conjuntas.

O sentido que acompanha a história de luta pela afirmação do direito à saúde como direito recorre a uma afirmação do Movimento de Reforma Sanitária brasileira ocorrido na década de 1980. Movimento caracterizado pela luta pelo direito à saúde, na construção de um novo sistema de saúde, gestado nos movimentos populares

em prol de uma saúde universal para todos os brasileiros. Proveniente de algumas experiências de décadas anteriores, inicia os anos de 1980, propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação e implementação de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado. Tornou-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado e sociedade; incorpora a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos (FALEIROS, 2006).

Para Bravo (2011), a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no Brasil, sendo efetivada em um Estado democrático. Ressalta ainda que alguns avanços significativos ocorreram, porém, com a necessidade de serem efetivados, tais como: a modernização setorial, a realocação de despesas em favor do setor público e a colocação na cena política da noção de direitos sociais universais, como saúde, um direito de toda a população e dever do Estado.

O Movimento de Reforma Sanitária, com seu ideário de direito à saúde, é caracterizado como um marco da participação democrática dos atores sociais na luta por melhores condições de saúde. Apesar dos avanços, sofreu grandes barreiras, mesmo com as conquistas na legislação, posto que ainda há necessidade de luta por uma consciência sanitária, diante da falta de efetividade das políticas públicas (BRAVO, 2011). É na denúncia ao autoritarismo do Estado no contexto da ditadura e como alternativa aos espaços tradicionais de luta que se qualifica a sociedade civil como espaço político de resistência e de luta por melhores condições de vida (NEVES, 2007).

#### 4.1.2 Neoliberalismo e os ataques ao direito à saúde

A partir do direito à saúde na relação Estado e Sociedade Civil, discute-se sobre a disputa pelo direito à saúde, a partir dos avanços e retrocessos ocorridos ao longo do processo de desenvolvimento de lutas pela democratização no Brasil, no contexto das relações antagônicas de poder. Para tanto, parte-se do processo de construção dos direitos sociais, a partir da Constituição Federal de 1988, onde na medida em que se avançou democraticamente ocorreu também o avanço do neoliberalismo no país.

Segundo Soares (2013, p. 92), a política social é “[...] um espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes e das racionalidades em disputa no âmbito do Estado e da sociedade civil”. Desse modo, mesmo com as conquistas do direito universal na saúde, é importante perceber, também, o constante crescimento dos serviços de saúde no âmbito privado; o aumento dos planos de saúde privados; a precarização e diminuição da assistência gratuita das políticas de saúde públicas, ocasionando a violação do direito fundamental à saúde de grande número de pessoas.

Nas últimas décadas, a política de saúde, integrante do conjunto de políticas sociais do sistema de Seguridade Social, tornou-se espaço de grande tensionamento e alvo de grande ofensiva do ajuste neoliberal do Estado (SOARES, 2013). É notória a precariedade da saúde pública brasileira na contemporaneidade, pois, isso torna-se evidente pela diminuição dos serviços de saúde para a população, seja no contexto global ou local. Essa abordagem de desmantelamento dos serviços públicos de saúde tem a intenção de desqualificar a saúde pública, gerar insegurança nos usuários, além de transmitir a ideia de que somente a iniciativa privada possui a qualidade necessária para o atendimento às pessoas.

Assim, com a diminuição dos serviços de saúde por parte do poder público, um grande número de pessoas que não possuem condições financeiras para custear um serviço complementar ou plano privado ficam desassistidas no seu direito à saúde, ocasionando maiores agravamentos no seu estado de saúde e em algumas das vezes, padece com a própria morte.

A busca por um novo padrão de acumulação do capital, diante da crise econômica que se alastrou pelo mundo, imprimiu a redefinição das funções do Estado, a financeirização do capital e a reestruturação econômica produtiva como estratégias intrinsecamente articuladas. O modelo neoliberal que se firmou a partir de então rapidamente se tornou hegemônico no mundo capitalista, não sendo diferente nos países do capitalismo periférico, onde a crise e as formas de enfrentá-la se manifestaram nas mudanças da economia, no papel do Estado e no mundo do trabalho sob as diretrizes neoliberais (SILVA, 2012).

Mesmo com as propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde e a materialização da conquista do capítulo direcionado para a saúde na Constituição de 1988, rompendo com a visão hegemônica prevalecida até então e abrindo-se uma nova dimensão de democracia na saúde, no início dos anos 1990, a luta para



viabilizar o direito à saúde enfrentou grandes obstáculos no contexto do desenvolvimento capitalista brasileiro, no qual, governos neoliberais, criaram dificuldades estruturais que impediram a plena implementação dos projetos da Reforma Sanitária Brasileira.

Os retrocessos ocorridos no processo de ampliação das práticas democráticas do Estado brasileiro durante a década de 1990, sob o força das necessidades neoliberais, não chegaram a impedir que as políticas universalistas previstas pela Constituição de 1988 se consolidassem no país, embora as capacidades de participação e de organização da sociedade civil em atuar como protagonistas nas diversas áreas das políticas públicas tenham sido afetadas pela “confluência perversa” dos projetos democráticos em disputa (DAGNINO, 2002). Nesse sentido, pode-se destacar que as políticas de saúde têm ao longo de sua trajetória passado por processos que registram ora avanços e ora retrocessos na construção da participação da sociedade.

Dagnino (2004) destaca a “confluência perversa” na qual os interesses da sociedade civil, no íterim da redemocratização, foram ao encontro de preceitos neoliberais de cooptação de forças sociais e institucionalização da participação a favor dos interesses econômicos, em detrimento dos direitos sociais, ao tratar uma mudança no caminho político do país na qual se condensaram os interesses de um modelo político neoliberal e o contexto brasileiro de participação, pela reivindicação, implementação e elaboração de políticas públicas, desta forma,

O avanço da estratégia neoliberal determinou uma profunda inflexão na cultura política do Brasil e na América Latina. Assim, menos reconhecida e debatida do que a reestruturação do Estado e da economia que têm resultado da implementação desse projeto, há uma redefinição de significados no âmbito da cultura que integram a transformação que tem se aperado nos nossos países. No caso do Brasil, o que há talvez de específico nesse processo é que ele se defronta com um projeto político democratizante, amadurecido desde o período da resistência ao regime militar, fundado na ampliação da cidadania e na participação da sociedade civil (DAGNINO, 2004, p. 146).

O avanço neoliberal no país foi aos poucos descortinando a relação entre Estado e sociedade civil, em um viés democrático e pautado na participação em todos as esferas governamentais. O modo como a sociedade civil passou a participar da cena pública, retirou da mesma o caráter político, “[...] uma vez que lhe delegava funções de assistência e prestação de serviços sociais para além da

estrutura estatal e sem maiores discussões sobre suas causas ou efeitos” (AIRES; GUIMARÃES, 2015, p. 406).

Na década de 1990, a questão dos direitos adquiriu centralidade em diversos fóruns de discussão, articulando-se em uma perspectiva de consolidação democrática e de ampliação da cidadania, e também diante da flexibilização de direitos sociais e trabalhistas, de acordo com os processos de globalização existentes (SIMIONATTO; NOGUEIRA, 1998), porém, foi a partir deste mesmo período que se inicia o “[...] processo de contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro e seus primeiros impactos sobre o recém-criado SUS” (SOARES, 2013, p. 94).

Durante os governos Collor de Melo e Itamar Franco inicia-se o ajuste estrutural do Estado de acordo com os preceitos neoliberais (SOARES, 2013). Segundo Silva (2012), a adesão do Brasil às políticas neoliberais, apesar da resistência popular, tornou-se irreversível nos anos de 1990, sobretudo, em sua metade, sob o governo Fernando Henrique Cardoso,

[...] adotando um conjunto de medidas tais como: a desregulamentação e regressividade dos direitos sociais, sobretudo na área do trabalho e previdência social; às alterações na legislação pertinente ao servidor público, além da reestruturação do aparelho do Estado, voltada para o enxugamento da máquina estatal, por meio do Programa de Demissão Voluntária (PDV) e da privatização das empresas estatais em áreas estratégicas (telefonia, extração etc.) (SILVA, 2012, p. 281).

Esses obstáculos são bem exemplificados na realidade do sub-financiamento do SUS e pelo desenvolvimento de um florescente mercado privado de serviços de saúde. Os ajustes econômicos interferiram na restrição dos direitos sociais, tanto pela sua mercantilização, como pela utilização intensiva dos fundos públicos na reprodução do capital. Para Bravo (2009), nos anos de 1990, assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste Neoliberal, que afetou diretamente a Política de Saúde no Brasil. Apesar do texto constitucional conter avanços no direito à saúde, houve um forte ataque por parte do grande capital, por “[...] articulados interesses privados que vêm diversificando e ampliando as formas de privatização da saúde” (PAIVA; COSTA, 2016, p. 52). A Reforma do Estado ou Contrarreforma foi uma estratégia, conforme cita Bravo (2009, p. 100), partindo do pressuposto “[...] de que o Estado desviou-se de suas funções básicas

ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente”.

Bravo (2009, p. 100) ainda afirma que a hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela “[...] redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação [...]” e que a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída, ficando vinculada ao mercado.

Diante do quadro de ataque neoliberal, a autora mostra que dois projetos conviveram em tensão neste período: o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2009). Embora, segundo Soares (2013), diante das estratégias da contrarreforma na saúde por meio da precarização do SUS, situando a saúde como área não exclusiva do Estado, sendo passível de ter seus serviços prestados por organizações sociais, o movimento sanitário dava sinais de perda da organicidade política com o projeto da reforma sanitária e de institucionalização.

Segundo Soares (2013, p. 96), para parte das lideranças do movimento sanitário, a concretização do SUS, conforme seu marco legal,

[...] deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das ‘possibilidades’, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal. [...] Quanto mais o SUS é precarizado mais cresce o mercado de serviços privados e, não por acaso, na década de 1990, esse mercado se amplia consideravelmente [...].

Com relação ao SUS, foram verificados os descumprimentos dos dispositivos constitucionais e legais, na omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral, sendo que algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço dessa conquista do SUS, como política social. Bravo (2009) menciona que há

[...] desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contra-reforma, era dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico (BRAVO, 2009, p. 101).

A autora ainda destaca que o projeto de saúde, articulado ao mercado, reatualizado do modelo assistencial privatista, foi pautado na política de ajuste, tendo como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização dos serviços e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, sendo que ao Estado restava apenas garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2009).

No projeto privatizante, segundo Soares (2013, p. 108), ao identificar as principais tendências objetivas que “[...] a racionalidade da contrarreforma engendra no SUS e que tem impactos para as práticas de saúde [...]”, em destaque a “[...] privatização e mercantilização da saúde pública [...]”, para tanto,

[...] incide sobre esta tendência, principalmente o mecanismo de mercantilização da vida e lógica destrutiva; configura-se de diversas formas no sistema, mas nos últimos anos principalmente através da contratação de serviços privados ou entidades jurídicas (organizações sociais, fundações etc.) para gerir as unidades, acessando diretamente o recurso público; o que é certamente, um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade. Porém, a interiorização da lógica privada e seus interesses na saúde pública ocorre também através dos inúmeros convênios – em geral, nas áreas mais lucrativas para o mercado – no estímulo à aquisição de equipamentos e medicamentos de última geração tecnológica, no incentivo ao crescimento do mercado privado de serviços de saúde através da precarização da política, da isenção de impostos, do surgimento de organizações não governamentais dentro das unidades de saúde etc. (SOARES, 2013, p. 109).

Assim, o neoliberalismo também avançou na diminuição das ações das políticas sociais recém-criadas, sendo que a conquista de direitos sociais surgida em meio aos ataques que já se apresentavam, mais recentemente com a alteração da legislação, no ano de 2015, ampliam as possibilidades de entrada do capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro. Com as mudanças na legislação, abre-se a possibilidade do capital ou empresas estrangeiras possuírem hospitais e clínicas, inclusive filantrópicas, podendo atuar de forma complementar no SUS.

A Medida Provisória nº 656 que resultou na Lei nº 13.097, aprovada em janeiro de 2015 (BRASIL, 2015a), que trata de diversos assuntos, altera parte do texto da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, para permitir a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde, tornando-se uma ameaça aos princípios da saúde pública no Brasil. É importante destacar que a Constituição Federal de 1988 já previa a entrada do capital estrangeiro, mas era apenas como exceção.

Para Soares (2013), apresentar estratégias na perspectiva da defesa dos interesses da classe trabalhadora, como debate e enfrentamento coletivo, a articulação com outros profissionais e categorias, a reflexão crítica e aprofundamento sobre a realidade, o planejamento, a articulação com os movimentos sociais e a ocupação dos espaços relacionados às demandas, socioeducativas, de gestão, etc., torna-se fundamental para amenizar os grandes desafios enfrentados pela da saúde brasileira.

A existência do controle social, com a participação da sociedade, seja institucionalizado, diante das conquistas sociais, ou não institucionalizado, na resistência ao modelo privatizante, tornam-se propostas de articulação e reflexão crítica, que ao longo dos últimos anos se apresentam diante dos ataques ao direito à saúde.

#### **4.2 Mecanismos de controle social e participação na política pública de saúde**

O debate sobre a participação da sociedade na elaboração de políticas públicas na disputa pelo direito à saúde, como um direito universal, torna-se uma bandeira dos movimentos sociais brasileiros e a defesa de interesses surge como um elemento de destaque na resistência frente aos desafios da restrição dos direitos conquistados. A participação social foi institucionalizada, na relação Estado e sociedade, na recente democratização do Estado brasileiro, sendo que na área da saúde foi concebida como controle social, no controle que a sociedade deve ter sobre as ações do Estado e sobre os recursos públicos, colocando-os na direção dos interesses da coletividade (CORREIA, 2000).

Segundo a autora o controle social passou a existir como participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde, como intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado na gestão do gasto público,

[...] como possibilidade de os movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma que estas atendam às suas demandas, durante o processo de democratização do país, em que a descentralização é tema central, contraposto ao processo de centralização do Estado durante a ditadura (CORREIA, 2000, p. 55).

De acordo com a autora, o controle social sobre ações e recursos do Estado tem como um dos requisitos essenciais “[...] o estabelecimento de relações entre Estado e sociedade por meio de canais democráticos de participação social”

(CORREIA, 2000, p. 54). Os embates e reivindicações da sociedade por espaços de participação nos mecanismos de garantia de direitos da política pública de saúde estão materializadas por meio da atuação dos conselhos e conferências que somam vitórias na luta pela democratização da saúde e gestão pública em favor dos serviços públicos de qualidade e mais recente das Plenárias de Saúde, que utilizam dos espaços ampliados para defenderem seus interesses pelo direito à saúde.

A sociedade brasileira conquistou o direito universal por meio da política de saúde implementada pelo Estado brasileiro, materializando a lei 8.142/90 na participação institucionalizada nas deliberações dessa mesma política através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde espalhadas por todo o país. Nessa perspectiva, não é somente a participação social e o controle social que estão em pauta, mas também, a defesa de interesses dos usuários e trabalhadores em saúde ao apresentarem suas reivindicações ao Estado.

A defesa de interesses na saúde torna-se uma oportunidade de ser conduzida, também, de forma paritária, por usuários do sistema e trabalhadores que, diante das suas necessidades, também possuem a oportunidade de defender um Sistema Único de Saúde em conjunto com os gestores e prestadores de serviços.

A presente análise concorda com Correia (2000) ao identificar o controle social não somente como uma forma do Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico, mesmo sendo essa realidade existente em grande parte desses espaços institucionalizados, mas da necessidade de reverter esse controle, por meio dos Conselhos de Saúde, na perspectiva da sociedade utilizar dos espaços democráticos, ao ampliarem a esfera pública, sobre a efetividade dos recursos em saúde em benefício da saúde universal.

Partindo da perspectiva gramsciana da relação entre Estado e sociedade civil, de acordo com Bravo e Correia (2012), o controle social deverá ser entendido dentro da articulação dialética entre o Estado e a sociedade civil composta por interesses de classes opostas, e deverá se dar na perspectiva da defesa dos interesses das classes subalternas e de construção de resistências às tendências do uso do fundo público para o financiamento da reprodução do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho.

A deliberação e o processo de construção da vontade coletiva, a capacidade de controle pelos cidadãos e o princípio da participação social na gestão de políticas públicas no município é reduzida, sendo que a descentralização é um processo

incipiente, além de que a cultura política marcada pelo clientelismo. A ampliação da democracia com participação nas esferas de decisão e a criação de espaços públicos de participação da sociedade ainda são manipulados pelo Estado (SOUSA, 2011).

Conforme Semeraro (1999, p. 76), quando apresenta estudos sobre Gramsci, na relação Estado e Sociedade, cita que “[...] a função que a sociedade civil ocupa dentro do Estado, é o lugar onde se decide a hegemonia, onde se confrontam diversos projetos de sociedade”. Através da hegemonia a sociedade civil deve exercer direção e domínio como conquista, atuando sobre o modo de pensar e sobre o modo de conhecer, sendo capaz de unificar, através da persuasão e da ideologia, um bloco social. Ainda sobre o grupo que se propõe a ser hegemônico deve “[...] demonstrar as suas capacidades de persuasão e de direção, através da permanente movimentação de iniciativas que elevam a capacidade subjetiva e a participação dos indivíduos” (SEMERARO, 1999, p. 85).

É importante considerar como se apresenta a conjuntura política atual e a relação Estado-Sociedade Civil, observando as relações de poder e os seus determinantes. Segundo Semeraro (1999), a partir dos estudos em Gramsci, a Sociedade Civil é o conjunto das associações sindicais, políticas, culturais, geralmente designadas como privadas, enquanto o Estado é o instrumento de uma classe e, ao mesmo tempo lugar de luta pela hegemonia. Já a Sociedade Política ou o Estado, é considerado um espaço onde são elaborados e viabilizados projetos globais de sociedade, se articulam capacidades de direção ético política, se disputa o poder e a dominação (SEMERARO, 1999).

A base social de um grupo necessita estar alicerçada em uma ideologia fundamentada na cultura do coletivo para o coletivo, dando um caráter dinâmico e democrático às ações determinadas pelo grupo. Nas abordagens de Chauí (2001),

É das relações sociais que precisamos partir para compreender os conteúdos e as causas dos pensamentos e das ações dos homens e porque eles agem e pensam de maneiras determinadas, sendo capazes de atribuir sentidos, atrair relações, de conservá-las ou de transformá-las. [...] quando um grupo social compreende sua própria realidade, pode organizar-se para quebrar uma ideologia e transformar a sociedade (CHAUÍ, 2001, p. 23).

A participação da sociedade nas políticas públicas deixa de ser um confronto ao Estado para se caracterizar como “participação negociada” na disputa entre

projetos distintos no processo de co-gestão entre Estado e sociedade nos novos espaços públicos. Cabe destacar ao analisar a política e a participação popular na gestão pública, para não cair nas armadilhas do neoliberalismo, no que se refere ao incentivo à participação, ao limitar a construção da democracia e dos espaços públicos, no reflexo do incentivo do Estado que pode representar a transferência de suas responsabilidades à sociedade e o total apoio a matrizes liberais e de caráter privado no trato das questões públicas (NEVES, 2007).

Quando se discute sobre a partilha de poder, Dagnino e Tatagiba (2007) alertam para a importância das diversas concepções sobre a natureza da “participação da sociedade civil”, como elementos centrais na configuração de distintos projetos políticos, que se manifestam na resistência dos executivos em compartilharem o seu poder exclusivo sobre decisões referentes às políticas públicas e também na insistência de setores da sociedade civil em participar efetivamente dessas decisões e concretizar o controle social sobre elas, assim, “[...] o poder deliberativo previsto para os Conselhos Gestores com frequência se manifestam na prática em uma função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes” (DAGNINO; TATAGIBA, 2007, p. 382).

Neves (2007) destaca a necessidade de tratar com cuidado a euforia democrática a respeito das experiências participativas que emergiram no contexto da década de 1990, no auge da hegemonia neoliberal. Esses novos espaços públicos se caracterizaram como tendência democrática fundamental para a construção de novos direitos e da cidadania. A participação social e coletiva correu riscos ao enfrentar obstáculos ao processo de construção democrática, em especial, nos contextos de práticas clientelistas, ocorrendo um processo de despolitização da participação.

O conceito de participação política é impregnado de conteúdo ideológico e nessa dinâmica, pode ser apreendido de várias maneiras. Na visão liberal, tinha sentido restrito ao processo eleitoral, limitando-se aos que dispusessem de patrimônio, pelo voto censitário. Em oposição à perspectiva liberal, a participação como controle social, torna-se um instrumento de controle do Estado pela sociedade, na possibilidade dos cidadãos definirem critérios e parâmetros para orientar a ação pública (TEIXEIRA, 2001).

Ao delimitar o conceito de participação, Teixeira (2001, p. 26), diz ser fundamental considerar o poder político, que não se confunde “[...] com autoridade



ou Estado, mas supõe uma relação em que atores, com os recursos disponíveis nos espaços públicos, fazem valer seus interesses, aspirações e valores, construindo suas identidades, afirmando-se como sujeitos de direitos e obrigações”. O autor trata, ainda, a participação como uma relação de poder, não só materializada pelo Estado, mas entre os próprios atores, exigindo determinados procedimentos e comportamentos racionais, em saber se o seu caráter é meramente comunicativo e consensual ou está presente uma lógica estratégica.

Na distinção entre participação orientada para decisão e como expressão, Teixeira (2001) destaca que na primeira, por intervirem, de forma organizada, atores da sociedade civil no processo decisório, torna-se fundamental e definidora. A segunda, de caráter mais simbólico, caracteriza-se por expressão, por marcar presença na cena política ainda que possa não ter impacto ou influência no processo decisório. Teixeira (2001, p. 27) destaca que não se trata de valorizar uma ou outra dessas polaridades, mas de:

[...] considerá-las quanto à sua possibilidade de fortalecer e aprofundar a democracia, e às suas limitações para efetivá-la. Independentemente das formas de que se pode revestir, a participação significa ‘fazer parte’, ‘tomar parte’, ‘ser parte’ de um ato ou processo, de uma atividade pública, de ações coletivas. Referir ‘a parte’ implica pensar o todo, a sociedade, o Estado, a relação das partes entre si e destas como o todo e, como este não é homogêneo, diferenciam-se os interesses, aspirações, valores e recursos de poder.

O processo de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas, conforme Gohn (2011, p. 16), “[...] conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira [...]”, sendo que a participação de indivíduos nos processos de elaboração e de tomada de decisão surge na década de 1980, associada aos movimentos populares, em atuação conjunta com comunidades eclesiais de base, oposições sindicais, algumas categorias profissionais do funcionalismo público, associações de moradores, dentre outras.

Nesse momento, a “participação popular” estava associada a classes populares, organizada em movimentos e associações comunitárias, sendo um período de luta nacional pelo acesso e reconhecimento dos direitos sociais, econômicos e políticos dos setores populares. Ainda se buscava o direito de eleger representantes para cargos públicos, o direito de se manifestar e de se organizar livremente.

Participação se tornou um dos principais termos articuladores no repertório das demandas e movimentos. Nesse período “[...] começava a delinear uma discussão a respeito dos conselhos [...]” (GOHN, 2011, p. 53). Dessa forma, o cenário da redemocratização trouxe conquistas, o novo campo democrático desenvolveu uma cultura política de mobilização e de pressão direta, como prática principal para viabilizar o encaminhamento das demandas de novas agendas.

Na busca da redemocratização do Estado, a questão dos conselhos ganhou importância nos debates. A temática da participação foi o foco da ocupação dos espaços físicos na busca pela escuta de outras vozes além das que estavam no poder; pelo aprofundamento das discussões democráticas e pela construção de novos espaços de participação, onde a participação comunitária e participação popular cederam lugar a novas denominações, tais como: participação cidadã e participação social (GOHN, 2011).

Conforme Teixeira (2001), quando se trata de participação cidadã no poder local, na década de 1980, o processo de participação era induzido pelos governos locais, tratados como “conselhos de comunidade” apenas de caráter consultivo e colaboração com a ação governamental. Entretanto, os mesmos eram importantes na medida que tratavam de questões até então discutidas apenas por técnicos e levando a sociedade de ser mais propositiva.

Nesses conselhos, no geral, tratava-se da criação de alguns mecanismos de mediação e negociação entre o poder municipal e a sociedade, em torno de questões concretas, não produzindo maiores efeitos sobre as políticas públicas ou a aplicação dos recursos, mas tendo significação política especial ao começar a romper com práticas coronelistas. O autor traz uma discussão sobre o risco dessas formas de participação, na possibilidade das organizações perderem sua autonomia, “[...] inserindo-se na lógica do poder, independentemente da composição partidária dos agentes políticos, deixando o papel fundamental que lhes cabe – o controle social do poder – ou, de se perderem na malha burocrática” (TEIXEIRA, 2001, p. 166).

O Controle Social surgiu, na história da democratização das políticas de saúde, como um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, seja pela denúncia das “ausências e omissões” dos serviços instalados, seja pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde, caracterizando-se como uma experiência

marcante, no início da década de 1980, criar Conselhos de Saúde enquanto representação popular no controle do Estado (SPOSATI; LOBO, 1992).

Após a promulgação da Constituição de 1988, passados os 21 anos de ditadura militar, surgiu o resgate dos processos de participação pelas lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania. A mobilização social se destacou no centro da participação social, passando a ser vista não mais como aglutinação de pessoas para fins de protestos, manifestações públicas, mas como energias a serem canalizadas para objetivos comuns. Dessa forma, “[...] a participação social não representa um sujeito social específico, mas se constrói como um modelo de relação geral/ideal, na relação sociedade/Estado” (GOHN, 2011, p. 61).

Na prática da gestão local participativa, no que diz respeito à democratização dos processos políticos, a participação social configura formas de intervenção individual e coletiva, que supõem redes de interações variadas e complexas, proveniente da “qualidade” da cidadania, por relações entre pessoas, grupos e instituições com o Estado. A participação social deriva de uma concepção de cidadania ativa. A cidadania define os que pertencem (inclusão) e os que não se integram à comunidade política (exclusão). A participação se desenvolve em esferas sempre marcadas também por relações de conflito e pode comportar manipulação (MILANI, 2008).

Bravo e Correia (2012) fazem uma abordagem dos desafios do controle social na atualidade, analisando a sua formação no processo de redemocratização da sociedade brasileira, assim como os impasses a partir dos anos 1990. Segundo as autoras, a efetivação do controle social das classes subalternas está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos, requer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital.

Quanto ao controle social, na relação do Fundo Público e Reprodução do Capital, a participação social pode ser tratada na perspectiva de garantir o direito à saúde ao disputar o fundo público. Na relação do fundo público com as políticas sociais, Salvador (2012), traz como característica comum a todas as crises financeiras dos últimos trinta anos o compadecimento destes recursos públicos para

socorrer instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, à custa dos impostos pagos pelos cidadãos.

O autor afirma ainda que apesar dos avanços relacionados aos direitos de cidadania, a efetivação dessas conquistas e a perspectiva de consolidação de um sistema de bem-estar social no Brasil deveriam implicar maiores investimentos em políticas públicas relacionadas aos direitos sociais. Porém, esse direcionamento, a partir da década de 1990, vai ser frustrado, marcado pelo predomínio da ideologia liberal e da contrarreforma do Estado, em um cenário claramente desfavorável à efetivação das mudanças propostas pela constituição.

O autor ainda apresenta dados do financiamento regressivo do orçamento público, provocando um maior ônus tributário para a maior parte da população trabalhadora, onde existe a maior cobrança de tributos, por meio dos impostos indiretos, e tem como base a incidência ao consumo, pelo caráter regressivo tributário (SALVADOR, 2012).

O fundo público ganhou destaque na produção e regulação das condições econômicas e sociais pelo fato de ser fundamental para a reprodução do capital. Devido ao crescimento do orçamento público, verificou-se cada vez mais a criação de meios propensos a facilitar ao setor privado a apropriação dos recursos do fundo público que seriam destinados à execução das políticas sociais ao serem criadas condições objetivas para transferir ao capital privado os recursos destinados para o financiamento das políticas sociais (XIMENES, 2015).

No capitalismo contemporâneo o fundo público exerce um papel relevante para sua manutenção na esfera econômica. Para Salvador (2012), o alargamento das políticas sociais garante a expansão do mercado de consumo, estando presente na reprodução do capital, de acordo com o Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Fundo Público e Reprodução do Capital

Manutenção da Esfera Econômica
I – Como fonte importante para realização do investimento capitalista, por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital;
II – Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição;
III – Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante abundantes recursos do orçamento para investimento em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas;
IV – É responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas, que vivem da renda proveniente da aplicação de capitais no mercado financeiro.

Fonte: Salvador (2012), adaptado pelo autor.

Uma das principais formas da realização do fundo público, conforme relata Salvador (2012), acontece por meio da extração dos recursos da sociedade na forma de impostos (diretos e indiretos), contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida. Com isso, a sua expressão mais visível é o orçamento público. Para fazer a apropriação do fundo público, um dos mecanismos fundamentais utilizados foi a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite a desvinculação de 20% de todos os recursos com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública. A partir dessa manobra, a Seguridade Social é ainda a mais atingida.

Salvador (2012), destaca ainda que o estudo do orçamento deve ser considerado como um elemento importante para compreender a política social, ao refletir a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos, bem como, a definição de quem vai arcar com o ônus do financiamento dos gastos contidos no orçamento. Sendo que esses dimensionamentos dos gastos permitem compreender e mensurar a importância dada a cada política pública no contexto histórico da conjuntura econômica, social e política no país.

A participação passou a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação das políticas públicas pelos conselhos gestores pela tendência à institucionalização, no arcabouço jurídico institucional do Estado, pelas estruturas de representação criadas, compostas por representantes eleitos diretamente pela sociedade de onde

eles se originam, implicando a existência de confronto democrático entre diferentes posições político-ideológicas e projetos sociais.

De acordo com Gohn (2011, p. 7), os conselhos gestores representam uma forma específica de participação sociopolítica, ao tratar de “[...] canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos [...]”, como “[...] agentes de inovação e espaço de negociação [...]”, embora destaca o aspecto histórico de um acirrado debate na trajetória dos conselhos envolvendo questões relacionadas com participação, formas de governo e representatividade, divisão de poder local, além de temas abrangentes que configuram o cenário em que os conselhos se desenvolvem, como o próprio tema da democracia e os condicionantes políticos e econômicos que influenciam as gestões públicas.

Segundo a autora, participação é “[...] luta por melhores condições de vida [...]”, associada a termos, como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, solidariedade, dentre outros. Traz a relação direta com prática social, relacionando-se ao “[...] processo social propriamente dito [...]”, das ações concretas engendradas nas lutas, movimentos e organizações para realizar algum intento, como um meio viabilizador fundamental (GOHN, 2011, p. 16).

Segundo Milani (2008), os atores políticos, ao decidirem pela participação, podem ter objetivos, muito diversos, tais como: a autopromoção, a realização da cidadania, a implementação de regras democráticas, o controle do poder burocrático, a negociação ou inclusive a mudança progressiva de cultura política. O autor, com base na teoria marshalliana da cidadania destaca que:

[...] a participação parte de uma perspectiva fundada nos direitos e nos deveres dos cidadãos na sua relação com as políticas sociais e da noção de cidadania arraigada no compromisso social, tendo como pressuposto que, por meio da participação, é possível construir a cidadania e fortalecer os direitos sociais (MILANI, 2008, p. 560).

Para Milani (2008), não são somente as noções de cidadania e participação que dão sentido à democracia, o referido autor frisa que afirmar que a democracia é a forma de governo onde os cidadãos participam é uma meia-verdade, tendo a necessidade de esclarecer quem são os cidadãos, de que participação se trata e quais são as suas modalidades. Para ser democrática, a participação deve ser isenta de condicionamentos e dada a partir de opções ou alternativas reais e não fictícias.

A disputa pelo direito de uma vida com mais saúde, educação, moradia, saneamento, ocasionou uma característica de oposição e forte reivindicação por mudanças na estrutura social, econômica e política no país. Os movimentos em favor da saúde como direito, em meio ao modelo existente avançaram nas plenárias e Conferências de Saúde.

A Constituição de 1988 trouxe ao cidadão e à gestão pública desafios em relação à efetivação dos direitos sociais prescritos como universais, incluindo a possibilidade do exercício da participação social da sociedade civil através dos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências de Saúde, sejam municipais, estaduais ou nacionais. Os Conselhos Municipais de saúde foram originados dos conselhos gestores de políticas públicas, delimitados como canais efetivos de participação, que permitiriam estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixasse de ser apenas um direito e se tornasse uma realidade.

O empenho na manutenção do direito de exercer o controle social da política de saúde tem democratizado os Conselhos de Saúde por meio da paridade da participação, aumentando o interesse da sociedade para as questões da saúde pública e gerado a necessidade de conhecimento mais voltado para os interesses dos cidadãos, nas atividades de fiscalização, formulação e deliberação acerca da política pública de saúde e do SUS.

#### 4.2.1 Conselhos de Saúde

Estudos sobre conselhos apresentam variadas análises sobre o papel do controle social na mediação na política pública de saúde na década de 1990 e nos anos subsequentes ao avaliarem alguns conselhos espalhados pelo país, evidenciando os avanços e recuos, o moderno e o arcaico, os limites e as possibilidades ligadas à participação por meio dos Conselhos de Saúde (SILVA, 1998).

De acordo com Giovanelia (2008), os Conselhos de Saúde são espaços de poder, de conflito e de negociação, apresentam avanços consideráveis no que se refere à possibilidade dos cidadãos controlarem as ações governamentais, entretanto, enfrentam dificuldades e dilemas que acabam por incidir em sua legitimação e eficácia. A participação social é um exercício da democracia no cotidiano, o que exige uma permanente reflexão sobre suas regras, limites e

possibilidades, um processo de aprendizagem que se exerce no respeito às diferenças e na ampliação dos espaços de convivência e debate político.

Os Conselhos Municipais de Saúde, devem ser locais de participação social, onde a discussão da garantia de direitos deve ser ampliada. É neste espaço de mediação da política pública, pela participação paritária dos representantes da gestão, dos prestadores de serviços, dos trabalhadores da saúde e dos usuários do SUS, onde esses distintos atores buscam seus interesses.

Os conselhos são instrumentos da sociedade civil, pois, conforme Bava (2000), os conselhos surgiram por pressão da sociedade, sendo que esta não pode esperar do Estado que ele resolva abrir mão de uma parcela do seu poder, o Estado só se modifica por pressão da sociedade. Ainda afirma que os conselhos são essenciais para construção de um espaço público onde os distintos atores sociais devem negociar a partilha dos recursos, de riquezas e as políticas.

Sobre a criação de conselhos como espaços de participação, Correia (2009), considera os Conselhos de Saúde como espaços de luta entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados, constituindo-se em um espaço democrático,

[...] a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Muitos desses foram criados apenas formalmente para cumprir o referido requisito legal, se constituindo em mecanismos de legitimação das gestões. São manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores, até a sua atuação, reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos (CORREIA, 2009, p. 127).

A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas. Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação popular encontrada nas três instâncias de governo federal, estadual e municipal (CNS, 2008).

A lei nº 8.142/1990, inicialmente, não estipulou a paridade exata entre os segmentos nos Conselhos de Saúde, que só foi composta na resolução nº 33/1992 (CNS, 1992), do Conselho Nacional de Saúde, sendo ratificada mais tarde pela resolução nº 333/2003 (CNS, 2003) e nas recomendações da 10ª e 11ª



Conferências Nacionais de Saúde. A Participação Social tornou-se um instrumento de mediação da política de saúde entre o Estado e a Sociedade Civil, a partir dos Conselhos Municipais de Saúde através de suas composições paritárias entre Gestão, Prestadores de Serviços, Trabalhadores em Saúde e Usuários do Sistema de Saúde.

Sobre sua composição, o Conselho Municipal de Saúde deve ser composto por um número par de conselheiros, sendo que, para cada conselheiro representante do Estado, haverá um representante da sociedade civil. A paridade estabelece que 50% dos conselheiros devem ser representantes do segmento dos usuários, 25% dos trabalhadores de saúde e 25% formados por gestores e prestadores de serviços (GIOVANELIA, 2008).

Sendo o controle social norteado por um projeto societário de classes subalternas e pela busca da construção de uma cultura política, de uma nova hegemonia, com vistas à superação da racionalidade capitalista, cabe analisar, conforme Carneiro (2002), a qualidade da participação nos conselhos, mesmo que sua estrutura seja bem preenchida pela legalidade da escolha da representação paritária dos representantes e tenha o caráter democrático de participação.

Para o autor, a excessiva heterogeneidade entre os participantes dos conselhos não permite que estes sejam efetivamente paritários onde “[...] membros não-governamentais e governamentais possuem disponibilidades, capacidades e conhecimentos muito diferenciados, o que dificulta a realização da dimensão igualitária de participação [...]” (CARNEIRO, 2002, p. 285), caracterizado pelo problema de assimetria informacional que continua sendo um entrave para um melhor desenvolvimento dos conselhos.

Os conselhos são órgãos de participação cidadã, pensados como espaços de partilha dos diferentes interesses dos segmentos da sociedade, como espaço de democratização do Estado e da sociedade, que pode ser realizada em dois níveis: o primeiro, ampliando a esfera de decisões até os segmentos organizados da sociedade; o segundo, pela sociedade que precisa ser democratizada e assumir uma cultura de participação, na partilha das decisões entre governo e sociedade “[...] à medida que as agendas podem ser previamente discutidas com as bases das organizações representadas e proposições podem ser elaboradas a partir de um processo de discussão” (TEIXEIRA, 2000, p. 99).

A Política de Saúde possui uma estrutura formada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelos Conselhos Estaduais em todos os estados brasileiros e Conselhos Municipais de Saúde na maioria dos 5.564 municípios brasileiros (SILVA, 2006). Em 2005, todos os municípios do Brasil tinham criado seus conselhos municipais de saúde, totalizando um contingente de aproximadamente 70 mil conselheiros, sendo que 35 mil participam como representantes dos usuários do SUS, tornando os conselhos a mais abrangente rede de instâncias participativas do país (BRAVO *et al.*, 2012).

Os conselhos podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, que em vez de controlar passam a ser controlados. Trata-se de garantir o direito à saúde interferindo na elaboração da política do setor. A efetivação do controle social das classes subalternas está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos, requer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital (BRAVO, 2012).

Com os conselhos surge um novo espaço onde a sociedade, pelo “[...] conjunto de indivíduos e grupos sociais, cujos interesses e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa como igual pela legitimidade do espaço e atendimento pelo aparelho estatal” (CARVALHO, 1995, p. 25). Sendo assim, esses rompem uma tradição de distanciamento entre a esfera em que as decisões são tomadas e os locais onde ocorre a participação da população. Surge assim participação cidadã, lastreada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate político (GOHN, 2011).

Para Gohn (2011) os conselhos criam condições para um sistema de vigilância sobre a gestão pública e implicam maior cobrança de prestação de contas do Poder Executivo, principalmente no nível municipal. A autora traz questões relevantes no debate atual sobre a criação e implementação de conselhos gestores,

[...] a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos sociais, territoriais e de forças políticas organizadas em sua composição; o percentual quantitativo, em termos de paridade, entre membros do governo e membros da sociedade civil organizada que o compõe; o problema da capacitação dos conselheiros – mormente os advindos da sociedade civil; o

acesso às informações (e à sua decodificação) tornando públicas as ações dos conselhos; a fiscalização e o controle sobre os próprios atos dos conselheiros; o poder e os mecanismos de aplicabilidade das decisões do conselho pelo Executivo e outros etc. (GOHN, 2011, p. 95).

Os principais problemas enfrentados pelos conselhos decorrem da não existência de critérios que garantam uma efetiva igualdade de condições entre os participantes. Segundo Gohn (2011), o fato das decisões dos conselhos terem caráter deliberativo não garante sua implementação efetiva, pois não há estruturas jurídicas que deem amparo legal e obriguem o Executivo a acatar as decisões dos conselhos.

Outro ponto relevante abordado pela autora em relação à representatividade é de que um representante que atua em um conselho deve ter vínculos permanentes com a comunidade que o elegeu. Ainda cita a falta de cursos ou capacitação para os conselheiros de forma que a participação seja qualificada em termos da elaboração e gestão das políticas públicas, sendo necessário entender o espaço da política para que se possa fiscalizar e também propor políticas (GOHN, 2011).

A capacitação ampla possibilita a todos os membros dos conselhos uma visão geral da política e da administração, não somente dos aspectos legais e regimental do funcionamento do conselho, mais no controle e participação social.

#### 4.2.2 Conferências de Saúde

As conferências são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos na saúde brasileira e a proporem diretrizes para a formulação das políticas de saúde. A primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1941, por convocação do Ministro de Educação e Saúde, Gustavo Capanema, no Governo de Getúlio Vargas, com base na Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. No período de 1941 a 2016, foram realizadas quinze Conferências Nacionais de Saúde em contextos políticos diversos e cujas características em termos de composição, temário e deliberações variaram muito.

As Conferências de Saúde, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, foram iniciadas há 70 anos. A obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi mantida, partir de 1990, quando a Lei nº 8.142 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, tendo como missão avaliar e propor

diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 é um marco para a legalização do SUS em 1988, reunindo mais de 4.000 participantes de todo o Brasil. A proposta do SUS como um sistema nacional de saúde foi estruturada, fortalecida e legitimada pela participação dos diversos segmentos sociais envolvidos nesse processo. A partir da Lei nº 8.142/1990, as Conferências de Saúde tornam-se outra instância colegiada de participação social, além dos Conselhos de Saúde. Por meio das conferências é avaliada a situação da saúde e apresentam-se propostas de diretrizes para a formulação de políticas públicas nas esferas de governo (CORREIA, 2000).

Atualmente, as Conferências são fóruns privilegiados que a sociedade civil possui para discutir e apontar soluções para os problemas que envolvem a saúde da população brasileira. A legislação brasileira atual estabelece uma periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde, que devem contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde.

Estudos sobre as temáticas das conferências apresentam análises dos seus direcionamentos, a partir do Quadro 3, que apresenta uma relação do ano de realização com a temática central em discussão.

Quadro 3 – Conferências Nacionais de Saúde: 1941 a 2016

Conferência Nacional de Saúde	Ano	Tema Central
I	1941	“Situação sanitária e assistencial dos estados”
II	1950	“Legislação referente a higiene e segurança no trabalho”
III	1963	“Descentralização na área da saúde”
IV	1967	“Recursos Humanos para as atividades em Saúde”
V	1975	“Constituição do Sistema Nacional de Saúde e sua institucionalização”
VI	1977	“Controle das grandes endemias e interiorização dos Serviços de saúde”
VII	1980	“Extensão dos serviços de saúde através dos serviços básicos”
VIII	1986	“Saúde como direito: reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial”
IX	1992	“Saúde: Municipalização é o caminho”
X	1996	“SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”
XI	2000	“Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”
XII	2003	“Saúde direitos de todos e dever do Estado, o Sus que temos e o SUS que queremos”
XIII	2007	“Saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento”
XIV	2011	“Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro”
XV	2016	“Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”

Fonte: CNS ( 2010), adaptado pelo autor.

As conferências nacionais de saúde visam discutir cenários e propor medidas em defesa de uma política de saúde voltada para atender interesses de toda a população. A partir da VIII Conferência, em 1986, tendo como tema: “Saúde como direito: reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial”, constituiu-se como lutas em que a defesa de interesses passou a existir, não somente por parte dos grandes grupos capitalistas da saúde privada, mas também da população usuária do sistema, trabalhadores e intelectuais.

A saúde pública, surge nas Conferências de Saúde, conforme a Lei Orgânica 8.142/90,

[...] A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2010, p. 61).

Posteriormente às Conferências de Saúde realizadas em 2011, discutiu-se a proposta de implantação dos Conselhos Locais de Saúde como parte do projeto de ampliação da participação popular na gestão, sendo que o movimento pela saúde se

torna parte de um processo civilizatório cujo mote principal é o incentivo à participação popular na construção das diretrizes das políticas do país (SCHEZZI, 2012).

#### 4.2.3 Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares

As Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares acontecem desde 1996. Na atualidade já foram realizadas 20 plenárias ao longo da sua história, sendo chamada anteriormente de Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, originadas de um resgate histórico do Controle Social no SUS. Recentemente, não só as representações dos Conselhos de Saúde são chamadas a participar do processo de discussão da saúde pública nesse espaço, mais também entidades e movimentos sociais e populares são convidados a participarem na defesa de interesses do direito à saúde universal e democrática.

A partir do registro do compromisso da sociedade com suas conquistas que a publicação do volume Plenárias de Conselhos de Saúde – Resgate Histórico da Participação Popular no SUS vem contribuir na construção da defesa de interesses e “[...] preenche um espaço que dá às novas gerações uma visão completa dos embates e debates que desembocam na busca do consenso, no amadurecimento, do diálogo que têm ajudado a construir o SUS” (CNS, 2006, p. 9).

Com a necessidade de estruturar os Conselhos de Saúde no Brasil e na iniciativa de articular as políticas de saúde da esfera nacional com estaduais e municipais, em assegurar ao SUS a integralidade e a unidade é que as Plenárias de Saúde são articuladas desde de 1992 (CNS, 2006).

Com a realização de inúmeros eventos organizados, na busca de respostas às questões conjunturais e estruturais do Setor Saúde, aconteceu a articulação de milhares de conselheiros e conselheiras de saúde espalhados pelo país, na busca de avanços na implantação do SUS, nas lutas contra:

Cortes de verbas e por mais recursos para a Saúde, pela vinculação orçamentária desses recursos, pela realização das Conferências de Saúde e consolidação dos conselhos ameaçados por retrocesso, na luta contra a tirada da saúde como um direito de todos da Constituição brasileira, desenvolvendo ações junto ao Executivo e ao Legislativo, por vezes em comum acordo com o Ministério da Saúde, por vezes com total omissão ou mesmo oposição do Ministério, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

sempre disse a que veio: lutar pela implantação do SUS, em sua totalidade e sob forte Controle Social (CNS, 2006, p. 11).

A partir da efervescência dos movimentos em favor da luta dos usuários, no ano de 1994, foi realizado o I Encontro Nacional de Conselheiros, ocorrido durante o Congresso da ABRASCO, em Recife (PE), onde participaram 300 conselheiros, representando conselhos de diversos estados do Brasil na discussão de aspectos referentes ao processo de democratização das decisões e da gestão em saúde (CNS, 2006).

Sendo uma concretização de uma proposta aprovada no I Encontro Nacional de Conselheiros, no processo histórico do surgimento das Plenárias de Saúde no Brasil, é que aconteceu no ano de 1995, o I Congresso Nacional dos Conselhos de Saúde, em Salvador (BA), “[...] representando um marco de fundamental importância na história dos Conselhos de Saúde, reunindo diversos segmentos do país, em contribuir para a Política Nacional de Saúde” (CNS, 2006, p. 10).

Com a criação de comissões que fizeram as mobilizações nos estados, foram realizadas atividades pré-congresso como plenárias e fóruns para discussão da temática proposta no evento, assim como definir a estrutura e funcionamento do evento. São exemplos de entidades que apoiaram o evento: sindicatos de trabalhadores, associações, conselhos de secretários de saúde, Conselhos de Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Movimentos Sociais, ABRASCO, MOPS, dentre outras.

Entre as deliberações finais desse congresso de conselhos, cabe destacar: o papel dos Conselhos, na melhora da legislação sobre as funções dos conselhos; organização dos Conselhos, no que se referia ao seu funcionamento em uma estrutura adequada ao seu papel; formação de conselheiros no acompanhamento das questões concretas da Saúde; a articulação entre Conselhos, e, em não atuarem mais de forma isolada.

Também nesse evento, foi apresentada em Plenário a “Carta de Salvador”, como forma de apresentação de demandas, onde o I Congresso dos Conselhos de Saúde, coloca-se “[...] frontalmente contrário às reformas constitucionais ora em curso [...]” (CNS, 2006, p. 28), e dessa forma:

Exige a efetiva implantação do SUS com fontes de financiamento estáveis e capazes de dar as respostas necessárias à realidade sanitária do país e à uma política de recursos humanos justa; Exige, também, um intenso combate à corrupção e à sonegação de impostos; Reafirma a necessidade

do fortalecimento do controle social do SUS, através da manutenção do caráter deliberativo dos Conselhos; de uma processo de capacitação e aperfeiçoamento dos conselheiros; acesso democrático a todas as informações necessárias ao funcionamento pleno dos Conselhos; criação de canais permanentes entre as Secretarias de Saúde e Conselhos (CNS, 2004, p. 29).

Somente a partir do ano de 1996, em Brasília (DF), acontece a realização da I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, contando com a participação de representantes de 20 Conselhos Estaduais e 47 Conselhos Municipais, além do Conselho Nacional de Saúde. A realização da I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu devido a pendências da X Conferência Nacional de Saúde, tendo como destaque a análise de questões ligadas à Medida Provisória do Governo que propunha a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais. Nessa plenária foi aprovado o Manifesto em Defesa do SUS, documento que apresentou a Saúde como a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado Brasileiro (CNS, 2006).

Como ponto forte do evento, na sua conclusão, conclama a sociedade brasileira a cerrar fileiras em “[...] defesa do Sistema Único de Saúde, da universalidade e do financiamento em níveis suficientes para que se recupere a dignidade e a qualidade da atenção à saúde” (CNS, 2006, p. 25).

Essa luta continuou pelos anos seguintes através de mais dezenove plenárias que foram realizadas ao longo dos últimos anos. Além do processo de organização e mobilização para alcançar os objetivos da 15ª Conferência Nacional de Saúde, dentre os temas relacionados ao fortalecimento da democracia estiveram em debate na 19ª Plenária, realizada em 2015, a defesa dos direitos sociais e do Sistema Único de Saúde (SUS); a reforma democrática e política; e a democratização dos meios de comunicação, sendo que a partir deste ano acontece uma mudança na nomenclatura das plenárias passando de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde para Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, trazendo uma maior aproximação e participação da sociedade na defesa de interesses ligada ao direito à saúde.

A XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares foi realizada no ano de 2016, com o tema “O SUS do tamanho do Brasil”, reunindo participantes de todas as regiões do país, entre conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais e gestores. Teve como objetivo



principal promover a relação dos Conselhos de Saúde com a esfera nacional na perspectiva de fortalecer a participação popular no SUS.

### **4.3 O conflito de interesses no controle social na sociedade do capital**

Nesse estudo, a defesa de interesses consiste em discutir ações no fortalecimento da luta e defesa do direito à saúde na política pública, a partir da conquista de um sistema universal de saúde, assim como na participação pela efetivação desses direitos, frente à restrição de direitos nas relações antagônicas entre Estado e sociedade civil, que passaram a se apresentar na política pública de saúde.

Para Coutinho (2011), quando se trata de política, aborda-se em grande medida na representação de interesses, por conseguinte na formulação das políticas que representam, implementam ou bloqueiam tais interesses. Apresenta três questões básicas em torno das quais situam-se reflexões sobre a política, tais como os interesses são representados, a partir da estrutura do Estado, sendo essas duas voltadas à formulação de políticas; e, de quem são os interesses representados, pela natureza do Estado e qual é a justificação para representar tais interesses, pela legitimidade.

Coutinho (2011, p. 48), ainda aborda que “[...] a noção de ‘interesse’ ocupa um lugar central na teoria social moderna, na teoria da época da expansão e consolidação da sociedade burguesa”. Afirma que essa noção ocorre claramente vinculada a uma concepção individualista da sociedade, caracterizada como ‘materialista’. E que pelo pensamento liberal o Estado existe com a finalidade de garantir interesses que estão fora da esfera estatal, ou seja, representa objetivamente os interesses de uma classe: as dos proprietários dos meios de produção. Dessa maneira,

[...] o Estado representaria o interesse de todos, mas tal interesse se expressaria precisamente na conservação de uma esfera de interesses singulares situada no mundo ‘privado’, no qual o Estado não deve intervir. Essa é a lógica liberal: o Estado em si não representa interesses concretos; ele assegura que os interesses se explicitem em sua esfera própria, que é a esfera privada. Não é por acaso, portanto, que o pensamento liberal se centra no postulado da limitação do poder, em contraste com o pensamento democrático, que tem como eixo central a distribuição (ou socialização) do poder (COUTINHO, 2011, p. 49).

Com a expansão dos direitos sociais que vão sendo progressivamente conquistados, a partir da conquista da evolução dos direitos civis e políticos (MARSHALL, 1967), e o fim do caráter restrito do Estado (COUTINHO, 2011),

[...] o Estado já não representa apenas os interesses comuns da burguesia, sendo obrigado, pela pressão 'de baixo', a se abrir também para outros interesses, provenientes de classes diferentes. [...] A velha ordem liberal, pressionada pela expansão dos direitos políticos, tende a se converter cada vez mais em liberal-democracia; e que, por outro lado com a ampliação dos direitos sociais, chega-se finalmente ao que hoje se conhece como Estado de Bem-Estar (que poderíamos chamar de social-democracia. Em outras palavras: a ampliação da cidadania política e social leva a uma importante transformação que – no que aqui nos interessa – manifesta-se na abertura do espaço político à representação de novos interesses (COUTINHO, 2011, p. 54).

Assim, as reflexões acerca da discussão do conflito de interesses no controle social na sociedade do capital em uma social-democracia têm como objetivo apreender os mecanismos de controle social pela garantia de direitos, abordando que as questões mais pertinentes são aquelas voltadas para as condições a partir das quais a cidadania pode ser exercida em conjunto com a participação social.

A Constituição de 1988, com os avanços pertinentes à cidadania, torna-se um marco na experiência da participação da sociedade brasileira. Não representou apenas o final de um longo período de cerceamento da liberdade e um processo de redemocratização, foi um marco do início de uma nova sociedade, cuja diferença fundamental, em relação a que a antecedeu, residiu no fato da politização da vida social, significando, em especial no setor de saúde, a descentralização político-administrativa da ação pública institucional. A criação do SUS, no setor de saúde, torna-se conquista efetivada na Constituição de 1988, tomando-se como referência de outros períodos mais críticos para os cuidados com a saúde no país, onde pouco ou quase nada se investiu em termos de direitos aos cidadãos, como uma política pública propriamente dita.

O processo de descentralização na saúde se tornou realidade, a partir do padrão da ação estatal que sempre fora de centralização dos recursos financeiros destinados à assistência à saúde, nas ações restritas da Previdência Social, por meio do INAMPS, pelo descontrole orçamentário, fraudes, crises financeiras, escassez de recursos, dentre outras.

O surgimento do SUS e da participação da sociedade no controle das suas ações, são possíveis mediante a compreensão do Movimento de Reforma Sanitária,

desde a década de 1970, que desencadeou um processo vitorioso de lutas e significação política, cujas reivindicações foram incorporadas à Constituição de 1988, tais como: a universalização da saúde como direito de todo cidadão; a descentralização político-administrativa do planejamento dos serviços e do controle social por meio da participação popular através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde; e o redirecionamento dos gastos, não mais em função da atenção médico-hospitalar, mas para a atenção preventiva.

Para Silveira (2002), esse processo de mudança resultou de uma longa resistência, pela experiência de opressão sobre a maioria da população brasileira. Cita o autor, ao tentar entender essa fase da história brasileira, que o momento vivido “[...] apresentou perspectivas de efetiva construção de uma nova sociedade [...]” (SILVEIRA, 2002, p. 204).

A opção feita foi em vislumbrar a possibilidade efetiva de constituição de uma sociedade democrática na sociedade brasileira, ao considerar os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como espaços de interlocução pública, abrigando a pluralidade dos atores sociais e a diversidade de interesses correspondentes, constituindo o espaço de conflitos e de acordos no qual se construíssem as políticas públicas, do ponto de vista de cidadania, circulação de ideias e valores, assim como no estabelecimento de novas identidades na construção dos direitos sociais, sujeitos sociais e políticos (SILVEIRA, 2002).

Ao tratar a saúde pública como um bem, com seus princípios constitucionais, direcionados ao cidadão como um direito social conquistado, ao vincular a saúde como um interesse, como uma aspiração por um determinado objeto, de satisfazer uma necessidade, o conflito de interesse surge a partir de quando um grupo ou classe tem interesses distintos, por se tratar de um espaço contraditório. A experiência das Conferências, Conselhos e Plenárias de Saúde se constituem como espaços de conflitos de interesses, onde as partes envolvidas disputam seus projetos, antagônicos, mas em defesa dos seus interesses. Esses mecanismos instituídos estabelecem um novo espaço de negociação no campo da política pública de saúde e são resultados de um processo de luta em busca de um espaço existente na democratização da saúde no país.

Tendo como exemplo a participação ativa dos segmentos envolvidos, de forma paritária, tem-se manifestado nesses espaços um processo de discussões a partir da defesa de interesses. O estudo desses espaços tem revelado a diversidade

de proposições fundadas em interesses distintos que as conferências, conselhos e plenárias de saúde permitem, evidenciando serem lugares de discussão e de legitimação de interesses, assim como na construção coletiva de políticas sociais, por um conjunto de cidadãos envolvidos.

De acordo com Silveira (2002), quando se refere a temas e proposições ocorridos em experiências de conferências, através dos espaços de discussão, nota-se que,

[...] as conferências trouxeram para a cena pública temas de fundamental importância para a reprodução social, problematizando questões de modo objetivo e claramente assegurado à população não apenas a possibilidade de opinar sobre as questões de saúde que já lhe chegavam prontas para serem aceitas ou rejeitadas, mas abrindo o espaço público a novas proposições e deliberações sobre a questão (SILVEIRA, 2002, p. 207).

Silveira (2002) ainda pontua ser recorrente nas Conferências de Saúde a preocupação com o controle social e o financiamento público, para que os princípios constitucionais (universalização, equidade e integridade) não venham a ser desfigurados por obstáculos interpostos em desacordo com as regras neoliberais, pelas quais a saúde é tratada simplesmente como mercadoria.

Importante destacar que participação social e os mecanismos de controle social na política de saúde tais como os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e mais recentemente as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares podem se tornar propostas de articulação em defesa dos ataques sofridos pelo Sistema Único de Saúde. A defesa de interesses no controle social revela que a sociedade deve se utilizar desses espaços democráticos em razão dos seus de interesses, mesmo diante do antagonismo de classes, pela efetividade dos recursos em saúde em benefício da saúde universal e de toda uma população usuária do sistema, distanciando-se do modelo de privatização que se acentua.

## **5 A DEFESA DE INTERESSES NAS PLENÁRIAS NACIONAIS DE CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES**

O capítulo discute sobre o direito à saúde no mundo contemporâneo evidenciando os imensos desafios associados ao processo de disputa de interesses nos espaços de controle social e participação social, levando em consideração o processo de descentralização da política nacional de saúde e universalização da saúde, como construção da defesa dos interesses dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

O direito à saúde universal é considerado um dos principais elementos que compõe o grupo dos direitos sociais, porém, ainda não se efetiva como tal, devido interesses mercantilistas na saúde. O controle social, estabelecido para acompanhar a política pública no seu desenvolvimento, ainda carece da expansão de instâncias mais participativas que fiscalizem, disputem e defendam os interesses pela universalização do direito à saúde.

Nesse capítulo são apresentados os resultados encontrados na pesquisa a partir da análise e compreensão da defesa de interesses presentes nos espaços de participação das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, revelando as contradições existentes na luta pela efetivação do direito à saúde universal, visando a superação das dificuldades encontradas no Controle Social.

O debate sobre a disputa pelo direito à saúde foi analisado a partir das configurações do processo de restrição do direito à saúde, no desmonte da política e saúde a constantes ataques ao orçamento da saúde, ao contrário das conquistas efetivadas em lei.

### **5.1 Defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares: contradições na garantia do direito à saúde**

As Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais Populares, como são conhecidas atualmente, são resultantes de um processo que surge em meados da década de 1990, como Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, a partir da deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde,

objetivando “[...] promover e aprofundar a articulação entre os Conselhos de Saúde do país, com vistas ao aumento da autonomia no funcionamento desses fóruns [...]” (CNS, 2006, p. 147), na expectativa de se aperfeiçoarem os caminhos da participação no controle social nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde espalhados em todo o país, nas instâncias federal, estadual e municipal.

As Plenárias de Saúde se constituem, inicialmente “[...] em um movimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, nascido do compromisso e da necessidade de articulação entre os conselhos [...]” (CNS, 2007, p. 5), caracterizadas como instrumentos de luta em defesa do direito à saúde, ao contribuírem no processo de discussão da política pública de saúde e se constituírem como espaços de disputas de interesses na relação Estado e sociedade civil, na perspectiva do direito à saúde de forma universal.

Segundo documento publicado pelo Conselho Nacional de Saúde, a realização das Plenárias Nacional de Conselhos de Saúde se consolida como espaços de mobilização dos conselheiros e conselheiras de saúde visando “[...] a superação das dificuldades enfrentadas pelo Controle Social [...]” (CNS, 2007, p. 5), sendo que “[...] esse movimento interconselhos sempre lutou pelo Sistema Único de Saúde como uma política inclusiva e contra o desmonte do Estado brasileiro” (CNS, 2006, p. 5).

Com base nesses pressupostos que evidenciam uma nova articulação para luta pelo direito à saúde, a análise da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares parte da expressão de luta em defesa do direito à saúde, dessa forma “[...] esse movimento levou ao cenário nacional sua percepção e reivindicações quanto à diversidade regional do país” (CNS, 2006, p. 5).

A luta pela defesa de interesses na perspectiva do direito à saúde universal torna-se recente a partir dos conflitos que aconteceram na década de 1970, diante da crise que se abateu a partir da metade do período militar no país. Ao final da década de 1980, na luta pela redemocratização política do país, com a conquista do direito à saúde universal, implantada na Constituição de 1988, ao Estado coube o dever de garantir a saúde a toda a população, pois “[...] 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”

(CNS, 2006, p. 129). De acordo com Santos (CNS, 2006), a história do controle social no Brasil é sinônimo de luta e empenho de representantes da sociedade que,

[...] dedicam tempo, esforço e, até mesmo, recursos materiais no processo dos rumos da saúde pública. São pessoas simples, do povo, que ajudam a fazer a história do Sistema Único de Saúde (SUS); ele próprio é o resultado de um processo de anos de articulação do Movimento da Reforma Sanitária e de várias pessoas comprometidas com o reconhecimento dos direitos sociais de cada cidadão (CNS, 2006, p. 9).

Segundo Castro e Fausto (2012), a Reforma Sanitária Brasileira configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social e lutou pela política de saúde como a primeira política social universal do Brasil. Dessa forma, o Movimento de Reforma Sanitária, com seu ideário de direito à saúde se caracterizou como um marco de participação democrática dos atores sociais na luta pela saúde como um direito (BRAVO, 2011).

A criação de mecanismos de participação social na política de saúde juntamente com a gestão trouxe novos desafios para as disputas por direitos, tendo, a partir de então, o desafio de efetivar o direito à saúde, conforme os ditames das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, dos artigos 196 a 200 da Constituição de 1988 (BRASIL, 2006) e das Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990), relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) na condução das políticas sociais em favor dos princípios constitucionais.

Para Soares (2013), apresentar estratégias na perspectiva da defesa dos interesses da classe trabalhadora, como debate e enfrentamento coletivo, na reflexão crítica e aprofundamento sobre a realidade, na articulação com os movimentos sociais e a ocupação dos espaços relacionados às demandas, torna-se fundamental para amenizar os grandes desafios enfrentados pela saúde brasileira.

Bravo e Correia (2012) abordam sobre os desafios do controle social na atualidade, enfatizam que a efetivação desse controle das classes subalternas está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos, acrescentando a necessidade de articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital.

Estar próximo à gestão, de forma paritária nos conselhos, e, também pela nova estrutura de participação das Conferências de Saúde, trouxe uma nova

dinâmica para sociedade, pelas reivindicações atendidas na materialização de suas demandas na lei. Contudo, essas nem sempre são efetivadas na sua totalidade e prática, fazendo desse percurso, um processo de disputas, sobretudo de reivindicações diante dos ataques que a política pública de saúde sofre diante das forças, referentes a investidas neoliberais, contrárias aos trabalhadores e usuários que passaram a ter direitos.

A “confluência perversa” destaca que os interesses da sociedade civil foram ao encontro de preceitos neoliberais de cooptação de forças sociais e institucionalização da participação a favor dos interesses econômicos, em detrimento dos direitos sociais, ao tratar uma mudança no caminho político do país na qual se condensaram os interesses de um modelo político neoliberal e o contexto brasileiro de participação, pela reivindicação, implementação e elaboração de políticas públicas (DAGNINO, 2004).

Jocélio Drummond (CNS, 2006), coordenador da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em 2006, quando apresenta o histórico dos 10 anos de luta pela conquista de espaços, a partir de relações antagônicas, em articular as políticas envolvidas com a saúde universal, cita que:

[...] os gestores construíram as bipartite e tripartite, os trabalhadores tentam organizar as mesas estaduais e nacionais de negociação e principalmente nós, conselheiros e conselheiras de Saúde, construímos nossa Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Foram inúmeros eventos, ora com nome de encontro, ora congresso, consolidando-se como Plenária, todos organizados com um só objetivo: responder de maneira nacional as questões conjunturais e estruturais do setor Saúde, articulando os milhares de conselhos e conselheiros existentes em ações comuns de resistência ou de avanço na implantação do SUS (CNS, 2006, p. 11).

Dessa forma, o processo de construção de luta além conselhos e conferências, nessa discussão fez com que surgissem, a partir dessas representações, novos espaços nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, gestadas por meio de encontros nacionais e um congresso nacional com representações de conselheiros e conselheiras de todo o país, distribuídos também de forma paritária. As plenárias passam a se constituir como novos espaços de articulação de lutas em defesa do direito à saúde na efetivação da política pública conforme a legislação.

O surgimento da I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em Brasília, no ano de 1996, é resultado de um processo inicial de discussão que apresentou uma



série de reivindicações e insatisfações de como a política de saúde estava sendo tratada, verificado nos relatórios dos primeiros movimentos, ocorridos anteriormente, em Recife-PE, no ano de 1994, por ocasião do I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, esse, realizado durante o Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), e, em Salvador, no I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde, no ano de 1995, no movimento caracterizado por defesa de interesses em efetivar o Sistema Único de Saúde e ter o direito à saúde garantido de forma universal.

No I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde (1994), 300 Conselheiros representando conselhos de diversos estados do Brasil, discutiram aspectos referentes ao processo de democratização das decisões e da gestão em saúde, o exercício do controle social através dos Conselhos de Saúde e a atuação dos conselheiros nesses órgãos colegiados (CNS, 2004).

Mais uma vez novas articulações dos conselheiros aconteceram no I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde, reivindicando a constituição da formação de um grupo de conselheiros com o propósito de organizar um evento nacional e dar continuidade no aprofundamento da discussão dos temas relacionados à saúde. Neste congresso foi discutida a mobilização das comissões nos estados, acompanhando as atividades de plenárias e fóruns para discussão da temática proposta para o evento e definição da estrutura de funcionamento com regimento, participantes, infraestrutura e coordenação do evento (CNS, 2004).

Destaca-se a necessidade de discutir os ataques do capital à política pública de saúde, na apreensão dos processos que determinam o aprofundamento da privatização da saúde como reflexões e contestações necessárias frente ao projeto privatista na saúde diante da ofensiva do capital no atual contexto do SUS (PAIVA; COSTA, 2016). Jocélio Drummond (CNS, 2006, p. 11), apresenta sua manifestação de luta quanto cita que:

[...] nas lutas contra cortes de verbas e por mais recursos para a Saúde, pela vinculação orçamentária desses recursos, pela realização de Conferências de Saúde e consolidação dos conselhos ameaçados por retrocesso, na luta contra a tirada da saúde como um direito de todos na Constituição brasileira, desenvolvendo ações junto ao Executivo e ao Legislativo em comum acordo com o Ministério da Saúde, por vezes com total omissão ou mesmo oposição do Ministério, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde sempre disse a que veio: lutar pela verdadeira implantação do SUS, em sua totalidade e sob forte controle social (CNS, 2006, p. 11).

A primeira ação de manifestação por parte das Plenárias de Saúde em defesa de interesses da saúde universal, diante das ofensivas e ataques à política de saúde, surge no I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde, realizado em Salvador, destacada no documento denominado de Carta de Salvador (CNS, 2006), conforme descrito no Anexo A. Embora nas atividades de pré-congresso, os debates tenham sido mais estruturais quanto aos temas centrais no papel dos Conselhos de Saúde e sua organização, formação de conselheiros e articulação entre os Conselhos em todo o país, neste evento, participaram 259 delegados conselheiros, de forma paritária, de acordo com seus segmentos de usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestão.

Nas deliberações finais da Carta de Salvador, lida em plenário e aprovada, prevaleceu-se a posição contrária às reformas constitucionais, contra a privatização da Seguridade Social, exigindo efetiva implantação do SUS com fontes de financiamento estáveis, e, principalmente reforçando através desse manifesto “[...] a participação dos movimentos populares, buscando uma real aproximação entre conselhos e a sociedade” (CNS, 2006, p. 29).

Nesse documento, conselheiros e conselheiras de saúde de todo o país, reunidos, conforme seus segmentos e representações, apresentaram suas demandas através de análises de acordo com referências de outros países latino-americanos como o México e Argentina, no aprofundamento da crise socioeconômica, que “[...] o postulado neoliberal leva à retratação das ações do Estado no campo social, com o aumento do repasse de recursos para o setor privado, colocando nosso País na mesma rota de falência do México [...]” (CNS, 2006, p. 28), criticando as reformas por que passava o país neste período, e estabelecendo que “[...] a reforma da seguridade social é um ataque brutal às conquistas sociais, provocando o estrangulamento da saúde pública” (CNS, 2006, p. 29).

Dessa forma, este congresso de Conselhos de Saúde adota um posicionamento de defesa da soberania nacional e da saúde pública, colocando-se frontalmente contrário às reformas constitucionais, conclamando a participação dos movimentos populares, buscando uma real aproximação entre os conselhos e a sociedade. São posicionamentos do congresso em defesa de seus interesses, tais como são apresentados na carta:

a) exige a efetiva implantação do SUS com fontes de financiamento estáveis e capazes de dar as respostas necessárias à realidade sanitária do País e a uma política de recursos humanos justa; b) exige, também, um intenso combate à corrupção e à sonegação de impostos; e c) reafirma a necessidade do fortalecimento do controle social do SUS, pela manutenção do caráter deliberativo dos conselhos, de um processo de capacitação e aperfeiçoamento dos conselheiros, acesso democrático a todas as informações necessárias ao funcionamento pleno dos conselhos, criação de canais permanentes entre as Secretarias de Conselhos de Saúde (CNS, 2006, p. 30).

A defesa de interesses ocorre por meio da continuidade de ações através das pautas levantadas e discussões realizadas em mesas redondas e painéis nesses eventos como Encontros, Congresso e Plenárias, na perspectiva de disputas, apresentadas e aprovadas como propostas da concretização das plenárias ao longo de vinte e dois anos nos posicionamentos contrários à regressão de direitos. Estes espaços se caracterizam como defesa de interesses distintos ao do capital privatista, prevalecendo as discussões dos trabalhadores e usuários do sistema único de saúde, contrários à ofensiva neoliberal.

Na análise da realização de vinte e quatro eventos, o Quadro 4 apresenta uma síntese do resgate histórico do que se considera luta em defesa do direito à saúde a partir das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, caracterizados como defesa de interesses dos trabalhadores e usuários do sistema único de saúde diante da ofensiva neoliberal. As plenárias se apresentam como, mesmo sendo muito recentes, um campo de tensão e de conflitos de interesses na garantia de direitos, como é percebido de um lado o Estado e do outro lado a sociedade civil, neste campo de participação, em uma sociedade capitalista e de interesses. No percurso da síntese, os eventos são distribuídos, como segue abaixo:

- dois (02) Encontros Nacionais de Conselhos de Saúde, em preparação de estratégias desses espaços;
- um (01) Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, como momento de articulação para realização das plenárias seguintes;
- dezessete (17) Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, quando da participação das representações de Conselhos de Saúde de todo o país;
- No ano de 2014 é realizada uma (01) Plenária Nacional Ampliada de Conselhos de Saúde, nesse momento esses espaços são abertos, para além conselhos, com a participação ampliada de movimentos sociais;

- A partir do ano de 2015, mais duas (02) Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. Acontecem com nova formação de extensão da participação, na abertura para participação de entidades que somam esforços na luta em defesa do direito à saúde;
- Destaca-se ainda a realização de uma (01) Plenária Extraordinária de Conselhos de Saúde, sendo essa solicitada pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN).

Quadro 4 – Síntese dos Encontros, Congresso e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares

Eventos em Defesa do Direito à Saúde		
Evento	Local	Ano
I Encontro Nacional de Conselhos de Saúde	Recife-PE	1994
II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1998
I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde	Salvador-BA	1995
I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1996
II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1997
III Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1997
IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1997
V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1998
VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1998
VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1999
VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	1999
IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2000
X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2001
XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2002
Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Extraordinária	Brasília-DF	2004
XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2004
XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2005
XIV Plenária Nacional de Conselho de Saúde	Brasília-DF	2007
XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2008
XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2010
XVII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília-DF	2012
XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Ampliada	Brasília-DF	2014
XIX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares	Brasília-DF	2015
XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares	Brasília-DF	2016

Fontes: CNS ( 2001; 2002; 2006b; 2007; 2008; 2010; 2013; 2016; 2008; 2010; 2015a; 2015b; 2016a); CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (2015), adaptado pelo autor.

As plenárias destacadas nesses resultados são caracterizadas como achados da pesquisa apresentados como fio condutores para o debate, provocado pelos usuários conselheiros e conselheiras, entidades e movimentos sociais e populares presentes. Destacam o desmonte das conquistas da política de saúde, numa constante desconstrução dos direitos conquistados a partir da luta, já identificados

desde o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), materializados no direito universal à saúde a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde no ano de 1990.

O primeiro momento de realização de plenárias, é concretizado na I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em novembro de 1996, e traz como destaque “[...] a análise de questões ligadas à medida provisória do governo que propunha a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais e a constituição da comissão tripartite [...]” (CNS, 2006, p. 33) e apresenta sua materialização como resultado em defesa da saúde na aprovação do Manifesto em Defesa do SUS (CNS, 2006), conforme Anexo B.

A I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, traz no seu aspecto estrutural, a participação de representantes de 20 Conselhos Estaduais e 47 Conselhos Municipais, além da instância maior de representação do país, o Conselho Nacional de Saúde. Esse evento sucedeu a realização da X Conferência Nacional de Saúde, trazendo em destaque a análise de questões ligadas à medida provisória do governo que propunha a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais, um ataque aos preceitos democráticos na saúde, pondo em risco a universalização da saúde, aproximando o setor de saúde ao capital privado.

Na luta em defesa do direito à saúde destacam-se as Plenárias como formas de participação mais recentes, diferentemente de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, mesmo não sendo ainda reconhecidas por lei, no aspecto jurídico e institucional de medição da política pública, mas pela força de reivindicações e agendas apresentadas. É importante ressaltar, a articulação dos interesses da participação social, nesse aspecto, que esses novos espaços se configuram como espaços de tensão.

É importante destacar também que, se as Conferências de Saúde apresentam, a partir da IX Conferência Nacional de Saúde a abertura para a participação da sociedade civil representada, descrita na lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), com ênfase na gestão participativa e na proposta do Plano Nacional de Saúde, as plenárias se constituem também como instrumento de participação, no fortalecimento do controle social e na defesa do direito à saúde, como foram gestadas, em meados da década de 1990.

Na realização da I Plenária de Conselhos, em decorrência de pendências da X Conferência Nacional de Saúde, acontece um debate em defesa do Sistema Único

de Saúde, quando traz no referido manifesto, suas percepções e intenções, alertando para os problemas com a política pública de Saúde, denunciando e conclamando “[...] toda a sociedade brasileira para que cerre fileiras na defesa do Sistema Único de Saúde, da universalidade e do financiamento em níveis suficientes para que se recupere a dignidade e a qualidade da atenção à saúde” (CNS, 2006, p. 37).

A defesa de interesses se apresenta nas Plenárias Nacionais, a partir de então, com suas percepções e proposições, marcada pela luta de classes e interesses antagônicos. Nesse movimento do real, mesmo diante dos avanços e conquistas materializados no Sistema Único de Saúde, surge a necessidade de organização de novos espaços para discussão de como a política de saúde estava sendo tratada, mesmo com sua materialização na lei, em identificar as principais convergências e divergências provenientes da disputa entre interesses distintos.

Nesse sentido, a realização das Plenárias Nacionais, na articulação de eventos, através de pautas e resoluções seguem com encaminhamentos por meio de sua estrutura de organização. As análises partiam da percepção da política de saúde, não somente nas plenárias, mas de outros eventos que aconteciam paralelos, como a análise de destaques pendentes da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que foram discutidos amplamente nessa instância, sendo analisados 122 destaques, por conselheiros da plenária, adotando como critério, as propostas que se opunham ao SUS.

Ainda como posicionamento da plenária em defesa do direito à saúde, a análise da medida provisória do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), na proposição de transformação dos hospitais públicos do SUS em organizações sociais autônomas de natureza privada, onde na prática, trazia uma aproximação com a privatização e o desmonte do SUS. Conforme relato extraído da Plenária, essa medida provisória não foi publicada. Como ação dos conselheiros, foi distribuída uma cópia da mesma entre os presentes para estudo e análise. A plenária repudiou mais esta tentativa de extinção do SUS, aprovando, por unanimidade, as seguintes propostas,

[...] realizar, no dia 11 de dezembro às 9 horas, a manifestação na Câmara Federal, na Comissão de Seguridade Social, expressando a indignação frente ao ataque do governo federal ao SUS, particularmente com esta medida provisória; marcar audiência com o ministro Luiz Carlos Bresser Pereira (Mare) para o mesmo dia, questionando a MP e defendendo o SUS;

e estudar medidas jurídicas junto ao Ministério Público e ao Supremo Tribunal Federal, questionando como a MP pode opor-se à legislação vigente. Essas ações deverão integrar uma campanha em defesa do SUS, com desdobramentos nos estados e municípios. Dentro da campanha, além do repúdio à MP do Mare, deve-se lutar pelo financiamento para o SUS, particularmente a aprovação da PEC 169/93, que prevê 30% do orçamento da Seguridade Social e 10% das receitas fiscais da União, estados e municípios para o SUS (CNS, 2006, p. 34).

Outra proposta aprovada nessa I Plenária de Conselhos foi a constituição da Comissão Interconselhos Tripartite (CICT), na perspectiva de fortalecimento do controle social, ainda de acordo com as resoluções da 10ª Conferência Nacional de Saúde. A CICT tinha como objetivo reunir, periodicamente, representantes dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde, de acordo com suas possibilidades, para “[...] articular ações conjuntas dos conselhos, permitindo ampliar o controle social vertical, nas esferas de governo e no SUS” (CNS, 2006, p. 34). Essa proposta da CICT não substituíam nenhum Conselho de Saúde, mas atuava no sentido de fortalecer cada conselho integrante quando possibilitava a troca de informações e experiências, formulando e encaminhando propostas.

As Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde seguem com suas realizações reunindo conselheiros e conselheiras de todo o país, com pautas de discussão, deliberações e resoluções como resultados das discussões. A reunião de relatórios obtidos em torno das plenárias proporcionaram uma visão geral de todas as plenárias, a partir dos dados coletados nos documentos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, através de relatórios públicos.

O Manifesto em Defesa do SUS manifesta-se como uma expressão de posicionamento dos usuários em defesa do direito à saúde na I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Apresenta estrutura textual curta, com apenas dez parágrafos, em forma de denúncia e desmonte da política de saúde do SUS, por parte do próprio Estado, constituindo-se como a primeira manifestação em defesa do SUS, por parte dos integrantes de plenárias e de outras instâncias, tais como representantes de entidades nacionais, presentes no encontro.

Como conteúdo do documento analisado, é caracterizado como oposição ao que é posto pelo Estado, em forma de denúncia, uma reação da plenária que argumenta através do seu manifesto a proposição de que esse encontro realizado “[...] exija do governo o cumprimento integral de seu programa escolhido nas urnas e reafirme o dever indelegável do estado para com a saúde, nos termos da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde” (CNS, 2006, p. 37) e adota um

posicionamento de defesa quando conclama toda a população brasileira a agir em defesa do SUS (CNS, 2006).

O manifesto defende o Sistema Único de Saúde como “[...] a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo estado brasileiro [...]” e faz uma crítica ao distanciamento da proposta inicial do SUS, “[...] mesmo que ainda não estejamos satisfeitos com a qualidade do sistema [...]”, para os momentos em que se encontravam, mas apresenta a necessidade da sua existência, em um país com disparidades regionais e desigualdades regionais (CNS, 2006, p. 35), citando que

A Saúde é, sem dúvida alguma, a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo que ainda não estejamos satisfeitos com a qualidade do sistema. É graças ao Sistema Único de Saúde – universal, com atendimento integral e gratuito – que milhões de cidadãos podem contar com um mínimo de amparo e atenção à sua saúde. Ainda que o sistema que temos hoje se distancie daquele que foi consagrado na Constituição Cidadã, sua existência é essencial num país com tantas disparidades regionais e desigualdades sociais (CNS, 2006, p. 35).

Apresenta o posicionamento crítico da plenária ao expor os ataques à política de saúde a partir dos problemas que o SUS enfrenta, no plano jurídico, contra inimigos poderosos que entendem os gastos sociais como despesas e que esses gastos devem ser comprimidos ao máximo para propiciar a salvação de bancos falidos, para o pagamento da dívida pública e para cobrir o serviço da dívida externa, responsáveis pelo desmonte do financiamento do SUS. Como são apresentados no documento, os inimigos poderosos do SUS, destacam-se com posições contrárias, antagônicas, e ao lado desses, a plenária também destaca “[...] os que enxergam, num possível malogro do sistema [...]” (CNS, 2006, p. 35) uma forma de captar clientela para os planos privados de saúde, repletos de carências, conforme pode-se constatar a partir do texto:

Esse é um dos motivos que atestam a inviabilidade da opção neoliberal na saúde. Os que preconizam a adoção de um modelo de mercado para o setor e esconde da opinião pública, o fato de que tal opção é a via direta para a criação de cidadãos de segunda classe, excluídos do que chamam de mercado. Essa é a contra-reforma pretendida pelo governo federal, quebrando a universalidade, acenando para um atendimento básico para a população e privilegiando as empresas de saúde, no momento em que remeterá para o mercado todo o atendimento secundário e terciário. A reforma da saúde já ocorreu e está na Constituição Brasileira, agora cabe cumpri-la (CNS, 2006, p. 36).



O manifesto apresenta a opção de defesa pelo SUS, assim como a expressão das percepções de representações de conselheiros de todo o país quando destaca que grupos opostos à política de saúde pretendem destruir o SUS, ressaltando a indicação do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (FHC) ao cargo de Ministro da Saúde “[...] um técnico, sem compromisso com o setor, com o propósito de conter gastos”. Segue como proposição desse encontro exigir do governo “[...] o cumprimento integral do seu programa escolhido nas urnas o dever indelegável do estado para com a saúde, nos termos da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde” (CNS, 2006, p. 36).

Nos anos de 1990, o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, afetou diretamente a Política de Saúde no Brasil (BRAVO, 2009). Apesar do texto constitucional conter avanços no direito à saúde, houve um forte ataque por parte do grande capital, por articulados interesses privados que vêm diversificando e ampliando as formas de privatização da saúde (PAIVA; COSTA, 2016).

A II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em abril do ano de 1997, apresenta eixos estruturantes e de discussão no apoio à aprovação da Proposta de Emenda à Constitucional 169/93 (PEC 169/93), no Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, no Plano de Metas do Governo para a Saúde e no funcionamento da Plenária dos Conselhos de Saúde. Essa plenária denuncia o esvaziamento do setor público em benefício do privado e manifesta-se contra a terceirização e privatizações, organizações sociais, cooperativas e fundações no setor de saúde.

O Manifesto da II Plenária de Conselho de Saúde (CNS, 2006), conforme Anexo C, surge como uma ação de encaminhamento da plenária e reafirmação da importância da aprovação da PEC 169/1993, apresentando uma posição clara e contrária à reforma administrativa e previdenciária, implantada pelo governo neste período, como segue,

A II Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde foi convocada pelo Conselho Nacional de Saúde para discutir o momento do SUS no contexto das reformas neoliberais implementadas pelo governo federal, as quais visam a reduzir ao mínimo a responsabilidade do Estado para com o cidadão, ferindo e eliminando conquistas históricas delegadas pelo povo no atual texto constitucional, privilegiando a lógica mercantilista em detrimento de um Estado social e democrático (estado de bem-estar social). Isto se verifica quando da apresentação dos projetos de reformas administrativa e previdenciária; da não implementação de uma Reforma Agrária que

interesse aos trabalhadores e a da sociedade, do sucateamento; do patrimônio público entregue ao setor privado, e o que é pior, de modo arbitrário e permissivo (CNS, 2006, p. 45).

Denuncia, portanto, o “[...] esvaziamento do setor público em benefício do setor privado [...]”, o ataque ao SUS, verificado com “[...] a proposta de substituição do modelo universal, equitativo, integral, democrático e transparente com controle social por uma proposta excludente” (CNS, 2006, p. 45). A plenária ainda, através do seu posicionamento no manifesto, “[...] repudia a proposta de criação das organizações sociais” (CNS, 2006, p. 45) e reafirma a importância da aprovação PEC 169/1993, na vinculação de recursos no orçamento que viabilizem a implementação do SUS, aplicados de fato no setor de Saúde e com efetivo controle social.

O debate sobre a PEC 169/1993 acontece diante do momento da grande crise do financiamento da Saúde, e que, a partir de 1993, os deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, que, em resumo, definiam, para a saúde, a vinculação de percentuais para os recursos dos orçamentos e de fontes específicas. A partir desse momento, várias propostas de vinculação de recursos foram elaboradas e discutidas, no âmbito do Congresso Nacional, sendo que, somente após seis anos, foi conseguida a aprovação de uma emenda constitucional.

O manifesto apresenta uma expressão da plenária e de todas as suas participações na luta pelo direito à saúde quando apresenta no parágrafo final, no texto aprovado, que “[...] a saúde deve ser garantida como direito de todos e dever do Estado, e deve estar permanentemente sob o controle social” (CNS, 2006, p. 45).

O contexto de defesa de interesses torna-se evidente pelo posicionamento da plenária quando da continuidade da realização da III Plenária Nacional de Conselhos de Saúde proporcionando o segundo momento de encontro no mesmo ano, em agosto de 1997, contando com a participação de 240 conselheiros que estiveram reunidos através de conselhos estaduais e municipais de 24 estados, conforme Anexo AO.

A análise das proposições de pauta nos documentos demonstra a necessidade da continuidade da luta e mobilização em favor da aprovação da PEC 169/1993, sobre alocação de recursos vinculados ao financiamento do SUS. A discussão da situação da saúde pública para conhecer e lutar pela sua defesa foi discutida neste evento, sendo apresentado um relato aos participantes da situação

da saúde pública em todos os estados brasileiros, assim como a necessidade de uma maior articulação do funcionamento da Plenária InterConselhos de Saúde.

Um momento de fortalecimento do debate e de efervescência da participação para defender interesses, aconteceu nesse encontro através de ação coletiva que resultou em uma Manifestação Pró-SUS pela PEC 169/93 (CNS, 2006 conforme Anexo D. A Manifestação Pró-SUS se apresentou como continuidade das ações realizadas em favor da aprovação da PEC 169/1993, sendo realizada no dia 20 de agosto, os participantes da Plenária “[...] dedicaram esforços a uma série de atividades em defesa de mais recursos para o Sistema Único de Saúde” (CNS, 2006, p. 53).

O ato político provocado pela da plenária resultou numa grande manifestação, envolvendo cerca de 500 pessoas, entre conselheiros e representantes de entidades de todo o Brasil, desenvolvendo-se em mobilizações caracterizadas em três etapas: ato político; audiências com os líderes de bancadas do Congresso Nacional e audiência com o Ministro da Saúde.

Essa defesa de interesses pela manutenção do orçamento em favor da saúde universal e proporcionou a saída dos participantes do local da plenária em direção ao Congresso Nacional, com o apoio dos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, em uma série de encontros com alguns dos principais líderes do Congresso, quando avaliou-se a “[...] possibilidade de aprovação da PEC nº 169 no início de outubro e foram organizadas comissões para as audiências com os líderes de partidos e do governo” (CNS, 2006, p. 53).

As audiências culminaram na expressão da opinião dos políticos com relação às reivindicações dos delegados da plenária, sendo que na audiência com o Ministro da Saúde,

[...] foram entregues ao ministro o abaixo-assinado em favor da proposta, contendo cerca de 150 mil assinaturas, e centenas de moções favoráveis à PEC, aprovadas em Conselhos de Saúde, Comissões de Saúde de Câmaras Municipais, dentre outras instâncias. Os participantes da III Plenária também solicitaram empenho do Ministério para aprovação da Proposta de Emenda Constitucional. Na audiência, ainda foram levantados os outros pontos aprovados na Plenária, referentes à NOB 96, ao orçamento SUS 98 e à regulamentação dos planos e seguros de saúde. Um representante de cada macrorregião nacional, eleito entre os conselheiros presentes, expôs ao ministro as principais questões referentes ao SUS que preocupam os estados de sua área de abrangência. Um documento especificando os problemas e a reivindicação abordada ficou de ser encaminhado ao gabinete (CNS, 2006, 54).

Ainda no ano de 1997, no mês de dezembro, acontece um terceiro momento em defesa do SUS, com a realização de mais uma plenária. A IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde apresentou no seu histórico de lutas como pauta a articulação do movimento em defesa do SUS, na Luta pela Aprovação da PEC 169/1993 (CNS, 2006), Anexo E.

São articuladas novas mobilizações, ganhando impulso com a aprovação de ações da Plenária, sugerindo que os conselhos debatessem sobre a continuidade dessa luta na coleta de assinaturas em favor da PEC 169/1993, aprovando moções em vários fóruns de apoio. A mobilização confirmava a continuidade de uma série de ações para chamar a atenção da sociedade e dos políticos, na adoção do dia 7 de abril, dia Mundial da Saúde, de realização de manifestações em todo o país, representando uma data de luta pelo SUS e pela aprovação da PEC 169/1993.

Essa Plenária, conforme o Quadro 5, apresenta eixos estruturantes na luta pela defesa dos interesses uma articulação do movimento em defesa do SUS, com impulso na aprovação do ato, convocando para realização do II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, previsto para maio do ano seguinte, como referencial os aspectos legais do controle social e o tema voltado para a sua efetivação.

Quadro 5 – Coordenação Provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Região / Segmento	Representante	Representante
Norte	Socorro Silva	
Nordeste	José Teófilo Cavalcante	Alessandra Ximenes da Silva
Centro-Oeste	Rosane Maria Nascimento	
Sudeste	Temístocles Marcelos (Titular)	Iracema Vieira Poudóro (Suplente)
Sul	Lúcio Barbellos	
Conselho Nacional de Saúde (CNS)	1 (um) portador de patologia e deficiência	1 (um) CUT – Central Única dos Trabalhadores
Conselho Nacional de Saúde (CNS)	1 (um) CNBB – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil	
Obs.: cada estado elege um coordenador, que se relaciona com o coordenador da região		

Fonte: CNS (2006), adaptado pelo autor.

Com a convocação do encontro, foi criada uma comissão para atuar como coordenação provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e o Nacional, assim como contribuir no encaminhamento das lutas pelo fortalecimento do SUS e do controle social. A coordenação provisória, a partir da

Plenária seguinte foi responsável pela elaboração do II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde. Como continuidade de lutas iniciadas na II e III plenárias, aconteceu a mobilização em favor da aprovação da PEC 169/1993. Ocorreram novas audiências no Congresso Nacional, oportunidade em que a luta pela aprovação da PEC 169/1993 continuou com a participação das representações de conselheiros da plenária.

Ainda como expressão de defesa de interesses foram realizadas audiências no Congresso Nacional (CNS, 2006, p. 59-60), conforme Anexo F, na avaliação da comissão designada pela Plenária.

A avaliação da Comissão de Conselheiros de Saúde é que as audiências foram fundamentais, principalmente porque foi aprovada uma comissão com representações dos partidos políticos, sobre os quais conversamos. Essa comissão terá o papel de negociar e articular no sentido de criar um campo favorável para a aprovação da PEC 169 (CNS, 2006, p. 59).

A V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, já em março de 1998, contou com um número reduzido de 129 conselheiros de saúde, representando apenas 19 estados, trouxe como histórico presente na pauta desse evento:

- a) a discussão da organização e a realização do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, previsto para o mês de junho do ano de 1998, sendo aprovado o regulamento do encontro com 5 capítulos, com o tema: “Efetivando o Controle Social”;
- b) a discussão sobre a PEC 169/1993, na realização de um debate e a discussão sobre Orçamento.

Nessa realização da Plenária, por meio dos documentos coletados e analisados, as Propostas aprovadas na V Plenária (CNS, 2006), apresentadas no Anexo G, configuram como mobilizações na defesa de interesses na luta pela saúde universal, através da realização de atos públicos, encontros estaduais de conselheiros, formação de comissões, elaboração de projetos e outros, descritas no Quadro 6:

Quadro 6 – Propostas Aprovadas na V Plenária

Propostas Aprovadas
a) realizar Atos Públicos nos estados – mobilização em defesa da PEC 169/93 e dos princípios e diretrizes do SUS;
b) realizar Encontros Estaduais de Conselheiros;
c) escolher uma comissão para monitorar e mapear os votos dos deputados por estado;
d) elaborar projetos de emendas às Constituições Estaduais, vinculando recursos de 10% dos orçamentos estaduais;
e) elaborar Boletim das Plenárias Nacionais;
f) pressionar os deputados em suas bases para assinatura de termo de compromisso de apoio a PEC 169/93;
g) agendar audiências com liderança das bancadas parlamentares para solicitar apoio à PEC 169/93;
h) agendar audiência com novo ministro após sua posse, por meio do CNS/Conass/Conasems e Comissão Organizadora da II ENCS, para comunicar a posição da V Plenária Nacional acerca da defesa dos princípios e diretrizes do SUS e da PEC 169;
i) agendar audiência com o Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, no decorrer do II Encontro Nacional de Conselheiros;
j) orientar, em todos os estados, a impetração de Ação Civil Pública de Lesa Cidadania pelo Ministério Público Federal, contra o desfinanciamento do SUS;
k) encaminhar por meio do CNS a Moção de Apoio à aprovação da PEC 169/93 ao presidente Fernando Henrique Cardoso.

Fonte: CNS (2006, p.66), adaptado pelo autor.

As propostas representam a manifestação de interesses da plenária, discutida e aprovada, e em seguida, impelidas para a prática. Revelam, como consequência, o interesse da plenária em dar continuidade à luta em defesa do direito à saúde identificado na realização de atos públicos, onde existe a possibilidade de difundir para um maior número de pessoas as ideias contidas nas propostas defendidas, assim como criar estratégias através de audiências e outros mecanismos que caracterizam uma luta intensiva para defender os interesses da plenária, e, conseqüentemente da saúde universal e seu financiamento.

Ainda no ano de 1998, no mês de novembro, foi realizada a VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. A Mobilização do Movimento em Defesa da Saúde Pública (CNS, 2006), conforme Anexo H, contou com a participação de 500 pessoas em um abraço ao Ministério da Saúde, e, o primeiro dia do evento, 19 de novembro, foi marcado por uma mobilização do Movimento em Defesa da Saúde Pública. Com a presença de representantes do Conselho Nacional de Saúde e de Conselhos Estaduais de Municipais de todo o país, com apoio de Bispos da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), representantes de entidades de empresários, usuários, trabalhadores, portadores de deficiências, associações de moradores, pastorais e membros da comunidade científica, que debateram os cortes

de recursos da saúde durante toda a manhã (CNS, 2006), conforme segue quadro com histórico da mobilização realizada durante o evento, conforme apresentado no Quadro 7:

Quadro 7 – Mobilização do Movimento em Defesa da Saúde Pública

Mobilizações Destacadas
Lideranças de oposição e do governo manifestaram solidariedade ao movimento e compromisso com a luta por recursos mais compatíveis com as reais necessidades de saúde da sociedade brasileira. O entendimento comum foi o de que a crise no financiamento da saúde pública já penaliza a população brasileira com um atendimento precário e insuficiente.
Todos combateram o corte de 1 bilhão de reais no orçamento da saúde, anunciado pelo governo, o que representaria, segundo os líderes do movimento, o agravamento da situação do setor com sacrifício enorme para 80% da população, dependente da rede pública de saúde.
Uma comissão do movimento esteve em audiência com o relator do Projeto do Orçamento da União para 1999, senador Ramez Tebet (PMDBMS), quando fez a entrega da proposta de recomposição dos R\$ 1,4 bilhão nas verbas para a saúde junto com a Carta Aberta em Defesa da Saúde. O relator assegurou que estavam sendo feitos esforços para o ajuste no orçamento, acenando com a possibilidade de aumento na destinação de verbas para a saúde.
Em meio à manifestação pública realizada no final da tarde em frente ao Ministério da Saúde, uma comissão de conselheiros e de bispos da CNBB levou pessoalmente ao ministro da Saúde, José Serra, a proposta de recomposição orçamentária e a Carta Aberta em Defesa da Saúde.
Durante a manifestação, foram realizados discursos e um apelo veemente ao governo e ao Congresso Nacional para que não penalizem a sociedade brasileira com uma política eminentemente anti-social. Ao final, cerca de 500 pessoas abraçaram o Ministério da Saúde em uma manifestação simbólica de resistência e luta.

Fonte: CNS (2006, p. 121-122), adaptado pelo autor.

A mobilização do movimento levou um grupo expressivo de 500 pessoas que no abraço simbólico, demonstrou uma manifestação de abraçar o edifício do Ministério da Saúde como um sinal de resistência e luta. Ainda durante a VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde aconteceu o planejamento de atividades para o ano de 1999, encaminhamento das resoluções do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, discussão da estrutura e organização das Plenárias Nacionais e como momento importante de articulação da plenária foi discutida e aprovada a Carta Aberta em Defesa da Saúde (CNS, 2006), conforme Anexo I, datada do dia 20 de dezembro, como mais um ato em defesa de interesses em defesa do SUS.

A Carta Aberta em Defesa da Saúde apresenta uma estrutura curta de sete parágrafos, construída na discussão das “[...] medidas de ajuste orçamentário adotadas pelo governo [...]” (CNS, 2006, p. 124) ao penalizar os setores sociais, apresentada pelo Conselho Nacional de Saúde, quando afirma que

[...] o Conselho Nacional de Saúde e as representações de conselheiros estaduais e municipais de todo o País, com o apoio das principais entidades da sociedade civil organizada (CNBB, Confederações Nacionais de Empresários, de Trabalhadores, de Usuários, de Profissionais de Saúde, de Entidades Filantrópicas, de Entidades de Portadores de Deficiência, de Associações de Moradores e da Comunidade Científica) vêm a público reafirmar: as medidas de ajuste orçamentário adotadas pelo governo mais uma vez vêm penalizar os setores sociais, que são aqueles em que a dívida acumulada com a sociedade brasileira é mais importante (CNS, 2006, p. 124).

O Conselho Nacional de Saúde, destaca ainda no documento os ataques que o modelo econômico adotado pelo país dispensa à saúde, ao representar “[...] uma ameaça permanente aos avanços até aqui conquistados na construção democrática do Sistema Único de Saúde” (CNS, 2006, p, 125). Assim, essa entidade, juntamente com os Conselhos Estaduais e Municipais, reunidos na Plenária de Conselhos e os demais segmentos da sociedade civil reafirmam seu compromisso com a garantia dos direitos na defesa da saúde, manifestam rejeição à redução de recursos imposta pela equipe econômica do Ministério da Saúde, exigem a reavaliação da proposta orçamentária enviada ao Congresso pelo governo e conclamam o Congresso Nacional a aprovar de imediato emenda constitucional que garanta a vinculação de recursos, assegurando os necessários financiamentos públicos estáveis, adequados e sustentáveis para a saúde (CNS, 2006).

A VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, ocorrida no mês de maio de 1999, contou com a participação de 500 representantes dos 24 estados brasileiros. Na luta em defesa do SUS, destaca a continuidade da luta pela aprovação da PEC 169/1993. Na sua estrutura organizativa apresenta a promoção da eleição e posse de novos representantes na Coordenação das Plenárias Nacionais de Conselhos que deram continuidade às próximas plenárias. O evento discutiu temas importantes da conjuntura nacional e de saúde, tais como a conjuntura nacional em função da saúde, o orçamento da saúde, a capacitação de conselheiros, a comunicação em saúde, o controle social, as competências dos Conselhos de Saúde e as competências das Comissões Intergestores e das Secretarias de Saúde (CNS, 2006).

A VIII Plenária Nacional de Conselho de Saúde, ocorrida no mesmo ano de 1999, no mês de maio, recupera o histórico da discussão inicial de como as Plenárias Nacionais de Saúde foram instituídas pela deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de “[...] promover e aprofundar a articulação entre



os Conselhos de Saúde do país, com vistas ao aumento da autonomia no funcionamento desses fóruns” (CNS, 2006, p. 147).

Aconteceu em forma de realização de painéis com temáticas referentes à conjuntura da saúde e o financiamento do SUS, ao contexto do controle social no país por regiões e controle social no SUS, à capacitação de conselheiros de saúde e a realização da XI Conferência Nacional de Saúde. Foi apresentado um painel com o panorama do controle social em Saúde no Brasil, no Diagnóstico do Controle Social em Saúde no Brasil (CNS, 2006), conforme Anexo J. Os representantes regionais realizaram um diagnóstico da situação do controle social e do SUS nos estados e municípios. As apresentações aconteceram de acordo com as regiões, expondo os problemas e, em seguida, as propostas em favor da defesa de interesses do direito à saúde universal.

A IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em junho de 2000, contou com cerca de 450 participantes. Apresentou como pauta e resoluções a preparação da manifestação a favor da PEC Aglutinativa 86-A, no Congresso Nacional, a avaliação da VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, e programação da XI Conferência Nacional de Saúde. Esta plenária aconteceu às vésperas da votação da Emenda Aglutinativa 86-A pelo Senado Federal, uma espécie de renumeração da PEC 169/1993.

Apresenta como defesa de interesses pelo direito à saúde as Manifestações no Congresso Nacional em favor da PEC 169/1993, em Brasília - DF, 06 de junho de 2000 (CNS, 2006), conforme Anexo K,

Manifestantes defenderam a aprovação da medida na Esplanada dos Ministérios, e encontros de representantes de entidades e do Conselho Nacional de Saúde aconteceram com autoridades, como o então presidente do Congresso, senador Antônio Carlos Magalhães. O cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, notório defensor das causas sociais, também apoiou a iniciativa e conversou pessoalmente com os políticos, pedindo votos pela mudança na Constituição (CNS, 2006, p. 175).

A X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em novembro de 2001, constituiu-se na sua continuidade como espaço de articulação entre os Conselhos de Saúde das diferentes esferas de participação. No seu aspecto histórico, até 1997, com pouca organicidade e suas realizações ocorriam de forma esporádica, por convocação de algumas Entidades Nacionais, Conselheiros Nacionais de Saúde ou por militantes na respectiva área, sendo que,

[...] a Participação de conselheiros de todo País veio crescendo de forma a instituir a Plenária Nacional como espaço permanente de articulação e exercício do Controle social. À medida em que crescia a participação de Conselheiros, na mesma proporção crescia a capacidade propositiva com caráter combativo em defesa do exercício efetivo do controle social (CNS, 2001a, p. 21).

Por meio de lutas, manifestações e defesas de interesses, em setembro de 2000, conquistou-se uma fonte de financiamento para o SUS, através da Emenda Constitucional nº 29. A bandeira de luta por recursos foi conquistada parcialmente, uma vez que os recursos ainda eram insuficientes, e, a partir de questionamentos feitos, por parte de segmentos envolvidos, sobre o funcionamento e organização das Plenárias é que se ampliou a discussão sobre a temática do financiamento.

A X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, contou com um número maior de participantes, com 755 delegados, representando 25 estados e o Distrito Federal. Sua estrutura de organização foi apresentada em forma de painéis com a composição de membros do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), representante de trabalhadores em Saúde, representante de usuário, Ministério Público Federal e representante da Coordenação da Plenária de duas regiões do país.

As discussões ocorreram através de eixos estruturantes tais como a resolução do CNS nº 33/1992 – Normas de Criação de Conselhos de Saúde (CNS, 1992); deliberações da XI Conferência Nacional de Saúde; Financiamento da Saúde; Emenda Constitucional nº 29; e NOB/RH (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos) do SUS. As propostas aprovadas quanto à organização e funcionamento, composição, periodicidade e realização das plenárias seguiram a partir da apresentação do Histórico e Perspectiva da Plenária e Deliberação do CNS nº 004, de 10 de abril de 2001, sobre o funcionamento das plenárias (CNS, 2001), nesse sentido o Conselho Nacional de Saúde chamou para si as discussões das Plenárias Nacionais de Conselhos, resultando na deliberação 004/2001, onde na atualidade,

[...] agrega-se um novo momento de luta, com novas bandeiras, sendo considerado o financiamento com planejamento na perspectiva da integralidade, uma delas. Planejamento na perspectiva da integralidade da saúde, desde a atenção básica até o alto custo, com base em critérios epidemiológicos e sociais, na perspectiva das necessidades sociais e de saúde, e não na ótica do mercado (BRASIL, 2007, p. 19).

A X Plenária Nacional foi organizada em forma de painéis com apresentações de temáticas relevantes, tendo um painel sobre o Histórico e Perspectivas da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - Principais Lutas do Período (CNS, 2001, 2002), conforme Anexo L. Esse painel, apresentado por Adalgiza B. de Araújo, representante da região Sul e presidente do CES/RS, através do “Histórico e perspectivas da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde” (CNS, 2001, p. 18).

Na luta em defesa pelo direito à saúde nesses espaços de participação foi possível analisar que ao longo de 7 anos, aconteceram 02 encontros nacionais, 01 congresso e 10 Plenárias, sendo que o ano de 2002, no mês de dezembro acontece a XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, contando com uma inovação em termos de publicações e organização da sua estrutura através do manual do participante deste evento, em uma parceria com o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Esse manual representa um marco da organização das Plenárias, situando o leitor, de forma sistemática, apresenta a XI Plenária e o que vai acontecer, na sua estrutura da Comissão Coordenadora, incluindo o seu programa de atividades e a proposta de Regimento Interno. Nesse manual também é apresentado o Relatório Final da plenária anterior, a X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Possibilita ao participante o entendimento da estrutura e do que transcorre na realização do evento, assim como conhecer o Histórico e Perspectivas da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde com suas principais lutas do período.

No seu histórico, a XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, contou com a participação de 759 pessoas, entre delegados, observadores e outros, representando 26 estados e o Distrito Federal. As temáticas discutidas foram distribuídas em forma de temas, tais como: Política Nacional de Capacitação de Conselheiros de Saúde; Estratégias de implantação de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) com controle social; Controle social sobre o orçamento, o financiamento do SUS e o cumprimento da Emenda Constitucional 29; Questões discutidas em Grupos de Trabalho; Reunião com Coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos, por regiões do país, com o objetivo de garantir a participação integral de todos os Estados.

Essa mudança modificou o texto da Recomendação nº 005 de 2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2004), que trata em termos estruturais de participação e composição da coordenação da Plenária Nacional que orienta que a

mesma seja composta por representantes do Conselho Nacional de Saúde e por um representante de cada Estado e do Distrito Federal, mas mantendo os demais itens da Deliberação nº 004 de 2001 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2004), que tratou da organização e funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, definindo que suas diferentes etapas serão estabelecidas em regimento e regulamento a serem apreciados na plenária seguinte.

Através das discussões, a partir dos temas desse evento, surgem resultados de uma melhor organização para garantir o controle social do SUS nas três esferas de governo; a capacitação de conselheiros de saúde, a NOB-RH/SUS, o orçamento e financiamento do SUS, com o cumprimento da EC 29 e a organização da participação de coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos.

Em decorrência da continuidade e do esforço da luta pela defesa da saúde, em maio de 2004 aconteceu a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Extraordinária, embora não tenha ocorrido a realização de Plenária de Conselhos no ano de 2003. Esta Plenária Extraordinária contou com a participação de 596 pessoas, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo uma recomendação da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN).

O desenvolvimento dos trabalhos da plenária extraordinária aconteceu em forma de painéis sobre a discussão da conjuntura econômico-social do país, os desafios para a regulamentação da EC 29 contando com Agenda nacional de mobilização, a organização e funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Como resultado das atividades dos delegados e delegadas participantes, foi apresentado um relatório de visitas aos gabinetes dos deputados reivindicando a regulamentação da EC 29. Essa Plenária Extraordinária, apresentou como luta pela defesa da saúde, mais especificamente quanto ao financiamento e sua implementação, a Agenda Nacional de Mobilização - Desafios para a Regulamentação da EC 29 (CNS, 2006), conforme Anexo M.

A agenda Nacional de Mobilização representou uma estratégia de avançar além da Plenária, tendo como objetivo principal pressionar os deputados e senadores a regulamentarem a EC 29, sendo construída em um “[...] momento de acirrados debates a respeito da regulamentação da EC 29, especialmente com a tramitação, no Congresso Nacional, do projeto de lei complementar do deputado Roberto Gouveia (PT/SP)”, que regulamenta a EC 29 (CNS, 2006, p. 205).

Essa saída do espaço da Plenária representou uma estratégia, já que conselheiros de Saúde de todo o Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e outras entidades estavam unidos em defesa de interesses, tais como: uma melhor organização para garantir o controle social do SUS nas três esferas de governo; a capacitação de conselheiros de saúde, o orçamento e financiamento do SUS, conforme a Constituição. Sendo que após a discussão das propostas “[...] todos os gabinetes dos deputados e senadores foram visitados pelos conselheiros de Saúde de seus respectivos estados com um único objetivo: obter o compromisso de cada parlamentar com a regulamentação da EC 29” (CNS, 2006, p. 206).

A agenda de mobilização estabelecida na Plenária Extraordinária demonstra o esforço dos seus participantes em defender os interesses quanto ao financiamento da Política de Saúde, ligada à aprovação e implementação da EC 29, dependendo de ações conjuntas além Plenárias na mobilização nos estados e municípios, estabelecendo o dia 4 de junho como o dia Nacional de Mobilização pela Regulamentação da EC 29. A mobilização trouxe a necessidade de serem realizadas audiências públicas organizadas pelos Conselhos de Saúde, debatendo o tema do processo de regulamentação da EC 29.

Uma série de outras ações fizeram parte da agenda de mobilização que demonstram a defesa de interesses, principalmente na organização de uma rede permanente de informação, de comunicação entre Conselhos de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) ao manter atualizações sobre o processo da regulamentação da EC 29, além de possibilitar a visibilidade dessa luta através da mídia, nos espaços de divulgação comunitários e locais e em órgãos e instrumentos de divulgação dos movimentos sociais, entidades populares e sindicais (BRASIL, 2006a).

A XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em novembro de 2004, contou com a participação de 469 delegados, conselheiros de saúde de 22 estados e do Distrito Federal, sendo que as delegações do Acre, Amapá, Roraima, Paraíba não se fizeram presentes. Apresentou como eixos estruturantes na promoção “[...] de troca de experiências e avaliações entre seus participantes, de modo a propiciar a renovação de forças e as motivações para o aprofundamento da

concepção e articulação do efetivo exercício do controle social” (CNS, 2006, p. 2011).

Como luta pela defesa de interesses, a pesquisa identifica uma articulação da Participação de Conselheiros no Ato pela Regulamentação da EC 29 na Câmara dos Deputados (CNS, 2006), conforme Anexo N. Ao atender ao convite da Frente Parlamentar da Saúde, a coordenação da Plenária articulou

[...] a participação dos conselheiros presentes em um ato pela regulamentação da EC 29, na Câmara dos Deputados. Na ocasião, parlamentares de diversos partidos e conselheiros de Saúde manifestaram-se favoravelmente à urgência da tramitação do Projeto de Lei Complementar nº. 001/2003, para assegurar o financiamento para o SUS (CNS, 2006, p. 211).

Com o crescimento da participação e articulação dos conselheiros representando as mais diversas instâncias de conselhos pelo país e conseqüente articulação em favor dos direitos conquistados na saúde, em dezembro de 2005, foi realizada a XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, sendo identificado 07 ações em defesa de interesses, constituindo-se em um maior número de expressões dessa luta em um só evento. Possui em seu histórico, um relatório da síntese da Trajetória Histórica das Plenárias Nacionais, desde o I Congresso Nacional realizado em Brasília, em 1995, até a XI Plenária Nacional, em 2002, dando ênfase às pautas e às principais resoluções.

O documento Resgate Histórico da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (BRASIL, 2007), conforme Anexo O, constitui-se como expressão da defesa de interesses desta plenária em recuperar a trajetória de lutas das plenárias realizadas para articulação de novas lutas em curso, conforme o Quadro 8, no resumo das Plenárias Nacionais de Conselhos até então realizadas. Com o passar dos anos a plenária tornou-se um movimento dos conselhos municipais, estaduais e nacional, nascido do compromisso e da necessidade de articulação entre os Conselhos de Saúde e pela capacitação para o fortalecimento da ação dos conselheiros e conselheiras.

São expressões de lutas que se transformaram em interesses em conjunto com os usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras, na formação da primeira coordenação provisória, no fortalecimento da organização e realização de futuros eventos. Essas plenárias contribuíram para o avanço do controle social no SUS,

como também para a consolidação do sistema e ao longo de sua existência travou várias lutas em defesa da saúde pública.

A questão do financiamento do Sistema Único de Saúde sinaliza como uma das bandeiras encampadas neste período, com grande mobilização pela aprovação da PEC nº 169, e contribuição para elaboração da Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Em destaque, as principais mobilizações da Plenária se situaram na questão do financiamento do Sistema Único de Saúde, na luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, junto ao Congresso Nacional, bem como na questão do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e do controle social (CNS, 2007).

Quadro 8 – Resgate Histórico da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Eventos em Defesa do Direito à Saúde (1995 a 2002)	
Ano	Evento
1995	I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde
1996	I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1997	II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1997	III Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1997	IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1998	V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1998	II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde
1998	VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1999	VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1999	VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
2000	IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
2001	X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
2002	XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Fonte: Brasil (2007), adaptado pelo autor.

Esse momento de resgate apresentado na Plenária por Eliane Cruz, Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde e Maria Elizabeth Siqueira, da coordenação Nacional de Plenárias de Saúde, da região do Pará, mostra que:

[...] com o passar dos anos a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tornou-se um movimento dos conselhos municipais, estaduais e nacional, nascido do compromisso e da necessidade de articulação entre os Conselhos de Saúde e pela capacitação para o fortalecimento da ação dos conselheiros. A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tem contribuído para o avanço do controle social no SUS, como também para a consolidação do sistema e ao longo de sua existência travou várias lutas em defesa da saúde pública (CNS, 2007, p. 11).

A partir de então, é possível identificar que as Plenárias de Conselhos, ao longo de sua história, construíram seu papel quanto “[...] instâncias de articulação

entre os Conselhos de Saúde, na deliberação das Conferências Nacionais de Saúde” (CNS, 2007, p. 19). Por se constituir uma Plenária de análise da trajetória de lutas a XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde apresenta documento o Controle Social no contexto da Conjuntura Nacional da Saúde (CNS, 2007), conforme Anexo P, como estratégia de defesa de interesses, tais como: o posicionamento contra a reforma administrativa e da previdência; reafirmação da importância da aprovação da PEC nº 169.

Quanto ao SUS, a plenária denuncia o esvaziamento do setor público em benefício do privado, manifesta-se contra a terceirização/privatizações, contra as organizações sociais, cooperativas e fundações, tendo como expositora Solange Gonçalves Belchior do Conselho Nacional de Saúde, apresentando a mesa temática aos participantes da Plenária, dando subsídios para uma reflexão em defender o SUS enquanto política de redistribuição de renda e não como política compensatória e promoção de ações conjuntas entre os conselhos de forma a ampliar o controle social numa perspectiva de “participação crítica e propositiva” (CNS, 2007, p. 19).

Ainda como resultado das reflexões da XIII Plenária, são identificados os Desafios para o Controle Social (CNS, 2007), conforme Anexo Q, como expressão de defesa de interesses, em conformidade com a análise dos documentos, em uma maior participação das pessoas: no SUS; no Controle Social; nos Conselhos de Saúde; nas Conferências de Saúde; nas plenárias de conselhos; nos fóruns da saúde; no relacionamento do controle social com o Ministério Público e o Poder Legislativo; capacitação permanente de conselheiros; melhor sistema de informações e comunicação para os conselhos; no desenvolvimento de um Pólo de educação; legislação para o controle social; e, defesa do financiamento do SUS, em conhecer esses desafios para uma nova perspectiva de enfrentamento, descritos como

[...] repensar o papel político organizativo das Plenárias de Conselhos de Saúde enquanto instância propositiva, pró-ativa; retomar o papel de articulação entre os conselhos desde os conselhos municipais; construir a Plenária enquanto movimento nacional, a partir da base municipais – estaduais e regionais (CNS, 2007, p 19).

A Plenária avança nas discussões, sendo identificado um quarto momento de defesa de interesses, segundo a análise dos documentos, quando são amplamente discutidos sobre os Caminhos e Descaminhos no Sistema de Saúde (CNS, 2007), conforme Anexo R. A apresentação de dados nessa análise parte das reflexões do



painel “A gestão como estratégia de implementação do SUS – da concepção à prática” (CNS, 2007, p. 31), apresentada pelo sociólogo Ângelo D’Agostini Júnior, faz o resgate das origens do SUS, da presença da política de saúde nas Constituições brasileiras desde 1881 até a redemocratização, em 1988.

Através do Quadro 9, Ângelo Júnior, faz uma análise crítica mostrando:

Quadro 9 – Sistema Único de Saúde - Caminhos e Descaminhos

<b>Sistema Único de saúde</b>	
<b>Caminhos</b>	<b>Descaminhos</b>
<b>Gestão</b>	
Responsabilidade do Estado que recorre ao setor privado somente quando a capacidade dos serviços públicos for insuficiente. Base legal: Constituições Federal e Estadual; Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142; Código Estadual de Saúde.	Utilização de terceirizações e Privatizações: o Estado entrega suas unidades para entidades privadas, que as gerenciam com materiais e recursos financeiros do próprio Estado com a lógica privada (fundações; consórcios; organizações sociais; centros de estudos; cooperativas).
<b>Universalidade</b>	
Atendimento a todos independentemente de idade, local de moradia, de ter carteira de trabalho ou de pagar impostos	Separação de leitos para quem tem convênio privado (dupla-porta). Atendimento apenas em determinada região. Separação de vagas sem controle público.
<b>Integralidade</b>	
Atendimento em saúde desde os serviços preventivos até o curativo; desde uma consulta geral até a mais complexa cirurgia. Entende a Saúde como garantir qualidade de vida, inserida em diversas áreas	Desativação de unidades básicas para implantar unidades que priorizam o atendimento médico. Privilegiar atendimentos mais rentáveis
<b>Equidade</b>	
Proibição de qualquer tipo de diferenciação entre as pessoas necessitadas de um mesmo tipo de atendimento.	Implantação da “cesta básica de saúde” para a população pobre. Disponibilização de parte de leitos hospitalares públicos para quem tem convênio privado.
<b>Controle Social</b>	
Existência de conferências e Conselhos de Saúde (nacional, estaduais, municipais e locais) deliberativos e com participação de 50% de usuários; 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores.	Não prestação de contas para os Conselhos de Saúde. Decisão pelas direções de entidades privadas sobre realização de atendimento e utilização de recursos, sem a participação da sociedade e prestação de contas. Conselhos que não são paritários
<b>Descentralização</b>	
Prestação de serviços prioritariamente pelos municípios, ou em parceria municípios e estados, facilitando a adequação dos serviços às necessidades epidemiológicas e sanitárias locais e o controle social.	Recentralização de serviços e repasses financeiros a partir de programas determinados nacionalmente. Unidades regionais decidem distribuição de vagas sem avaliar com municípios.
<b>Financiamento</b>	
Cumprimento da EC nº 29/2000. Manutenção dos recursos da saúde em conta bancária própria (Fundo de Saúde) com licitações e acompanhamento dos Conselhos de Saúde	Recebimento de verbas pelas entidades privadas que não realizam licitações nem apresentam contas aos Conselhos de Saúde. Inclusão de itens que não são relativos à saúde nas verbas da saúde.
<b>Recursos Humanos</b>	

Contratação de trabalhadores públicos, por meio de concursos públicos e com garantia de estabilidade para impedir o clientelismo. Criação de planos de cargos, carreiras e salários. Processo permanente de negociação.	Contratação e demissão de pessoal e pagamento de salários diferenciados com recursos públicos por entidades privadas. Salários diferenciados dentro do setor público. Pagamentos baseados em “produtividade numérica”.
---	--

Fonte: Brasil (2005); CNS (2007, p. 34-36), adaptado pelo autor, conforme anexo R.

Ângelo Júnior, mostra aos participantes da plenária os caminhos do Sistema Único de Saúde. Apresenta os princípios e diretrizes constitucionais da política de saúde e legislações do SUS, onde possibilita articular novas estratégias para o alcance de resultados condizentes com a política de saúde, voltadas para os interesses de toda a população e não somente a interesses privados. Os caminhos do SUS que deveriam ser referenciais no alcance dos princípios constitucionais de 1988, mas que, de maneira contrária, são identificados descaminhos que estão sendo trilhados.

Conforme Anexo S, pela expressão de defesa de interesses desta XIII Plenária de Saúde, no debate do Modelo de Atenção Brasil Pré-SUS (CNS, 2007), este momento foi apresentado pelo representante do Conselho Nacional de Saúde e a coordenação de Plenária Nacional de Saúde, o conselheiro Francisco Batista Júnior expõe mais uma vez um resgate do modelo de atenção à saúde, antes da existência do SUS, através da análise das Constituições brasileiras, desde 1824. Na contemporaneidade, mostra o SUS Brasil, apresentando, conforme estratégias de atenção e busca de integralidade. Traz como conclusão, uma cultura dominante que se tem sobre o SUS, e chama atenção, com um breve resumo, ao

[...] culto aos exames de média e de alta complexidade; judicialização dos medicamentos de alto custo; programa de transplantes/privatização; força de Trabalho precarizada e dividida; terceirizações da gestão pública x privatização, precarização e Risco à Universalidade (CNS, 2007, p. 37-43).

Identificado como expressão de defesa de interesses, ainda nesta XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, a pesquisa identifica a Carta aberta ao controle social e a todas as cidadãs e os cidadãos brasileiros (CNS, 2007), do Conselho Nacional de Saúde, conforme Anexo T, demonstra o interesse da Plenária em se posicionar favorável ao apoio integral da Carta, em destinar um conteúdo informativo sobre lutas enfrentadas para defender o Sistema Único de Saúde, referente ao financiamento por meio de discussões e mobilizações dos conselheiros participantes através das suas ações realizadas, solicitando a sensibilização dos

poderes Executivo e Legislativo nas três esferas de governo quanto à regulamentação da EC 29 (CNS, 2007).

Os conselheiros reunidos na XIII Plenária se posicionam, conscientes da realidade na sua atuação cotidiana, expressando repúdio à política em curso, dispensada ao financiamento do SUS, “[...] apoiando a imediata regulamentação da EC 29 e a aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária, visando sua implementação e aplicação em defesa da saúde do cidadão” (CNS, 2007, p. 62), já nas discussões pela aprovação do documento consideram

[...] a falta de Controle Social nas áreas financeira, fiscal e tributária nas três esferas de governo, bem como a Lei de Responsabilidade Fiscal com a ausência de uma Lei de Responsabilidade Social, a obediência da ordem econômica mundial que prioriza pagamentos de dívidas financeiras em detrimento da dívida social que se traduz em uma política que objetiva aumentar (cada vez mais) o superávit primário e a sua repercussão na comunicação de massa como a maior prioridade de governo (CNS, 2007, p. 62).

Ainda como expressão identificada como defesa de interesses nessa XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, a luta pelo direito à saúde tem continuidade, novamente em extrapolar os espaços da Plenária, na realização de Atividades no Congresso Nacional pela regulamentação da EC nº 29 (CNS, 2007), conforme Anexo U.

Os conselheiros presentes nessa Plenária realizaram uma mobilização em torno da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, durante a tarde do 7 de dezembro de 2005, no Congresso Nacional. Essas atividades foram realizadas através de visita aos gabinetes dos deputados e senadores, no sentido de convencê-los da importância de inclusão do Projeto de Lei (PL) nº 01/2003 na pauta da Câmara ainda em 2005, já aprovada em todas as comissões. Em seguida foi realizada uma audiência com o presidente da Câmara de Deputados, com a entrega da carta aprovada na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Um terceiro momento dessas atividades no Congresso Nacional foi a participação de Reunião com o relator do Orçamento da União, na qual os conselheiros nacionais e representantes da Plenária levaram documento elaborado pela Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) com as posições do Conselho Nacional de Saúde sobre o orçamento da saúde (CNS, 2007).

No ano de 2006 não acontece realização da Plenária, somente em abril de 2007, é realizada a XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Traz como eixos

estruturantes para discussões apenas duas temáticas, o controle social no Pacto pela Saúde e a terceirização de Gerência e Gestão do SUS. Apresenta um crescimento na participação de 855 conselheiros de saúde, representando 27 estados e 333 municípios e o Distrito Federal.

Tem no seu relatório final a busca de alternativas para a efetivação do controle social nas três esferas de governo, apresentando as dificuldades enfrentadas pelos conselheiros e algumas alternativas visando o seu fortalecimento. Com a realização de dois eventos em defesa da saúde, fora da Plenária, no decorrer do 11 de abril de 2007, foram realizadas atividades no Congresso Nacional com a mobilização pela aprovação do PL 001/2003, na regulamentação da EC 29/2000.

O evento foi marcado por uma discussão muito intensa sobre as terceirizações, tendo em vista os seus avanços na Gestão do SUS, com problemas de gerência, autonomia, estabilidade, identificando a inexistência do controle social através dos Conselhos de Saúde, na conclusão de que houve um intenso retrocesso na participação da sociedade.

Apresenta como defesa de interesses na defesa da saúde universal um resgate das Bandeiras de lutas encampadas pela Plenária (CNS, 2007), conforme Anexo V, onde são destacadas as bandeiras de lutas, encampadas durante esses anos, pela apresentação do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, para conhecimento dos participantes,

[...] a luta incansável em defesa do Projeto de Emenda Constitucional (PEC nº 169/93) que resultou na Emenda Constitucional (EC 29/00), manifesto em defesa do SUS; a comunicação entre os Conselhos de Saúde e a Sociedade; a modificação da Resolução nº 33/92 do CNS que se transformou na Resolução nº 333/2003 do CNS; e, ultimamente o grande movimento pela regulamentação da EC nº 29/00; participação do controle social no Pacto pela Saúde; e, luta contra a Terceirização de Gerência e Gestão do SUS (CNS, 2007, p. 73).

Foi realizado um Ato Político - Atividades no Congresso Nacional com mobilização pela aprovação do Projeto de Lei (PL 001/2003), na regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (CNS, 2007), conforme Anexo W, constituindo-se como uma expressão da defesa de interesses contida na XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Além da Plenária foram realizadas atividades no Congresso Nacional, com a participação de cerca de 1.200 conselheiros de saúde, através da

[...] concentração no Congresso Nacional às 9 horas, Ato Político pela Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que garante

investimento mínimo nas três esferas de governo para a saúde, ou seja, 10% pela União, pelos 12% estados e Distrito Federal e 15% pelos municípios. A mobilização contou com a presença de representações dos conselhos estaduais, municipais, entidades e movimentos sociais e sindicais ligados à área de Saúde, parlamentares de vários partidos abraçaram a causa e se uniram aos manifestantes pela aprovação do Projeto de Lei nº 001/2003, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29/2000. (CNS, 2007, p. 69).

A XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em novembro de 2008, possui como objetivos principais, discutir os 20 anos do SUS, com seus desafios e perspectivas, financiamento da Saúde, regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e o fortalecimento da gestão pública no SUS. Na solenidade de abertura foi apresentado um vídeo institucional em homenagem aos 20 anos de SUS, relatando histórias de usuários e os benefícios que a política pública tem contribuído para a população. O vídeo mostra os “[...] 20 anos democratizando a saúde, 20 anos transformando um direito constitucional numa realidade cotidiana para todos os brasileiros” (CNS, 2013, p. 10).

A Plenária apresenta como luta em defesa da saúde universal um Ato Público pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (CNS, 2008, 2013), conforme Anexo X. Nesse ato público, como consta na programação, após a mesa de abertura,

[...] em seguida como parte da programação, os conselheiros e conselheiras seguiram em passeata até o Congresso Nacional onde foram recebidos pelo Presidente da Câmara dos Deputados que se comprometeu trabalhar para aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e pela retirada do Projeto de Lei nº 092 de 2007 (CNS, 2013, p. 50).

Nesse ato público, além da luta pela aprovação da EC 29, foi discutida a luta pela retirada do Projeto de Lei Nº 092/2007, que tratava de regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal (BRASIL, 2006), para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público, um ataque aos princípios do SUS, ao estabelecer que o Poder Público poderia instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, nas áreas de atuação que especifica, neste caso, a saúde, o que se expressa na realidade na pretensão de criar fundações de direito privado na saúde e outras políticas públicas.

Outra ação concreta realizada nesta XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, conselheiros e conselheiras reunidos na plenária expressam 11 principais desafios para implementação do SUS através da criação e aprovação do Manifesto

da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (CNS, 2008, 2013), conforme Anexo Y. O manifesto cita que a Plenária,

[...] ao analisar a conjuntura da saúde pública no Brasil, percebeu que há muitos e grandes desafios, sendo o maior deles o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, enquanto política pública de Estado, visando a qualidade de vida e o direito à cidadania de forma sustentável para toda a população (CNS, 2013, p. 74).

Os eixos estruturantes da plenária que dão sustentabilidade às mesas redondas, formadas nessa plenária de acordo com um tema, relação dos expositores e seguintes funções de coordenação e relator da mesa, seguem com o formato de explanação de cada apresentador com suas exposições sobre a temática da mesa, conforme Quadro 10.

Quadro 10 – Apresentação da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2008

<b>Eixos Estruturantes da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2008</b>
1 - Financiamento de Saúde/Emenda Constitucional nº 29;
2 - Gestão Pública do SUS;
3 - Pacto Pela Saúde em Defesa do SUS e de Gestão e Fortalecimento do Controle Social.

Fonte: CNS (2008), adaptado pelo autor.

Nesse relatório de plenária são apresentados anexos que demonstram maior complexidade das ações e correspondem as suas ações da seguinte forma: Anexo I - Regimento Interno, sendo esse documento a noção de normatização da plenária e da estrutura; Anexo II - Manifesto da XV plenária dirigido ao CNS, ao Ministério da Saúde e à sociedade brasileira, sendo elencados os resultados das proposições da plenária; Anexo III - Propostas da Plenária Final, com devidas apreciações e deliberações das Mesas Redondas; Anexo IV - Apresentação das Moções; Anexo V - Apresentação da programação do evento realizado; Anexo VI - Apresentação da comissão organizadora. Como divulgação da realização desta plenária, de forma mais organizada, seu conteúdo está disponível em no *site* do Conselho Nacional de Saúde.

A XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, assim como a plenária anterior também está disponível no mesmo documento compilado no *site* do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizada somente dois anos depois da anterior, em novembro de 2010. Há um registro de crescimento do número de participantes inscritos por estado totalizando 1284 participantes.

Sua apresentação em relatório, demonstra uma preocupação com as apresentações, desde a apresentação da comissão organizadora da plenária por estados e suas representações; a apresentação das comissões de trabalhos da plenária, dividida em três partes, tais como: comissão de acolhimento, comissão de apoio e logística e comissão de comunicação; e, apresentação do relatório final da plenária.

Essa plenária merece destaque pelo formato como é apresentada, na preocupação do relatório que detalha como aconteceram os momentos articulados, através do registro de texto e fotografias, na apresentação dos coordenadores estaduais da plenária, apresentação do Conselho Nacional de Saúde, apresentação da comissão de relatoria da plenária, assim como apresentação de outros momentos da plenária registrados através de fotografias.

Na sua estrutura, segue com a apresentação da mesa, acolhimento, leitura e aprovação do Regulamento e com apresentação da coordenação. Apresenta ainda quatro eixos estruturantes, de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 11 – Apresentação da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2010

<b>Eixos Estruturantes da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2010</b>
1 - Modelo de Gestão do SUS;
2 - Agenda Política do CNS/2010
3 - Financiamento do SUS – Regulamentação da EC nº 29
4 - 14ª Conferência Nacional de Saúde com o Tema: Gestão do SUS

Fonte: CNS (2010), adaptado pelo autor.

Segue com aprovação do regulamento com destaques, entendidos como alterações. Em seguida, com uma dinâmica de reivindicações, foi realizada a leitura da recomendação à Presidente Dilma Rousseff, da nomeação do Ministro da Saúde, sendo que foi aprovada pela Plenária a Recomendação de Propostas à Presidente Dilma Rousseff, com apresentação do documento na íntegra, com 11 propostas (CNS, 2010, 2013), conforme Anexo Z.

As recomendações em forma de propostas são resultado de “[...] um amplo debate reflexivo sobre a conjuntura e a situação da saúde pública no Brasil, assim recomendam a presidenta eleita Dilma Rousseff que no ato de nomeação do (a) ministro (a) da saúde [...]” (CNS, 2013, p. 141) fosse considerado um perfil definido através de 11 propostas, tais como, destacando as quatro primeiras que se referem mais diretamente à luta pela defesa da saúde, tais como:

1. Ter compromisso com os Princípios e Diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS;
2. Compromissar com a Identificação e Interlocação com os Movimentos Sociais, Populares e de Saúde, em defesa do SUS;
3. Tenha um Passado Histórico de Militância e trajetória na Construção e Defesa do SUS;
4. Não tenha Vínculo direto ou indireto com o Setor Privado (CNS, 2013, p. 141).

Outro posicionamento identificado da Plenária na defesa de interesses, na discussão e aprovação de mais uma ação, foi destacado como apoio ao presidente do Conselho Nacional de Saúde, submetendo ao plenário, sendo referendado, com apresentação do documento na íntegra a Nota de Apoio ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2010, 2013), conforme Anexo AA, com 06 pontos em destaque.

Os Coordenadores Nacionais de Plenária de Conselhos de Saúde assinaram o documento, tendo em vista o processo eleitoral para renovação da Mesa Diretora e da Presidência do Conselho Nacional de Saúde, no mês de dezembro de 2010, destacando apoio ao companheiro Francisco Batista Júnior como Presidente do Conselho Nacional de Saúde para o período 2010/ 2011. Esse momento de discussão traz uma perspectiva de defesa quando a exposição de motivos traz a importância da luta para barrar “o processo de criação de fundações estatais” (CNS, 2013, p. 142).

A realização das Plenárias e o seu registro através dos relatórios e publicização demonstram estratégias para difundir essa nova forma de manifestação de defesa de interesses, porém, a dificuldade de encontrar registros da XVII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde demonstra a possibilidade de enfraquecimento desses eventos, sendo que a apresentação dos relatórios fortalece a luta pelo conhecimento de como esses movimentos acontecem em defesa do direito à saúde, constituindo-se em um espaço vazio entre toda a história das plenárias. Essa discussão revela a importância da realização do evento, mas também em uma melhor articulação do registro do que ocorreu, que de certa forma, esses relatórios são produzidos, porém, necessitam serem apresentados à sociedade.

A XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Ampliada, mesmo se constituindo em uma nova forma de participação ampliada dos Conselhos de Saúde e outras entidades representativas do movimento em defesa da saúde, não apresenta registro de relatório publicizado, detectando apenas um histórico da participação de 601 pessoas ao responderem um questionário de avaliação. O



material conseguido veio por meio de uma solicitação direta ao Conselho Nacional de Saúde, via Conselho Municipal de Saúde de Picos, conforme Anexo 40.

Na apresentação de avaliação da plenária, conforme segue: 1 – Avaliação das atividades do encontro, quanto à plenária e participação dos expositores e comentários; 2 – Avaliação da organização das atividades, com relevância do encontro na prática; pertinência, atualidade e inovação das temáticas abordadas; organização e distribuição das atividades; adequação dos recursos às atividades realizadas; horários e períodos programados e comentários da avaliação da organização; 3 – Avaliação da infraestrutura e recursos educacionais; instalações físicas das salas de trabalho; recursos disponíveis e comentários da avaliação da infraestrutura; 4 – Avaliação do encontro com comentários e/ou sugestões de melhoria.

Após a XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Ampliada inaugurar em maio de 2014 uma abertura deste espaço de discussão mais ampliado, participação e luta em defesa do direito à saúde, a XIX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, realizada em abril de 2015, apresentou a participação além Conselhos de Saúde, com Entidades, Movimentos Sociais e Populares que são convidados a discutir a situação da política de saúde brasileira e apresentar propostas em defesa de seus interesses.

Apresenta em seu histórico uma estrutura de organização na condução do evento com credenciamento e acolhimento, Mesa de Abertura, Mesa II, Mesa III, Mesa IV, Mesa V e Ato Público. Tem como eixos estruturantes a organização e mobilização para alcançar os objetivos da 15ª Conferência Nacional de Saúde; o fortalecimento da Democracia, a Defesa dos Direitos Sociais e Saúde, a Defesa dos Direitos Sociais e do SUS, a Reforma Democrática e Política, a democratização dos meios de comunicação e, o Ato Público expresso na forma de Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

Como movimento de luta em defesa do direito à saúde foi aprovado o Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares com Ato Público com Abraço Simbólico ao Edifício sede Ministério da Saúde, na Esplanada dos Ministérios (CNS, 2015a, 2015b), conforme Anexo AB, que transcorreu com uma ação iniciada nos meses anteriores,

com cinco plenárias populares em todas as regiões do país, parte das estratégias de ampliação da base social de participação na XV Conferência Nacional de Saúde.

O encontro foi encerrado com um manifesto público em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), que incluiu um abraço simbólico no edifício sede Ministério da Saúde, na Esplanada dos Ministérios; a leitura de um documento aprovado pela plenária pedindo a extinção de medidas em tramitação no Congresso Nacional que consideram nocivas à sociedade, e uma caminhada em direção ao gramado do Congresso (CNS, 2015b, p. 30).

Os participantes da XIX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e Sociais, apresentam o manifesto em virtude da atual conjuntura nacional de ataque aos direitos sociais, trabalhistas e ao SUS.

Como movimento em defesa de interesses, ainda foi elaborado um documento em que os Participantes da 19ª Plenária enviaram uma Carta Aberta aos presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal (CNS, 2015a; CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SANTA CATARINA, 2015), conforme Anexo AC, reafirmando a luta em defesa da saúde como direito de cidadania e do fortalecimento do SUS universal, com ampliação do acesso integral aos serviços públicos de saúde para todo o povo brasileiro (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SANTA CATARINA, 2015). Essa luta, representada na 19ª Plenária Nacional, adota um posicionamento de defesa de interesses quando solicita:

- A suspensão imediata da tramitação do Projeto de Lei nº 4.330, que libera a terceirização em todos os ramos de atividades;
- A revogação do artigo 42 da Lei nº 13.097/2015, que autoriza a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde, ferindo diretamente a soberania nacional na condução das políticas de saúde;
- A revogação da Emenda Constitucional nº 86/2015, do Orçamento Impositivo, que torna obrigatória a execução das emendas parlamentares e altera a metodologia de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo consideravelmente o montante de recursos federais destinado à saúde pública;
- A rejeição das MPs 664 e 665, que tratam respectivamente das alterações nos planos de benefícios da previdência social e alteram o programa de seguro desemprego, provocando retrocessos em direitos conquistados após décadas de luta da classe trabalhadora;

- A rejeição da Proposta de Emenda Constitucional nº 451/2014 que obriga a concessão de plano de saúde a trabalhadores urbanos e rurais pelo empregador;
- A imediata aprovação do PLP nº 130/2012 que institui o imposto sobre grandes fortunas revertido para o financiamento das ações e políticas de saúde;
- A apreciação e aprovação do Projeto de Lei Complementar nº 251/2005, que aumenta o gasto com pessoal para até 75% dos recursos financeiros destinados à saúde;
- A apreciação e aprovação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013, destacado como 'Saúde + 10', que determina a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento do SUS.

Diante do exposto, os dois textos destacados no manifesto e na carta aberta apresentam posições em defesa do SUS, da democracia participativa e em repúdio às tentativas de mudança na legislação brasileira que promovem a redução de direitos sociais da população (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SANTA CATARINA, 2015).

A última plenária realizada, a XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares foi realizada em agosto de 2016, traz como tema central: O SUS do tamanho da necessidade do povo brasileiro. Essa plenária não possui documento publicado, mas o seu relatório foi disponibilizado diretamente pelo Conselho Nacional de Saúde, através do Conselho Municipal de Saúde de Picos, conforme Anexo 40, que diante da solicitação desta pesquisa, possibilitou o acesso aos arquivos. Apresenta os eixos estruturantes, conforme o Quadro 12:

Quadro 12 – Apresentação da XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares – 2016

<b>Eixos Estruturantes da XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2016</b>
1 - Modelos institucionais de Sistema de Saúde;
2 - A integralidade da Saúde no Fortalecimento do SUS;
3 - Os fatores determinantes para o a consolidação do SUS e do Direito à Saúde;
4 - Eleições Municipais e o Fortalecimento do SUS e do Controle Social.

Fonte: CNS (2016b), adaptado pelo autor.

A percepção das ações em defesa de interesses presente na XX Plenária Nacional de Conselhos, Entidades e Movimentos Sociais presente na Carta aos Candidatos e Candidatas - O CNS pede compromisso de candidatos com o SUS (CNS, 2016a, 2016b;), conforme Anexo AD, em mais uma manifestação onde os Participantes da Plenária se manifestam em Painel e dizem porque defendem o SUS (CNS, 2016a, 2016b), conforme Anexo AE.

Com o objetivo de identificar as principais convergências e divergências provenientes da disputa entre interesses nas Plenárias, conforme o Quadro 13:

Quadro 13 – Resgate histórico de ações realizadas na defesa de interesses em 22 anos

<b>Ações em Defesa de Interesses – Documentos</b>		
<b>Documentos que manifestam ações em Defesa de Interesses</b>	<b>Ano</b>	<b>Evento</b>
1 - Carta de Salvador	1995	I Congresso
2 - Manifesto em Defesa do SUS	1996	I Plenária
3 - Manifesto da II Plenária de Conselhos de Saúde	1997	II Plenária
4 - Manifestação Pró-Sus pela PEC 169/93	1997	III Plenária
5 - Luta pela aprovação da PEC 169/93	1997	IV Plenária
6 - Audiências no Congresso Nacional	1997	IV Plenária
7 - Propostas Aprovadas na V Plenária	1998	V Plenária
8 - Mobilização do Movimento em Defesa da Saúde Pública	1998	VI Plenária
9 - Carta Aberta em Defesa da Saúde	1998	VI Plenária
10 - Diagnóstico do Controle Social em Saúde no Brasil	1999	VIII Plenária
11 - Manifestações no Congresso Nacional em favor da PEC 169/93	2000	IX Plenária
12 - Histórico e Perspectivas da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - Principais Lutas do Período	2001	X Plenária
13 - Agenda nacional de mobilização - Desafios para a regulamentação da EC 29	2004	Extraordinária
14 - Participação de Conselheiros no Ato pela Regulamentação da EC 29 na Câmara dos Deputados	2004	XII Plenária
15 – Resgate Histórico da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	2005	XIII Plenária
16 - O Controle Social no contexto da Conjuntura Nacional da Saúde	2005	XIII Plenária
17 - Desafios para o Controle Social	2005	XIII Plenária
18 - Sistema Único de Saúde – Caminhos e Descaminhos	2005	XIII Plenária
19 - Debatendo o Modelo de Atenção do SUS	2005	XIII Plenária
20 - Carta Aberta ao Controle Social e a Todas as Cidadãs e os Cidadãos brasileiros	2005	XIII Plenária
21 - Atividades no Congresso Nacional pela regulamentação da EC Nº 29	2005	XIII Plenária
22 – Bandeiras de lutas encampadas pela Plenária	2007	XIV Plenária
23 - Ato Político - Atividades no Congresso Nacional com mobilização pela aprovação do Projeto de Lei (PL 001/2003) – Regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29/2000	2007	XIV Plenária
24 - Ato Público pela regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29	2008	XV Plenária
25 - Manifesto da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	2008	XV Plenária
26 - Recomendação de Propostas à Presidente Dilma Rousseff, com apresentação do documento na íntegra, com 11 propostas.	2010	XVI Plenária
27 - Nota de Apoio ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde	2010	XVI Plenária
28 - Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares - Ato Público com Abraço Simbólico ao Edifício sede Ministério da Saúde, na Esplanada dos Ministérios	2015	XIX Plenária

29 - Participantes da 19ª Plenária enviam Carta Aberta aos presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal	2015	XIX Plenária
30 - Carta aos Candidatos e Candidatas - O CNS pede compromisso de candidatos com o SUS	2016	XX Plenária
31 - Participantes da Plenária se manifestam em Painel e dizem porque defendem o SUS	2016	XX Plenária
32 – Resolução CNS nº. 534, de 19 de agosto de 2016	2016	XX Plenária

Fontes: CNS (2001, 2002, 2006, 2007, 2008, 2010, 2013, 2015a, 2015b, 2016a, 2016b); Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina, (2015), adaptado pelo autor.

O quadro acima apresenta a defesa de interesses no direito à saúde, através de um estudo ao longo dos vinte e dois anos o que é mostrado como resultado das Plenárias Nacionais, ao analisar as manifestações de defesa de interesses, mobilizadas, conforme segue apresentado, com um resgate histórico de ações realizadas em defesa do direito à saúde nessas instâncias participativas.

Ainda na análise da Resolução CNS nº 534, de 19 de agosto de 2016 (CNS, 2016a; 2016b), conforme Anexo AF, que apresenta claramente posições de defesa, quando expressam posição contrária à PEC 241, uma Proposta de Emenda à Constituição para criar um teto para os gastos públicos que congela as despesas do Governo Federal, com cifras corrigidas pela inflação, por até 20 anos. Nesta resolução a Plenária, de forma atualizada com os acontecimentos recentes de desmantelamento da saúde no país critica medidas que visem reduzir os investimentos públicos em saúde.

A pesquisa mostra que o resultado da articulação de conselheiros e conselheiras de saúde, representando os Conselhos de Saúde de todo o país, na realização do Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, no ano de 1994, e o Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, no ano de 1995, possibilitaram o surgimento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em 1996. Esses eventos acontecem após os resultados materializados das lutas pelo direito na saúde, na legislação e no controle social.

A realização de todos os eventos em defesa do SUS, destacados em Encontros, Congressos e Plenárias, mostra a continuidade e resistência dos esforços dos conselheiros e conselheiras em favor da luta pela garantia de uma saúde universal e democrática, para toda a população do país, de como foi possível ir além das Conferências e Conselhos de Saúde, na perspectiva defender de seus interesses.

## **5.2 Direito à saúde no Brasil contemporâneo: conflitos de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares**

As Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais tornam-se novos espaços de articulação de lutas em defesa do direito à saúde na efetivação da política pública de saúde. Destaca-se a importância desses espaços na luta pela efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais na saúde, na análise dos documentos que apresentam ações em defesa de interesses, identificando o esforço dos conselheiros e conselheiras, suas estratégias e continuidade da luta pelo direito à saúde, a partir dos conflitos de interesses identificados no estudo desses eventos por meio da pesquisa documental, análise dos documentos e relatórios dos eventos.

As ações que surgem no conjunto identificado dos ataques à política de saúde que geram comportamentos dos usuários e usuárias, assim como trabalhadores e trabalhadoras, em defesa de seus interesses coletivos, tais como em ampliar a discussão acerca do financiamento da política pública da gestão; da gestão, da terceirização, da privatização através de Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado; do Modelo de Atenção; e, do Controle Social, nas mudanças das resoluções do CNS nº 33/1992 e 333/2003, assim como a intensificação de capacitações de conselheiros em todo o país.

A importância do conjunto de ações em reunir a participação dos conselhos, entidades e movimentos sociais e populares, na defesa de interesses em um recorte temporal de vinte e dois anos, refletem-se na realização de audiências, debates, nota de apoio, recomendação, resolução, cartas, diagnósticos, manifestações e manifestos como movimentos em direção da discussão do direito à saúde, como foi conquistado e a possibilidade de enfrentamento e luta pelo direito social como conquista que deve ser direcionado pelo Estado em favor de toda a população do país.

A pesquisa aponta vantagens da existência das plenárias como espaços de articulação e mobilização das lutas da saúde em garantir direitos, nas disputas e na defesa de interesses, a partir de uma agenda de defesa de interesses formulados nas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde e presente na busca de efetivação da política pública de saúde através da legislação e do esforço em defesa

do direito à saúde. As ações materializadas, apesar de demonstrar conflitos em uma sociedade de contradições, são necessárias para garantir a efetividade do que foi expresso na legislação, fruto de uma conquista materializada no direito à saúde universal.

No campo da tensão, da luta e da defesa pelo direito à saúde universal, é importante destacar a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, impulsionada pela participação ativa de diversos segmentos da sociedade, de novas possibilidades de um modelo democrático da política de saúde, como um grande espaço de mobilização nacional, participação e pressão popular (COTTA, 2009). Nesse sentido, a abertura democrática no Brasil possibilitou a realização da VIII Conferência de Saúde, afirmando a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e democrático, ao garantir a participação social na formulação das políticas de saúde (PAIM, 2008).

Dessa forma, o direito à saúde, apresentou-se como política pública de saúde, resultado do esforço inicial e do processo de luta de interesses antagônicos, destacado no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que muito representou a luta pela democracia na saúde, a partir da década de 1970. Porém, com os ataques que o direito à saúde tem sofrido, a busca pela efetivação da saúde como assistência integral e gratuita tem sido uma luta constante até os dias atuais, em meio à regressão de direitos que tem se apresentado na contemporaneidade.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, com seu ideário de saúde como um direito, traz a participação democrática dos atores sociais na luta por melhores condições de saúde (BRAVO, 2011). Porém, apesar dos avanços da política de saúde, mesmo com as conquistas na legislação, ainda existe a necessidade de lutar por uma consciência sanitária, diante da falta de efetividade das políticas públicas e de interesses distintos.

O conjunto do direito à saúde, materializado na Constituição de 1988 (BRASIL, 2006) e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), assim como a participação da sociedade na gestão, na lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), tornam a Política Nacional de Saúde um campo de tensão entre ideias antagônicas de projetos distintos de classes na luta por direitos, seja pelo direito à saúde universal, integral e equânime ou pela proposta privatista na saúde. Ao serem definidos os princípios e diretrizes para organização e funcionamento do SUS, são apontadas as condições para a promoção da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes como demandas a serem concretizadas através da Política Nacional de Saúde. A saúde, como política pública, deve ser uma obrigação do Estado em favor do coletivo e não como um serviço privado complementar.

O atendimento das demandas em favor do direito à saúde, constituídas como garantias inerentes a efetivação constitucional, deveriam ser consolidadas através da gestão e do também do processo participativo. Porém, mesmo estando os direitos garantidos, por se constituírem em políticas públicas, não se consolidou como uma efetiva ação em benefício dos usuários, transformando-se, muitas vezes, em negação do direito na saúde, refletidos no processo de privatização da saúde, diminuição do orçamento e uso do fundo público em benefício de rentistas. As Plenárias avançam na denúncia do esvaziamento do setor público em benefício do privado e apresentam lutas constantes contra a terceirização e privatizações, organizações sociais, cooperativas e fundações no setor de saúde.

Os conflitos de interesses existem devido às contradições existentes na sociedade, percebidos através das reivindicações nos espaços onde a participação se constitui como elemento importante para discussão de como a política pública está sendo definida e quais são as consequências para a população usuária do sistema de saúde. Muitas são as conquistas da sociedade civil brasileira a partir dos direitos garantidos, devido sua grande mobilização social, aliadas aos enfrentamentos ocorridos nos Movimentos Populares em Saúde, no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Esse enfrentamento possibilitou que as leis do SUS fossem implantadas na Constituição de 1988, e, em disputas seguintes, na conquista das leis orgânicas da saúde, que instituíram o Sistema Único de Saúde e a participação social, na política de saúde, porém, de forma contraditória, o projeto neoliberal privatizante apresentou interesses contraditórios e avançou no desmantelamento da política pública de saúde no país, implicando na diminuição do orçamento público e redução investimento em públicas de saúde, assim como no enfraquecimento dos espaços de participação juridicamente instituídos, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

O estudo do orçamento deve ser considerado como um elemento importante para compreender a política social, ao refletir a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos, bem como a definição



de quem vai arcar com o ônus do financiamento dos gastos contidos no orçamento, que deve ser garantido pelo Estado. Sendo que esses dimensionamentos dos gastos permitem compreender e mensurar a importância dada a cada política pública no contexto histórico da conjuntura econômica, social e política no país (SALVADOR *et. al.*, 2012).

As contradições na política de saúde são identificadas no SUS real, enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado. O SUS real vai consolidar-se como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado, como enfatiza a convivência de três grandes subsistemas na saúde no país como o SUS público, destinado a toda a população, o sistema de saúde de atenção médica suplementar destinado a uma parcela que possui planos de saúde e o sistema privado, com desembolso direito (MENDES, 2005), como consequência desses conflitos de interesses surge o desmantelamento da política pública de saúde.

Assim, na contemporaneidade, percebe-se a precariedade da saúde pública, pela redução do orçamento, diminuição dos serviços de saúde para a população, seja no contexto global ou local, distanciando-se da efetividade da política pública de saúde e do SUS, conforme disposto no texto Constitucional de 1988. O Conselho Nacional de Saúde, tem denunciado ataques que o modelo econômico adotado pelo país tem dispensado à saúde, ao representar “[...] uma ameaça permanente aos avanços até aqui conquistados na construção democrática do Sistema Único de Saúde [...]” (CNS, 2006, p, 125). Essa abordagem de desmonte dos serviços públicos de saúde vem com a intenção de desqualificar os serviços de saúde públicos, gerar insegurança para os usuários, além de apresentar a ideia de que somente a iniciativa privada possui a qualidade necessária para o atendimento às pessoas.

As plenárias como novos espaços de participação ampliados resgatam a luta pelo direito à saúde na perspectiva democrática e universal, na defesa dos direitos sociais estabelecidos na Constituição de 1988. Apresentam posicionamento a favor da saúde pública, conclamam a participação dos movimentos populares na busca de aproximação entre os conselhos e a sociedade, caracterizados como defesa de seus interesses. As plenárias juntamente com os Conselhos Estaduais e Municipais reafirmam seu compromisso com a garantia dos direitos na defesa da saúde,

manifestam rejeição à redução de recursos imposta pela equipe econômica do Ministério da Saúde, como foi a defesa do SUS, apresentada na luta pela aprovação da PEC 169/1993.

A inclusão da participação agrega aos movimentos sociais e populares e entidades representativas na luta por direitos na saúde a partir das Plenárias Nacionais Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais, no ano de 2015, por meio de pautas reivindicativas, cartas, manifestos e ações concretas tem sido uma luta dos conselheiros e conselheiras. A defesa de interesses, por parte desses sujeitos resiste através das plenárias e mostra sua importância através da continuidade de ações através das pautas levantadas e discussões em mesas redondas e painéis nesses eventos realizados na perspectiva de disputas, mesmo diante do desmantelamento de todo um arcabouço de lutas e conquistas do Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro, assim como destacado também nos ataques neoliberais ao fundo público (SALVADOR *et. al.*, 2012) e da contrarreforma na saúde (SOARES, 1993).

O debate sobre a disputa pelo direito à saúde foi analisado a partir das configurações do processo de restrição dos direitos que ocorrem no conjunto da sociedade, partindo dos mecanismos de mediação da política pública de saúde na perspectiva de investigar a defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos e Movimentos Sociais. Em um contexto em que a regressão de direitos se torna cada vez mais acentuada, torna-se necessário intensificar os movimentos de resistência no combate a retirada de direitos da política pública de saúde por meio da defesa de interesses. O surgimento das Plenárias de Conselhos resulta de um processo de discussão que apresentou uma série de reivindicações e insatisfações de como a política de saúde estava sendo tratada.

A política de saúde, como parte do conjunto de políticas sociais do sistema de Seguridade Social, tornou-se um espaço de grande tensionamento e alvo da ofensiva do ajuste neoliberal do Estado (SOARES, 2013). As garantias de direitos sociais conquistados sofrem constantes ataques neoliberais como a diminuição dos investimentos na saúde pública, materializados na diminuição de direitos na assistência à saúde. Conforme Salvador (2010), quando trata da ofensiva do capital, essa investida traz sérios riscos à proteção social e às conquistas sociais, quando afirma que “[...] a nova fase de acumulação capitalista vai ser capitaneada pela

esfera financeira, e no campo ideológico o velho liberalismo se veste com a ‘nova’ roupagem, rebatizado de neoliberalismo” (SALVADOR, 2010, p. 92).

A luta pelo direito à saúde apresentada nas Plenárias de Saúde tem sido intensificada diante dos ataques aos direitos sociais conquistados com a diminuição dos investimentos na política pública de saúde e o avanço do neoliberalismo e pelo uso do fundo público que deveria ser em benefício das políticas públicas e dos direitos sociais, sendo utilizado para pagamento dos juros da amortização da dívida pública, por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), como um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado.

No Anexo AB, que trata o Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e sociais, no ano de 2015, em virtude da atual conjuntura nacional de ataque aos direitos sociais, trabalhistas e ao Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as diversas manifestações de defesa e que apresentam no manifesto, destacam o posicionamento pelo fim da DRU (CNS, 2015a, 2015b).

Uma das principais formas da realização do fundo público, conforme relata Salvador *et. al.* (2012), acontece por meio da extração dos recursos da sociedade na forma de impostos (diretos e indiretos), contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida. Com isso, a sua expressão mais visível é o orçamento público. Para fazer a apropriação do fundo público, um dos mecanismos fundamentais utilizados foi a utilização da Desvinculação de Receitas da União, sendo que as plenárias também avançam em reivindicar a correta vinculação das receitas da união em favor do orçamento da saúde.

A XIX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e Sociais, no ano de 2015, adota no seu manifesto o posicionamento de defesa incondicional do SUS público, universal, de qualidade e sob a gestão pública e direta do Estado, no regime de direito público, pela criação do Imposto sobre Grandes Fortunas no aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira e pelo fim da Desvinculação de Receitas da União.

Segundo Sousa (2014), a negação do direito à saúde como direito universal é resultado da desigualdade gerada pelo processo de exploração do capital que

transforma tudo que é lucrativo em mercadoria. A reforma do Estado no Brasil, impulsionou a ofensiva privatizante, confrontando-se com os princípios do SUS, particularmente, a universalização da saúde. A perspectiva do direito social se constitui pelo acesso à saúde de todos, de forma igualitária, garantida pelo Estado, de caráter público e universal.

Entretanto, na sociedade capitalista estes direitos não excluem a perspectiva do mercado, que aparece como suplementar, extensiva a quem pode pagar, “[...] constituindo-se em estratégia de privatização, embora se gaste propostas para o mercado subsidiar a universalidade por meio da popularização de planos privados, uma ofensiva que fere o conteúdo universal do SUS” (SOUSA, 2014, p. 231). Nesse sentido, as Plenárias debatem a precariedade da política de saúde brasileira na contemporaneidade, quando intensifica a discussão e mostra os Caminhos e Descaminhos do Sistema Único de Saúde, apresentados e discutidos na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, no ano de 2005.

As Plenárias avançam no debate do direito à saúde já com a reconhecida importância dos Conselhos de Saúde como mecanismos jurídicos institucionais direcionados ao controle social. Conforme Carneiro (2002), o debate sobre conselhos se inseriu fundamentalmente na área da governança democrática. A autora trata de conselhos como canais institucionalizados de participação que marcam uma reconfiguração das relações entre Estado e sociedade e instituem “[...] uma nova modalidade de controle público sobre a ação governamental e, idealmente, de co-responsabilização quanto ao desenho, monitoramento e avaliação de políticas” (CARNEIRO, 2002, p. 278).

Concorda-se que a expectativa das entidades da sociedade civil em relação à atuação administrativa era que, mediante a utilização dos mecanismos de participação social que emergisse do Estado, modificassem as estratégias governamentais de planejamento e execução das políticas públicas no Brasil (AIRES; GUIMARÃES, 2015). Porém, a mudança desse padrão seria possível se a participação provocasse um tensionamento nas agências estatais, tornando-as mais transparentes, mais responsáveis, mais suscetíveis ao controle da sociedade. Dessa forma, a sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando mais próxima do Estado, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2006), desse modo,

Esses mecanismos de participação obrigariam o Estado a negociar suas propostas com outros grupos sociais, dificultando a usual confusão entre o interesse público e os interesses dos grupos que circulam em torno do poder estatal e costumam exercer influência direta sobre ele. Esperava-se ainda, que a participação tivesse um efeito direto sobre os próprios atores que participavam, atuando assim como um fator educacional na promoção da cidadania (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2006, p. 8).

Portanto, como os conselhos e conferências têm se apresentado, em muitas das vezes citadas através de observações em reuniões, como parceiros da gestão, dessa forma não há espaço para disputas, há somente apaziguamento. Contudo, as Plenárias surgem a partir da participação social dos integrantes dos Conselhos de Saúde, não como mecanismos de mediação da gestão, mas gestadas a partir da insatisfação percebida e constatada da situação da saúde no país. Desse modo, são identificadas, por parte de conselheiros e conselheiras, como uma possibilidade de estratégica de discussão mais ampliada, fora de um espaço institucional e de gestão.

A pesquisa documental apresenta os resultados através da análise dos documentos, na identificação dos conflitos de interesses nas Plenárias Nacionais por meio das ações manifestadas que se apresentam como defesas de interesses, contrários ao sistema capitalista que ataca o direito à saúde.

A defesa de interesses está presente nas articulações das diversas ações desencadeadas através do processo de luta ao longo dos vinte e dois anos de realização de Encontros, Congresso e Plenárias Nacionais, conforme relata Eliane Aparecida Cruz, Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

[...] constitui-se em um movimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, nascido do compromisso e da necessidade de articulação entre os conselhos e pela capacitação para o fortalecimento da ação dos conselheiros. Esse movimento interconselhos sempre lutou pelo Sistema Único de Saúde como uma política pública inclusiva e contra o desmonte do Estado Brasileiro. Esse movimento levou ao cenário nacional sua percepção e reivindicações quanto à diversidade regional do país (CNS, 2006, p. 5).

A abordagem feita através do debate do modelo de atenção do SUS, ocorrido na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, ano de 2005, quando da exposição na Plenária do modelo de atenção Brasil Pré-SUS, faz um resgate da Saúde no país a partir das Constituições de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946, 1967, 1969 e como na Constituição de 1988 acontece a política pública de saúde como um

direito social, tornando um momento de formação importante para o fortalecimento da luta dos participantes ao conhecerem mais sobre como política de saúde é apresentada em períodos distintos da história do país, como oferta em favor dos interesses do Estado, e, mais recentemente, como um direito universal a partir da Constituição de 1988.

Importante destacar ainda as bandeiras de lutas encampadas pela XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, no ano de 2007 na luta em defesa da PEC nº 169/1993 que resultou na EC 29/2000, sobre financiamento da saúde, em meio aos ataques da política neoliberal que se originam, inicialmente, no Manifesto em Defesa do SUS, gestado na I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, no ano de 1996, quando se posicionam em defesa da saúde e se expressam através de um manifesto que representa a voz de um conjunto de sujeitos que resistem e lutam pelos seus interesses e direitos, quando apresenta a opção de defesa pelo SUS, assim como a expressão das percepções de representações de conselheiros de todo o país quando destaca que grupos opostos à política de saúde pretendem destruir o SUS.

Para a luta em defesa do direito à saúde é importante destacar as Plenárias como formas de participação mais recentes, distinto de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, embora não tenha o mesmo respaldo desses, no aspecto jurídico e institucional de mediação da política pública. Todavia, não se pode atribuir à mediação como elemento que deva prevalecer. É importante ressaltar, a articulação dos interesses da participação social, nesse aspecto, que esses novos espaços se configuram como espaços de tensão, e apresentam-se como defesa de interesses, um elemento central apresentado nas plenárias, por se constituírem espaços de lutas.

Portanto, as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares se constituem como espaços importantes tanto para a política de saúde, para os usuários e usuárias, como para o direito à saúde, nas disputas apresentadas que revelam interesses defendidos pela garantia e efetivação do direito à saúde, identificados na análise dos documentos das Plenárias obtidos no recorte temporal do ano de 1994 a 2016.

A importância na continuidade da realização desses eventos reside na perspectiva de disputas de interesses apresentados, discutidos e aprovadas na concretização das Plenárias ao longo de vinte e dois anos de análises da conjuntura,

tensões, manifestações e ações concretas em favor dos direitos constitucionais. A existência dessa nova forma de participação em defender o direito à saúde e a política de saúde surge de posicionamentos contrários aos ataques à política de saúde e à regressão de direitos.

Esses espaços são caracterizados como defesa de interesses dos trabalhadores e usuários do sistema único de saúde diante da ofensiva neoliberal. As plenárias se apresentam, mesmo sendo muito recentes, como um campo de tensão e conflitos de interesses na garantia de direitos, num lado o Estado e no outro lado a sociedade civil, em uma sociedade capitalista e de interesses.

O resgate histórico da luta pela defesa do direito à saúde nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, destaca a realização de dois (02) Encontros Nacionais de Conselhos de Saúde em preparação de estratégias desses espaços, um (01) Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, como momento de articulação para realização das Plenárias e dezessete (17) Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, quando da participação das representações de Conselhos de Saúde de todo o país.

Recentemente, são realizadas plenárias ampliadas sendo uma (01) denominada de Plenária Nacional Ampliada de Conselhos de Saúde, esses espaços são abertos, para outras entidades, com a participação de movimentos sociais; e mais recente, de duas (02) Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, pela extensão da participação, com abertura para entidades que somam esforços na luta em defesa do direito à saúde. A realização de uma (01) Plenária Extraordinária de Conselhos de Saúde completa o quadro do que se caracteriza como luta em defesa do direito à saúde, nesse novo espaço de garantia de direitos, através das tensões e lutas, podendo-se concluir que as conquistas materializadas ao longo desses vinte e dois anos garantem direitos e trazem benefícios para a população, contribuindo na luta de classes em uma sociedade de classes antagônicas. As plenárias expressam o avanço da luta da classe trabalhadora pela garantia de direitos, especialmente, a saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa da disputa pelo direito à saúde na contemporaneidade analisou a defesa de interesses presentes nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, possibilitou apreender os interesses na luta pelo direito à saúde, ocorridos nesses novos espaços de participação, diante do cenário de avanço do neoliberalismo e suas políticas privatizantes, de ataques e restrições de direitos, gerando consequências em todo um sistema, sobretudo na vida dos usuários da saúde.

A perspectiva que permeia essa pesquisa é de que a saúde deve ser garantida pelo Estado como um direito universal, mesmo diante dos avanços neoliberais. A participação social necessita expandir-se para além do modelo institucional existente, afastar-se do aparelhamento do Estado, abrindo-se a um maior contingente de representações, fora dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, ao apresentar suas reivindicações e lutas pelos seus interesses em favor dos usuários e usuárias e dos trabalhadores e trabalhadoras, contrários aos que são apresentados por parte da gestão, visando a universalidade e efetividade do direito à saúde na política pública.

As Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares são resultantes de um processo surgido em meados da década de 1990, objetivando promover e aprofundar a articulação entre os Conselhos de Saúde do país, no aumento da autonomia no funcionamento desses espaços ampliados de discussão da política pública e na expectativa de se aperfeiçoarem os caminhos da participação social e no controle social nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde espalhados em todo o país, nas instâncias federal, estadual e municipal.

As plenárias surgem como novos mecanismos de luta, além dos conselhos e Conferências de Saúde. Nesses espaços participam conselheiros e conselheiras de Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, nascido do compromisso e da necessidade de uma maior articulação ao contribuírem no processo de discussão da política pública de saúde e se constituem como espaços de disputas de interesses na relação Estado e Sociedade Civil, espaço foi ampliado, mas recentemente, para Entidades, Movimentos Sociais e Populares.



O presente estudo estabeleceu como questão central de pesquisa analisar as agendas de interesses defendidos nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares por parte da luta pela garantia do direito à saúde e compreender como essa disputa tem ocorrido na defesa de interesses apresentado diante do antagonismo de classes, no cenário de avanço do neoliberalismo, suas políticas privatizantes e ataques aos direitos sociais conquistados.

Nota-se que o direito à saúde, considerado um dos principais elementos que compõe o grupo dos direitos sociais, associado à relação entre democracia e cidadania, ainda não se efetiva em sua totalidade. O controle social, no acompanhamento da política pública de saúde, ainda carece da expansão de instâncias mais participativas que fiscalizem, disputem e defendam os interesses pela universalização do direito à saúde.

Desse modo, as Plenárias, destacam-se como locais de disputas ampliadas, além Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, caracterizam-se como defesa de interesses dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde diante da ofensiva neoliberal. Apontam, mesmo que sendo recentes, como um campo de tensão, de reivindicações, direcionam para a garantia de direitos, como é percebido de um lado o Estado e do outro lado a sociedade civil, em uma sociedade capitalista e de interesses distintos.

A pesquisa resgata a discussão dos ataques do capital à política pública de saúde e ao direito à saúde, engendrados pelo neoliberalismo, a partir da década de 1990, com privatização e mercantilização da saúde; o desvio dos investimentos no orçamento e pelo uso dos recursos direcionados para a saúde em benefício de outras finalidades, em destaque a Desvinculação das Receitas da União (DRU) para pagamento de despesas da dívida pública e do capital rentista; na recente alteração da legislação, ampliando as possibilidades de entrada do capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro, abrindo a possibilidade de empresas estrangeiras possuírem hospitais e clínicas, inclusive filantrópicas, podendo atuar de forma complementar no Sistema Único de Saúde, dentre outros.

Destaca-se a importância destes espaços pela efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais na saúde, na análise das ações de defesa de interesses, reconhecendo as estratégias dos conselheiros e conselheiras na continuidade da luta pelo direito à saúde e na garantia para efetivação a partir da defesa de

interesses identificados no estudo desses eventos por meio de pesquisa documental, na análise dos documentos que surgem no conjunto das reações identificados nos ataques à política de saúde que ocasionam ações da sociedade civil em defesa de seus interesses coletivos.

A defesa de interesses é apresentada nas Plenárias Nacionais, a partir de então, com suas propostas, marcada por pautas reivindicativas e mobilizações em torno do direito à saúde, e, nesse sentido mesmo diante dos avanços e conquistas materializadas no Sistema Único de Saúde (SUS), surge a necessidade de organização e mobilização desses espaços para discussão de como a política de saúde é e deve ser tratada, conforme a Constituição de 1988.

O resgate histórico identificado nos eventos realizados foi um importante fator na análise e compreensão da defesa de interesses, na importância em destaque dos conselheiros e conselheiras ao defenderem os seus direitos, para a construção das plenárias, identificando como os serviços de saúde aconteceram antes do SUS, em compreender como o SUS foi gestado e refletido nas lutas atuais.

A importância do conjunto de ações em reunir a participação dos conselhos, entidades e movimentos sociais populares, na defesa de interesses em um recorte temporal de vinte e dois anos, reflete-se na realização de audiências, debates, notas de apoio, recomendações, resoluções, cartas, diagnósticos, manifestações e manifestos como movimentos em direção da discussão do direito à saúde, como foi conquistado e a possibilidade de enfrentamento e luta pelo direito social como conquista que deve ser direcionado pelo Estado em favor de toda a população do país.

A contribuição da pesquisa para a política de saúde, para os estudos acadêmicos e para a sociedade acontece ao identificar a defesa de interesses em uma continuidade de ações através das pautas levantadas e discussões realizadas em mesas redondas e painéis nos eventos (Encontros, Congresso e Plenárias), realizados na perspectiva de disputas, apresentadas e aprovadas como propostas da concretização das plenárias ao longo de vinte e dois anos nos posicionamentos contrários à regressão de direitos, correspondendo aos anos de 1994, no I Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, a 2016, na realização da XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

Esses espaços são expressões de lutas que se transformaram em interesses em conjunto com os usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras, na

formação da primeira coordenação provisória, no fortalecimento da organização e realização de futuros eventos. Contribuíram para o avanço do controle social no SUS, como também para a consolidação do sistema e ao longo de sua existência travou várias mobilizações e lutas em defesa da saúde pública.

A totalidade dos resultados alcançados com essa tese possibilitou verificar a ampliação da estratégia de conselheiros e conselheiras de Saúde de todo o Brasil, do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Estaduais e dos Municipais de Saúde e de outras entidades e movimentos sociais e populares que se uniram em defesa de seus interesses, tais como: uma melhor organização para garantir o controle social do SUS nas três esferas de governo; a capacitação de conselheiros de saúde; o orçamento e financiamento do SUS, conforme a Constituição de 1988.

As mobilizações que surgem em oposição aos ataques à política de saúde geram ações dos usuários e usuárias, assim como de trabalhadores e trabalhadoras, em defesa de seus interesses coletivos, tais como: ampliar a discussão acerca do financiamento da política pública da gestão; da gestão, da terceirização, da privatização através de Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado; do Modelo de Atenção; e, do Controle Social, nas mudanças das resoluções do CNS nº 33/1992 e 333/2003, assim como a intensificação de capacitações de conselheiros em todo o país.

A questão do financiamento do Sistema Único de Saúde sinaliza como uma das bandeiras encampadas neste período, com grande mobilização pela aprovação da PEC nº 169/93, e contribuição para elaboração da Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Em destaque, as principais mobilizações da Plenária se situaram na questão do financiamento do Sistema Único de Saúde, na luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, junto ao Congresso Nacional, bem como na questão do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e do controle social (CNS, 2007).

A partir de então, é possível identificar que as Plenárias de Conselhos, ao longo de sua história, construíram seu papel quanto a instâncias de articulação entre os Conselhos de Saúde, nas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde. Por se constituir uma Plenária de análise da trajetória de lutas a XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde apresenta como documento o Controle Social no contexto da Conjuntura Nacional da Saúde (CNS, 2007), como estratégia de defesa

de interesses, tais como: o posicionamento contra a reforma administrativa e da previdência; reafirmação da importância da aprovação da PEC nº 169/93.

Quanto ao SUS, a plenária denuncia o esvaziamento do setor público em benefício do privado, manifesta-se contra a terceirização/privatizações, contra as organizações sociais, cooperativas e fundações, dando subsídios para uma reflexão em defender o SUS enquanto política de redistribuição de renda e não como política compensatória e promoção de ações conjuntas entre os conselhos de forma a ampliar o controle social.

A pesquisa aponta a existência das Plenárias de Saúde como espaços de articulação e mobilização das lutas da saúde em garantir direitos e na defesa de interesses, e, demonstram conflitos em uma sociedade de contradições, necessários para disputa em garantir a efetividade do que foi expresso na legislação, fruto de uma conquista materializada no direito à saúde universal.

As Plenárias juntamente com os Conselho Nacional de Saúde reafirmam seu compromisso com a garantia dos direitos na defesa da saúde, manifestam rejeição à redução de recursos imposta pela equipe econômica do Ministério da Saúde, como foi a defesa do SUS, apresentada na luta pela aprovação da PEC 169/93. Apresentam posicionamento a favor da saúde pública, conclamam a participação dos movimentos populares na busca de aproximação entre os Conselhos de Saúde e a sociedade civil.

A pesquisa identifica a intensificação da luta diante dos ataques aos direitos sociais diante da diminuição dos investimentos na política pública de saúde, avanço do neoliberalismo e pelo uso do fundo público que deveria ser em benefício das políticas públicas e dos direitos sociais, que de forma contrária, é utilizado para pagamento dos juros da amortização da dívida pública, por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU).

O Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e sociais, no ano de 2015, em virtude da atual conjuntura nacional de ataque aos direitos sociais, trabalhistas e SUS, dentre as diversas manifestações de defesa e que apresentam no manifesto, destacam o posicionamento pelo fim da DRU (CNS, 2015a, 2015b). Para fazer a apropriação do fundo público, um dos mecanismos fundamentais utilizados foi a utilização da DRU, sendo que as plenárias também avançam em reivindicar a correta vinculação das receitas da união em favor do orçamento da saúde.

A pesquisa documental apresenta os resultados através da análise dos documentos, na identificação e análise dos conflitos de interesses nas Plenárias Nacionais por meio das ações e mobilizações manifestadas nos documentos que se apresentam como defesas de interesses, contrários ao sistema capitalista que ataca o direito à saúde. A defesa de interesses está presente nas articulações das diversas mobilizações ocorridas no processo de luta ao longo dos vinte e dois anos de realização de Encontros, Congresso e Plenárias Nacionais.

Ao concluir a presente Tese, os resultados obtidos nos quatro capítulos apresentados através da análise documental, demonstram a luta permanente de usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras, numa resistência em defender direito à saúde através da realização de vinte e quatro eventos que se materializam na estratégia na defesa do direito à saúde. Aponta trinta e duas ações que se revelam em bandeiras de lutas principais que permeiam a luta contra os ataques ao direito à saúde, através de agendas de três principais interesses: no financiamento da saúde; na gestão da política pública de saúde; e, no controle social e capacitação de conselheiros. A defesa de interesses se apresenta nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, situada no bojo da sociedade capitalista, marcada pela luta de classes.

Ao que pode ser concluído, as Plenárias consistem no fato de se caracterizam como novos espaços de participação, fora do ambiente jurídico institucional de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, que contribuem para uma luta em prol da efetivação do direito à saúde e da política de saúde, com base nas suas origens, continuidade da realização de novas Plenárias. Apontam como campo de tensão, direcionam seus interesses para a garantia do direito à saúde, dentro de uma democracia participativa, diante das forças distintas presentes na relação Estado e sociedade civil.

A pesquisa aponta caminhos para realização de pesquisas futuras sobre as plenárias em instâncias diversas e sugere novas abordagens de pesquisas relacionadas ao tema que poderia ser melhor desenvolvido por estudiosos além da defesa de interesse, que se debrucem sobre essa questão e despertem interesses em desvelar, de forma aprofundada, outras categorias presentes nestes espaços participativos.

Compreende-se que a defesa de interesses está presente nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares,

situada no bojo da sociedade capitalista, materializando-se através de lutas em defesa do direito à saúde universal, integral e equânime, conforme os princípios norteadores na Constituição de 1988. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam na compreensão das ações de lutas das plenárias, como agendas de interesses defendidos em favor dos usuários favorecendo a discussão, de uma maior capacidade de embate na defesa dos interesses das Plenárias de Saúde.

## REFERÊNCIAS

AIRES, F. K M. V. B; GUIMARÃES, S. J. A participação enquanto mecanismo de emancipação social no Brasil: avanços e retrocessos. **Revista SER Social**, v. 17, n. 37, p. 390-410, jul./dez. 2015.

ARRETCHE, M; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010. v. 1.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, LDA, 1977.

BARRETO, J. O. M; NERY, I. S. Participação social nos espaços coletivos de deliberação do SUS: limites e perspectivas da atuação da sociedade civil. In: LIMA, A. J. **Políticas públicas e cidadania**: temas em debate. Teresina: EDUFPI, 2012. p.43-57.

BAVA, S. C. Os Conselhos como instrumentos da Sociedade Civil. In: CARVALHO, M. C. A. A; TEIXEIRA, A. C. (Org.). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**: pólis, estudos, formação e assessoria em políticas sociais. São Paulo: Pólis, 2000.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERTOLLI, C. F. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BRAGA, J. C. de S; PAULA, S. G de. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei Orgânica da Previdência Social. Lei nº 3.807, de 26 de Agosto de 1960. **Coleção de Leis do Brasil**.1960.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº. 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº. 1 a 6/94. – Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

BRASIL. Lei do Sistema Nacional de Saúde. **Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975**. Casa Civil. Presidência da República: Brasília, 1975.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 13.097, de 19 de Janeiro de 2015**. Brasília: Presidência da República. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei orgânica nº. 8.080/90**: Normas Básicas do SUS. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica nº. 8.142/90**: Normas Básicas do SUS. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica nº. 8.080/90**: Normas Básicas do SUS. Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Humaniza SUS**. 18 de abril de 2015. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/89666-xix-plenaria-nacional-de-conselhos-de-saude-entidades-movimentos-sociais-e-populares/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRAVO, M. I. B. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: \_\_\_\_\_. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. B. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. B. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez: Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. B. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. B. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, mar. 2012.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social e Saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2013. p. 19-48.

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, G. A. S.; MONNERAT, G. L. (Org.) **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, fev./abr. 1990.

CARNEIRO, C. B. L. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. **RAP**, Rio de Janeiro, v.36, n. 2, p. 277-92, mar./abr. 2002.

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



CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 173-196.

CEBES. A Questão democrática na Saúde. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NA CÂMARA FEDERAL, 1., 1979, [Brasília, DF]. **Anais...**[Brasília, DF], 1979.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COHN, A; NUNES, E. JACOBI, P. R; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília. **Anais...**Brasília, DF, 1987. Relatório Final.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **História e Apresentação**. 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **XIX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e Sociais – 2015**. Brasília, DF, 10 de abril de 2015a. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2015/04abr10\\_19\\_plenaria\\_nacional.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/04abr10_19_plenaria_nacional.html)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. 1 a 3 de dezembro de 2002**: manual do participante. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **XV e XVI Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**. Brasília, DF, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades, Movimentos Sociais e Populares**. Brasília, – DF, 25 de agosto de 2016a. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/08ago25\\_CNS\\_pede\\_com\\_promisso\\_candidatos\\_SUS.html](http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/08ago25_CNS_pede_com_promisso_candidatos_SUS.html)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**: resgate histórico do controle social no SUS. 2. ed. Brasília, DF, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**: relatórios finais XIII e XIV. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**: Versão Preliminar. X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2001a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**: Versão Preliminar. XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**: Versão Preliminar. XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_plenaria/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_plenaria/index.html)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde**: Versão Preliminar. XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_plenaria/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_plenaria/index.html)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Programação da XIX Plenária Nacional de Saúde de Conselhos, Entidades e Movimentos Sociais e Populares**. 2015b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2015/docs/03abr04\\_Programacao\\_19\\_Plenaria.jpg](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/03abr04_Programacao_19_Plenaria.jpg)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resoluções**. Deliberação nº 004, 04/05/2001b. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/deliberacoes/doc/2001/deliberacao004.doc](http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/doc/2001/deliberacao004.doc)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resoluções**. Recomendação nº 005, de 07/10/2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco\\_04.htm](http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_04.htm)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resoluções**. Resolução nº 333, 04/11/2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_03.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resoluções**. Resolução nº 33, 23/12/1992. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_92.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SANTA CATARINA. Comissão de Comunicação. 12ª Região. **Participantes da 19ª Plenária enviam Carta Aberta aos presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal**. 2015.

Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/participantes-da-19a-plenaria-enviam-carta-aberta-aos-presidentes-da-camara-dos-deputados-e-do-senado-federal/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?:** os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

COSTA, M. R. A trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v.13, n. 2, p. 85-107, jul./dez. 2007.

COTTA, R. M. M; CAZAL, M. M; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

COUTINHO, C. N. **A dualidade de poderes:** Estado, revolução e democracia na teoria marxista. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

\_\_\_\_\_. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, n. 5, out. 2004.

\_\_\_\_\_. Sociedade Civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-301.

DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. (Org.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

DIEGUES, G. C. O controle social e a participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **Revista NAU Social**, v. 4, n. 6, p. 82-93, maio/out. 2013.

DURIGUETTO, M. L. Descentralização, políticas públicas e participação popular. Núcleo de Pesquisas e Movimentos Sociais. In: \_\_\_\_\_. **Movimentos Sociais, Participação e Democracia**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Sociedade Civil e Democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde o Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS. V. P. et al. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 297.

FERNANDES. A. S. A. Políticas públicas: definição evolução e o caso brasileiro na política social. In: DANTAS, H.; MARQUES JUNIOR, J. P. (Org.). **Introdução à política brasileira**, São Paulo: Paulus, 2007.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. Disponível em: <<https://play.google.com/books/reader?id=ls0VBgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=pt&pg=GBS.PA25.w.4.0.117>>. 2012. Acesso em: 23 fev. 2018.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, W. M.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. Sobre a Formulação de Política Sociais. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GIOVANELIA, L. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOHN, M. G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**: Ciência Política. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MACHADO, E. M. Democracia, Cidadania e Política Social. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2003, Cascavel, PR. **Anais...** Cascavel, PR, 2003.

\_\_\_\_\_. Política Social: direito de cidadania? **Serviço Social em Revista**, v.1, n.1, jul./dez. 1998.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, K; ENGELS, F. Manifesto do Partido Comunista. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 7-46, 1999.

MATOS, M. C. No Rastro dos acontecimentos: a Política de Saúde no Brasil. In: DUARTE, M. J. O. **Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

MAZZEO, A. C. **Estado e burguesia no Brasil: origens da autocracia burguesa**. 3 ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

MENDES, E. V. O SUS e a Atenção Primária de Saúde. **Revista APS**, v.8, n. 2, p. 218-219, jul./dez. 2005.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro. v. 21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014.

MILANI, C. R. S. O Princípio da Participação Social na Gestão de Políticas Públicas Locais: uma Análise de Experiências Latino-Americanas e Europeias. **Revista de Administração Pública, RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-79, maio/jun. 2008.

MINAYO M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

NEVES. A. V. Espaços públicos e práticas políticas: os riscos de despolitização da participação da sociedade civil. In: DAGNINO, E. ;TATAGIBA, L. (Org.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

O'DONNELL, G. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 44, 1998.

PAIM. J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIVA. A. S.; COSTA, M. D. H. Ataques à Política de Saúde em Tempos de Crise do Capital. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 20. n. 1, p. 51-68, jan/jul. 2016.

PEREIRA, P. A. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.112, out./dez. 2012.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Ed. UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

ROCHA, A. C. Accountability na Administração Pública: a atuação dos Tribunais de Contas. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 23., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: EnANPAD, 2009.

SALVADOR, E. et al. **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SALVADOR, E. Financiamento tributário da política social no pós-Real. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo: Ed. Cortez, 2012.

SALVADOR, E. **Fundo Público e a Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, A. S. A Reforma Administrativa do Estado Brasileiro nos Anos 90 e a Proposta de Descentralização Educacional. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 7, n. 11. p. 53-72, jul./dez. 2011.

SCHEZZI, D. H. T. Implantação de Conselhos Locais de Saúde: Desafios à Efetivação da Democracia Participativa. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 01-03, 2012.

SEMERARO, G. **Gramsci e a sociedade civil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

SILVA, I. M. F. **Conselhos de Saúde: construindo uma nova linguagem**. Cuiabá: EduFMT, 1998.

SILVA, M. K. Sociedade civil e construção democrática: do maniqueísmo essencialista à abordagem relacional. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 156-179, jul./dez. 2006.

SILVA, M. L. L. **Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, S. P. A abordagem territorial no planejamento de Políticas Públicas e os desafios para uma nova relação entre Estado e sociedade no Brasil. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 17, n. 60, jan./jun. 2012.

SILVEIRA, R. J. Conferências de Saúde: espaços de interlocuções. **Revista Mediações**, Londrina, v. 7, n.1, p. 199-218, jan./jul. 2002.

SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. M. R. Mercosul e reforma do Estado: impactos sobre o direito à saúde. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n.3, 1998.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. B; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SOUSA, A. M C. Universalidade da Saúde no Brasil e as contradições da sua negação com direito de todos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

SOUSA, M. J. R. **Associativismo urbano: o protagonismo das Associações de Moradores na Contemporaneidade**. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2011.

SPOSATI, A; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde "Controle Social e Políticas de Saúde". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 1992.

TATAGIBA, L. TEIXEIRA, A. C. C. **Democracia representativa: complementariedade ou combinação subordinada?** Reflexões sobre instituições participativas e gestão pública na cidade de São Paulo (2000-2004). Concurso do CLAD sobre Reforma do Estado e Modernização da Administração Pública, 19, 2006.

TEIXEIRA, C. F. Produção Científica na área de política, planejamento e gestão em saúde 1975-2010: temas e teorias. In: BAPTISTA; T. W. F (Org.) **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

TEIXEIRA, E. C. Conselhos de Políticas Públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: CARVALHO; M. C A. A; TEIXEIRA, A. C. (Org.). **Pólis, estudos, formação e assessoria em políticas sociais**. São Paulo: Pólis, 2000.

TEIXEIRA, E. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Política de saúde na transição conservadora. **Rev. Saúde e Debate**, n. 26, p. 42-43, 1989.

\_\_\_\_\_. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

VIEIRA, E. **A República Brasileira. 1951 – 2010: de Getúlio a Lula**. São Paulo: Cortez, 2015.

WANDERLEY, L. E. Sociedade civil e Gramsci: desafios teóricos e práticos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 5-30, jan./mar. 2012.

XIMENES, A. F. **A apropriação do Fundo Público da Saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2015.

**ANEXO A - CARTA DE SALVADOR**  
**I CONGRESSO NACIONAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE - 1995**  
**(Lida em plenário, na presença do Ministro da Saúde, Adib Jatene)**  
**SALVADOR - BA, 25 DE ABRIL DE 1995**

**Carta de Salvador**

Nós, conselheiros de saúde, vindos de todas as partes do Brasil, representando usuários, trabalhadores da área de Saúde, prestadores de serviços e gestores de saúde, entendemos que:

A nova ordem econômica mundial, por meio da globalização, da economia e da reestruturação das forças produtivas, impõe aos países como o Brasil, uma abertura completa das fronteiras para o livre trânsito do capital especulativo, criando desemprego e mais miséria. Essa política, aplicada no México e na Argentina, vem mostrando sua falência e aprofundamento da crise socioeconômica. O postulado neoliberal leva à retratação das ações do Estado no campo social, com o aumento do repasse de recursos para o setor privado, colocando nosso País na mesma rota de falência do México;

O grande empresariado e o governo, adequando-se às exigências econômicas do grande capital internacional, mediante as reformas constitucionais, querem entregar setores estratégicos da economia, fundamentais para o nosso desenvolvimento, tais como a mineração, as telecomunicações e o petróleo, para o capital internacional, e que;

A reforma da seguridade social é um ataque brutal às conquistas sociais, provocando o estrangulamento da saúde pública.

Este I Congresso dos Conselheiros de Saúde, defendendo a soberania nacional e a saúde pública, se coloca frontalmente contrário às reformas constitucionais, ora em curso e desta forma:

a) exige a efetiva implantação do SUS com fontes de financiamento estáveis e capazes de dar as respostas necessárias à realidade sanitária do País e a uma política de recursos humanos justa;

b) exige, também, um intenso combate à corrupção e à sonegação de impostos; e

c) reafirma a necessidade do fortalecimento do controle social do SUS, pela manutenção do caráter deliberativo dos conselhos, de um processo de capacitação e aperfeiçoamento dos conselheiros, acesso democrático a todas as informações necessárias ao funcionamento pleno dos conselhos, criação de canais permanentes entre as Secretarias de Conselhos de Saúde.

Esse manifesto reforça a participação dos movimentos populares, buscando uma real aproximação entre os conselhos e a sociedade.



**CONTRA A REFORMA CONSTITUCIONAL  
APRESENTADA PELO GOVERNO  
CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL  
PELO AUMENTO DOS RECURSOS PARA A SAÚDE,  
COM EFETIVO CONTROLE SOCIAL  
PELA CONVOCAÇÃO DA 10.a CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE**

Os conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, que participaram do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em especial a representação da CUT, ficaram encarregados de organizar e sistematizar o relatório final do congresso e encaminhá-lo ao Conselho Nacional de Saúde, para que seja enviado a todos os estados, com a solicitação de que os CES o repassem aos Conselhos Municipais de Saúde em todo o País.

Fonte: Brasil (2006, p. 28-30), adaptado pelo autor.

## **ANEXO B – MANIFESTO EM DEFESA DO SUS**

### **I PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 1996**

**BRASÍLIA - DF, 19 DE NOVEMBRO DE 1996**

#### **Manifesto em Defesa do SUS**

A saúde é, sem dúvida alguma, a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo estado brasileiro, mesmo que ainda não estejamos satisfeitos com a qualidade do sistema. É graças ao Sistema Único de Saúde – universal, com atendimento integral e gratuito – que milhões de cidadãos podem contar com um mínimo de amparo e atenção à sua saúde. Ainda que o sistema que temos hoje se distancie daquele que foi consagrado na Constituição Cidadã, sua existência é essencial num país com tantas disparidades regionais e desigualdades sociais.

Se não existisse o SUS, milhares de crianças, vítimas da desnutrição causada pela miséria e pelo desemprego de mães que necessitam de atenção para seus partos, de acidentados na selva do trânsito; de vítimas da violência que assola as grandes cidades, de portadores de patologias crônicas e incuráveis, como as doenças renais e a aids, de idosos que mal conseguem sobreviver com os poucos proventos da aposentadoria, dentre outros, estariam condenadas ao mais completo desamparo.

Desde a sua instituição no plano jurídico, o SUS tem enfrentado inimigos poderosos. Dentre esses, encontram-se os que entendem os gastos sociais como despesas, e que portanto devem ser comprimidos ao máximo para propiciar recursos para a salvação de bancos falidos, para o pagamento dos juros absurdos praticados no País, para o pagamento da dívida pública e para cobrir o serviço da dívida externa. Esses são os responsáveis pelo desfinanciamento do SUS, garrote vil que asfixia a saúde e destina menos de US\$ 80,00 por habitante/ano, quantia insuficiente mesmo que não houvesse um único centavo de fraude no setor.

Ao lado desses, torcendo pela falência do SUS, perfilam-se os que enxergam, num possível malogro do sistema, uma forma de angariar clientela para os planos privados de saúde, repletos de carências e exceções, inexistentes na saúde pública, fazendo da exclusão sua maior e permanente fonte de lucro.

Esse é um dos motivos que atestam a inviabilidade da opção neoliberal na saúde. Os que preconizam a adoção de um modelo de mercado para o setor e esconde da opinião pública, o fato de que tal opção é a via direta para a criação de cidadãos de segunda classe, excluídos do que chamam de mercado. Essa é a contra-reforma pretendida pelo governo federal, quebrando a universalidade, acenando para um atendimento básico para a população e privilegiando as empresas de saúde, no momento em que remeterá para o mercado todo o atendimento secundário e terciário. A reforma da saúde já ocorreu e está na Constituição Brasileira, agora cabe cumpri-la.

Aos grupos que pretendem destruir o SUS, agrega-se o próprio presidente da República. Atestam tal adesão as declarações que tem feito de que gostaria de colocar na pasta da saúde um técnico, sem compromisso com o setor, com o

propósito de conter os gastos e, ainda, que seria necessária uma mudança no sistema para que os que pudessem pagar passassem a fazê-lo, dizendo que a universalidade é mera utopia, esquecendo-se que tal utopia é um direito já conquistado na Constituição, ou o senhor presidente também já esqueceu do que lá foi escrito?

Nesse sentido, devemos exigir em alto e bom som que o presidente honre as promessas feitas para toda a Nação, por intermédio de seu programa de governo intitulado Mãos à Obra. Naquele documento, FHC firmou textualmente seu compromisso com o SUS, sua doutrina, princípios e objetivos e deu sua palavra que se empenharia no sentido de remover os obstáculos que têm prejudicado o desenvolvimento do sistema.

No momento em que a Plenária Nacional com delegações dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde se reúne para dar consequência aos rumos democraticamente definidos na 10.a Conferência Nacional de Saúde, propomos que esse encontro exija do governo o cumprimento integral de seu programa escolhido nas urnas e reafirme o dever indelegável do estado para com a saúde, nos termos da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

Aos que tentam apresentar o SUS como um modelo falido de atenção à saúde, devemos combater reiterando o dito veiculado durante a 10.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde de que “onde deu SUS, deu certo”. Com isso, asseveramos que o modelo de proteção social amplo e coletivamente gerido apresentado pelo Sistema Único de Saúde tem tudo para dar certo, desde que prevaleçam as suas bases originais, alicerçadas no controle social, como já indicam os mais de 100 municípios que tiveram autonomia para conduzir o SUS.

Assim, conclamamos toda a sociedade brasileira para que cerre fi leiras na defesa do Sistema Único de Saúde, da universalidade e do financiamento em níveis suficientes para que se recupere a dignidade e a qualidade da atenção à saúde.

Fonte: CNS (2006, p. 35-37), adaptado pelo autor.

## ANEXO C – MANIFESTO DA II PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE

### II PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 1997

BRASÍLIA - DF, 16 DE ABRIL DE 1997

A II Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde foi convocada pelo Conselho Nacional de Saúde para discutir o momento do SUS no contexto das reformas neoliberais implementadas pelo governo federal, as quais visam a reduzir ao mínimo a responsabilidade do Estado para com o cidadão, ferindo e eliminando conquistas históricas delegadas pelo povo no atual texto constitucional, privilegiando a lógica mercantilista em detrimento de um Estado social e democrático (estado de bem-estar social).

Isto se verifica quando da apresentação dos projetos de reformas administrativa e previdenciária; da não implementação de uma Reforma Agrária que interesse aos trabalhadores e a da sociedade, do sucateamento; do patrimônio público entregue ao setor privado, e o que é pior, de modo arbitrário e permissivo.

Em relação ao SUS, constata-se o esvaziamento do setor público, em benefício do setor privado e seu conteúdo, quando da retirada de suas premissas e prerrogativas.

O ataque ao SUS se verifica com a proposta de substituição do modelo universal, equitativo, integral, democrático e transparente com controle social por uma proposta excludente que privilegia a minoria em detrimento da qualidade de vida da maioria da população brasileira, por meio da terceirização, privatização, quebra da estabilidade, inexistência de isonomia salarial, redução sistemática e crescente dos recursos financeiros da Saúde, eliminação do controle social, substituindo a visão social da saúde por uma lógica de mercado.

Nesse sentido, esta Plenária repudia a proposta de criação das organizações sociais (e/ou cooperativas, fundações, etc.) que nada mais são que a transferência não somente “dos recursos e do patrimônio, como a responsabilidade da gestão administrativa e financeira do poder público para terceiros”.

Nesse mesmo contexto, reafirma a importância da aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC 169) na sua integralidade, vinculando orçamentariamente recursos que viabilizem a implementação do SUS e mais, que estes recursos sejam aplicados de fato no setor Saúde e com efetivo controle social.

**Finalizando: a saúde deve ser garantida como direito de todos e dever do Estado! E deve estar permanentemente sob o controle social.**

Fonte: CNS (2006, p. 45), adaptado pelo autor.

## **ANEXO D - MANIFESTAÇÃO PRÓ-SUS PELA PEC 169/93**

### **III PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 1997**

**Brasília - DF, 20 de agosto de 1997**

No dia 20 de agosto, os participantes da III Plenária Nacional de Conselhos de Saúde dedicaram esforços a uma série de atividades em defesa de mais recursos para o Sistema Único de Saúde.

O esforço visava a sensibilizar, especialmente, os deputados e senadores sobre a necessidade da aprovação da PEC 169/93, sobre a vinculação de verbas dos orçamentos da União, estados e municípios ao financiamento do SUS.

A manifestação, que envolveu cerca de 500 pessoas, entre conselheiros e representantes de entidades de todo o Brasil, desenvolveu-se em três etapas:

#### **1. Ato Político**

A III Plenária promoveu um ato político com a presença de vários deputados (Eduardo Jorge, PT; Jandira Feghalli, do PCdoB; Darcísio Perondi, do PMDB; Humberto Costa, do PT; José Aristodemo Pinotti, do PMDB; Colber Martins, do PMDB; Sergio Miranda, do PMDB; Serafim Venzon, do PDT; Jair Meneguelli, do PT; Paulo Rocha, do PT; Agnelo Queiroz, do PCdoB; Arlindo Chinaglia, do PT), da senadora Benedita da Silva, da Frente Nacional dos Prefeitos (representada por Kátia Born, prefeita de Maceió), do Conasems, da CUT, da Contag e da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que vem desenvolvendo o Movimento SOS SUS. Durante o ato, avaliou-se a possibilidade de aprovação da PEC n.º 169 no início de outubro e foram organizadas comissões para as audiências com os líderes de partidos e do governo.

#### **2. Audiências com os líderes de Bancadas**

Uma série de encontros com alguns dos principais líderes do Congresso ocorreu por iniciativa dos participantes da III Plenária e com o apoio dos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde. As audiências expressaram a opinião dos políticos com relação ao pleito dos delegados. A seguir, a síntese das opiniões expressadas pelos parlamentares:

**PFL** – O deputado Inocêncio de Oliveira expressou-se favoravelmente à vinculação de recursos para a Saúde. Comentou que o fato de a Educação já possuir recursos vinculados favorecia a aprovação da PEC. Dispôs-se, em nome do PFL, a apoiar a causa.

**PMDB** – O deputado Gedel Vieira Lima dispôs-se a apoiar a PEC 169, em nome do PMDB. Colocou-se à disposição para pedir votação à PEC 169, em regime de urgência.

**PTB** – O deputado José Coimbra (acompanhado pelo vice-líder do PTB) expressou seu apoio à PEC 169. Conforme comentou com a comissão de conselheiros, por ser do setor Saúde, ele é o formador de opinião na bancada do PTB sobre o tema.

Governo – O deputado Luís Eduardo Magalhães afirmou ser pessoalmente contra a vinculação de recursos orçamentários, mas define a saúde como uma prioridade. Informou que observa que os apoiadores da PEC 169 estão ganhando aliados e que ele, pessoalmente, dispõe-se a ser um deles.

Bloco de Oposição – Inúmeros deputados do PT, PCdoB, PDT e representantes do PSB manifestaram total apoio à PEC 169.

Obs.: representantes estaduais do PPS expressaram que esse partido também apoia a PEC 169.

### **3. Audiência com o Ministro da Saúde**

O ministro da Saúde se encontrou com os participantes da III Plenária, no auditório do Ministério, para tratar da PEC 169/93. Foram entregues ao ministro o abaixo-assinado em favor da proposta, contendo cerca de 150 mil assinaturas, e centenas de moções favoráveis à PEC, aprovadas em Conselhos de Saúde, Comissões de Saúde de Câmaras Municipais, dentre outras instâncias.

Os participantes da III Plenária também solicitaram empenho do Ministério para aprovação da Proposta de Emenda Constitucional. Na audiência, ainda foram levantados os outros pontos aprovados na Plenária, referentes à NOB 96, ao orçamento SUS 98 e à regulamentação dos planos e seguros de saúde. Um representante de cada macrorregião nacional, eleito entre os conselheiros presentes, expôs ao ministro as principais questões referentes ao SUS que preocupam os estados de sua área de abrangência. Um documento especificando os problemas e a reivindicação abordada ficou de ser encaminhado ao gabinete.

### **Duas audiências estão previstas**

Com o ministro do Planejamento, Antônio Kandir, no dia 4 de setembro, e com a liderança do PSDB, a ser agendada.

Fonte: CNS (2006, p. 53-54), adaptado pelo autor.

**ANEXO E - LUTA PELA APROVAÇÃO DA PEC 169/93**  
**IV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 1997**  
**BRASÍLIA - DF, 02 DE DEZEMBRO DE 1997**

**Luta pela Aprovação da PEC 169/93**

Os deputados Eduardo Jorge e Darcísio Perondi, respectivamente autor e relator da PEC 169, avaliaram que se a PEC fosse votada em 3 de dezembro, conforme inicialmente previsto, a mesma seria derrotada. Considerando o clima pós-pacote do Congresso Nacional e as recentes votações de reformas, observaram que a derrota seria iminente e propuseram adiar a votação para 1998. A ideia foi ganhar tempo para maior mobilização e articulação do movimento. Essa posição não foi consensual. A deputada Jandira Feghalli argumentou que, independente do resultado, o melhor seria a votação da PEC no dia 3 de dezembro, conforme previsto, aproveitando a mobilização presente nesse dia em Brasília. A Plenária não se manifestou a respeito, sugerindo que os conselhos debatessem sobre a continuidade dessa luta. Como propostas de continuidade, foram aprovadas as seguintes:

- Continuar a coleta de assinaturas em favor da PEC 169, assim como aprovar moções em vários fóruns apoiando a PEC;
- Adotar o dia 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, como uma data de luta pelo SUS e pela aprovação da PEC 169, com manifestações em todo o País. Sugerir aos parlamentares que a PEC seja votada nesse dia;
- Caso a PEC seja votada antes de 7 de abril, fazer caravanas para Brasília no dia da votação. Caso seja votada após essa data, propor como prazo máximo de votação o mês de maio, preferencialmente coincidindo com o III Encontro Nacional de Conselheiros.

Fonte: CNS(2006, p. 58), adaptado pelo autor.

**ANEXO F - AUDIÊNCIAS NO CONGRESSO NACIONAL**  
**IV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 1997**  
**BRASÍLIA - DF, 03 DE DEZEMBRO DE 1997**

**Audiências no Congresso Nacional**

Participou das audiências uma comissão de conselheiros de vários estados e municípios do País, bem como os deputados Eduardo Jorge (autor da PEC 169) e Darcísio Perondi (relator da PEC 169).

A primeira audiência foi com o deputado Oraceli, relator da Comissão de Orçamento do Congresso, que se comprometeu a lutar pela viabilização de mais verbas para o orçamento de 98 para a saúde. Argumentou que a saúde é uma questão de segurança nacional e, portanto, envidará esforços para que se cumpra a LDO, garantindo no mínimo o valor orçado para 97.

Na sequência, tivemos audiência com o deputado Geddel Vieira Lima (líder do PMDB), que se comprometeu a lutar pelo descontingenciamento do orçamento de 97 e contatar o deputado Oraceli para reforçar o seu posicionamento de garantir para o orçamento de 98, no mínimo, o orçado em 97, ou seja, R\$ 20,4 bilhões. Ele irá discutir com a sua bancada sobre a PEC 169, mas adianta que o vice-líder do seu partido é o relator da PEC 169, o qual já se posicionou favorável à mesma.

O deputado Inocêncio de Oliveira (líder do PFL) se posicionou favoravelmente à PEC 169, ao descontingenciamento do orçamento de 97 e à defesa para que o orçamento de 98 seja, no mínimo, o valor garantido na LDO. Acrescentou que foi sábia a decisão do adiamento da PEC 169, pois esse tempo será importante para a negociação e articulação com as lideranças dos partidos políticos. Apesar do seu apoio a esses pontos, argumentou que a saúde pública deve ser somente para os pobres; e aqueles que podem pagar devem fazê-lo.

Posteriormente, tentamos falar com o líder do PSDB, deputado Aécio Neves; no entanto, o mesmo não estava presente. Conversamos com a chefe do seu gabinete, Sra. Guida; e com o deputado Otávio Elísio. Os mesmos ouviram as reivindicações e ficaram de conversar com a bancada de seu partido, não se comprometendo com nada.

A avaliação da Comissão de Conselheiros de Saúde é que as audiências foram fundamentais, principalmente porque foi aprovada uma comissão com representações dos partidos políticos, sobre os quais conversamos. Essa comissão terá o papel de negociar e articular no sentido de criar um campo favorável para a aprovação da PEC 169.

Fonte: CNS(2006, p. 59-60), adaptado pelo autor.



## **ANEXO G - PROPOSTAS APROVADAS NA V PLENÁRIA**

### **V PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE**

**BRASÍLIA - DF, 26 DE MARÇO DE 1998**

#### **Propostas aprovadas na V Plenária**

- a) realizar Atos Públicos nos estados – mobilização em defesa da PEC 169/93 e dos princípios e diretrizes do SUS;
- b) realizar Encontros Estaduais de Conselheiros;
- c) escolher uma comissão para monitorar e mapear os votos dos deputados por estado;
- d) elaborar projetos de emendas às Constituições Estaduais, vinculando recursos de 10% dos orçamentos estaduais;
- e) elaborar Boletim das Plenárias Nacionais;
- f) pressionar os deputados em suas bases para assinatura de termo de compromisso de apoio a PEC 169/93;
- g) agendar audiências com liderança das bancadas parlamentares para solicitar apoio à PEC 169/93;
- h) agendar audiência com novo ministro após sua posse, por meio do CNS/Conass/Conasems e Comissão Organizadora da II ENCS, para comunicar a posição da V Plenária Nacional acerca da defesa dos princípios e diretrizes do SUS e da PEC 169;
- i) agendar audiência com o Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, no decorrer do II Encontro Nacional de Conselheiros;
- j) orientar, em todos os estados, a impetração de Ação Civil Pública de Lesa Cidadania pelo Ministério Público Federal, contra o desfinanciamento do SUS;
- k) encaminhar por meio do CNS a Moção de Apoio à aprovação da PEC 169/93 ao presidente Fernando Henrique Cardoso.

Fonte: CNS (2006, p. 66-67), adaptado pelo autor.

**ANEXO H - MOBILIZAÇÃO DO MOVIMENTO EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA**  
**VI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 1998**  
**BRASÍLIA - DF, 19 DE NOVEMBRO DE 1998**

### **Histórico**

O dia 19 de novembro de 1998 foi marcado por uma mobilização do Movimento em Defesa da Saúde Pública. No Espaço Cultural da Câmara dos Deputados, representantes do Conselho Nacional de Saúde e de Conselhos Estaduais e Municipais de todo o País – com o apoio de bispos da CNBB, representantes de entidades de empresários, usuários, trabalhadores, portadores de deficiências, associações de moradores, pastorais e membros da comunidade científica – debateram os cortes de recursos da saúde durante toda a manhã.

Lideranças de oposição e do governo manifestaram solidariedade ao movimento e compromisso com a luta por recursos mais compatíveis com as reais necessidades de saúde da sociedade brasileira. O entendimento comum foi o de que a crise no financiamento da saúde pública já penaliza a população brasileira com um atendimento precário e insuficiente.

Todos combateram o corte de 1 bilhão de reais no orçamento da saúde, anunciado pelo governo, o que representaria, segundo os líderes do movimento, o agravamento da situação do setor com sacrifício enorme para 80% da população, dependente da rede pública de saúde.

Uma comissão do movimento esteve em audiência com o relator do Projeto do Orçamento da União para 1999, senador Ramez Tebet (PMDBMS), quando fez a entrega da proposta de recomposição dos R\$ 1,4 bilhão nas verbas para a saúde junto com a Carta Aberta em Defesa da Saúde. O relator assegurou que estavam sendo feitos esforços para o ajuste no orçamento, acenando com a possibilidade de aumento na destinação de verbas para a saúde.

Em meio à manifestação pública realizada no final da tarde em frente ao Ministério da Saúde, uma comissão de conselheiros e de bispos da CNBB levou pessoalmente ao ministro da Saúde, José Serra, a proposta de recomposição orçamentária e a Carta Aberta em Defesa da Saúde.

Durante a manifestação, foram realizados discursos e um apelo veemente ao governo e ao Congresso Nacional para que não penalizem a sociedade brasileira com uma política eminentemente anti-social. Ao final, cerca de 500 pessoas abraçaram o Ministério da Saúde em uma manifestação simbólica de resistência e luta.

Fonte: CNS (2006, p. 121), adaptado pelo autor.

**ANEXO I - CARTA ABERTA EM DEFESA DA SAÚDE**  
**VI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE -1998**  
**BRASÍLIA - DF, 20 DE NOVEMBRO DE 1998**

O Conselho Nacional de Saúde e as representações de conselheiros estaduais e municipais de todo o País, com o apoio das principais entidades da sociedade civil organizada (CNBB, Confederações Nacionais de Empresários, de Trabalhadores, de Usuários, de Profissionais de Saúde, de Entidades Filantrópicas, de Entidades de Portadores de Deficiência, de Associações de Moradores e da Comunidade Científica) vêm a público reafirmar: as medidas de ajuste orçamentário adotadas pelo governo mais uma vez vêm penalizar os setores sociais, que são aqueles em que a dívida acumulada com a sociedade brasileira é mais importante.

Como nos tornaremos uma nação desenvolvida sem garantir aos nossos cidadãos condições adequadas de educação? Como seremos capazes de construir um país moderno sem garantir a saúde de nosso povo? Como poderemos ultrapassar o fosso que nos separa dos países desenvolvidos sem investimentos em ciência e tecnologia?

O modelo econômico adotado pelo País vem penalizado cronicamente a saúde, representando uma ameaça permanente aos avanços até aqui conquistados na construção democrática do Sistema Único de Saúde.

Os cortes orçamentários anunciados neste final de ano representam a redução em praticamente 50% dos recursos de custeio e investimentos, do último bimestre, na área de saúde, alcançando quase R\$2 bilhões em um orçamento sabidamente insuficiente para o atendimento com dignidade e qualidade das necessidades da população.

Entretanto, as medidas não param por aí. O orçamento para o próximo ano também será penalizado se os ajustes propostos pela equipe econômica não forem revertidos pela ação decisiva, independente e comprometida dos parlamentares, ações estas que devem estar em consonância com os anseios da sociedade organizada.

A vinculação dos recursos para a saúde, antiga reivindicação dos profissionais da área e da sociedade organizada, é uma exigência premente para resguardar o setor do tratamento historicamente injusto.

Como órgão democrático de intensa participação da sociedade organizada, cuja atribuição primordial é exercer o controle social, o Conselho Nacional de Saúde, juntamente com os Conselhos Estaduais e Municipais reunidos na Plenária de Conselhos e os demais segmentos da sociedade civil:

- Reafirmam seu compromisso com a garantia dos direitos constitucionais da população brasileira na defesa de sua saúde;
- Manifestam sua veemente rejeição à redução de recursos imposta pela equipe econômica ao Ministério da Saúde, o que acarretará inevitavelmente prejuízo para as ações do SUS, afetando assim cerca de 80% da população brasileira;

- Exigem a reavaliação da proposta orçamentária enviada ao Congresso pelo governo, no sentido de recuperar os valores aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;
- Conclamam o Congresso Nacional a aprovar de imediato emenda constitucional que garanta a vinculação de recursos, assegurando os necessários financiamentos públicos estáveis, adequados e sustentáveis para a saúde.

Fonte: CNS (2006, p. 124-125), adaptado pelo autor.

**ANEXO J - DIAGNÓSTICO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL**  
**VIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 1999**  
**BRASÍLIA - DF, 09 DE DEZEMBRO DE 1999**

**Panorama do Controle Social em Saúde no Brasil**

Como atividades preparatórias à Plenária Nacional, os representantes regionais realizaram um diagnóstico da situação do controle social e do SUS nos estados e municípios. Esse diagnóstico e algumas propostas elaboradas são apresentados a seguir, conforme relato do período:

**a) Na Região Centro-Oeste**

- Alguns Conselhos, principalmente municipais, ainda funcionam por Decreto. A diretoria, os conselheiros e o presidente dos conselhos não são eleitos pelo plenário, sendo que a maioria tem comissões permanentes com atuação precária;
- Todos os estados e municípios têm fundos de saúde, porém com fiscalização precária. A maioria dos estados e municípios não tem PCCS;
- Poucos municípios, além das capitais e dos estados, têm programas de capacitação de conselheiros;
- Em Mato Grosso, o estado e alguns municípios têm ouvidorias; alguns têm apenas um disque saúde;
- Algumas propostas foram apresentadas pelos representantes da Região Centro-Oeste: garantia da autonomia, na forma da lei, para os Conselhos, com assessorias, recursos humanos, infraestrutura e capacitação; garantia para o funcionamento de ouvidorias no sentido de contribuir para o planejamento das ações de saúde e, conseqüentemente, para a fiscalização do orçamento; fortalecimento dos fóruns dos segmentos representados nos Conselhos; implantação imediata do PCCS para o SUS; estabelecimento de prazo para que o Conselho Nacional de Saúde tome medidas cabíveis caso municípios e estados não se regularizem quanto à execução da NOB; garantia de universalidade e equidade no atendimento; elaboração e cumprimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI); criação de câmaras de compensação; participação efetiva do Ministério Público na fiscalização do SUS; realização de Plenárias Regionais e Estaduais de Conselheiros de Saúde.

**b) Na Região Sul**

Em decorrência das questões apresentadas, estas foram discriminadas estado por estado. Em Santa Catarina, foram identificados como problemas:

- A cultura política conservadora na relação de forças, dificuldade o controle social;
- A desarticulação entre os Conselhos Estaduais e Municipais;
- A capacitação de conselheiros mediante iniciativas isoladas;

- A ausência de prestação de contas trimestral pelo estado, apenas por muitos dos municípios;
- A falta de agilidade do Conselho Estadual devido à não-aprovação da criação da Mesa Diretora do Conselho.

Foram apresentadas como propostas pelo estado a regulamentação do orçamento estadual destinado à saúde, com percentual mínimo de 10% das receitas estaduais (chegando progressivamente a 13%); a normatização do acesso igualitário da população mediante fila única; a regulamentação da proibição de qualquer tipo de cobrança direta nos estabelecimentos hospitalares públicos; a aprovação do regimento interno do CES e de diferentes comissões assessoras.

No Estado do Paraná, o primeiro estado brasileiro a implantar capacitação de conselheiros, foram realizadas 12 oficinas, com participação de mais de mil pessoas; foram identificadas dificuldades na apropriação, pelos conselheiros, dos instrumentos de controle social; foram publicadas cartilhas para o curso “Exercendo a Cidadania” em cinco regionais de saúde; em 1997, o Programa de Capacitação de Conselheiros atendeu a 1.053 cidadãos; em 1998, a 668 pessoas; em 1999, a 670; em 1999, 344 municípios realizaram Conferências Municipais de Saúde, com a participação de 325 delegados usuários.

No Rio Grande do Sul, o Programa de Capacitação de Conselheiros de Saúde é realizado desde 1995, com a coordenação do CES e apoio dos Ministérios Públicos Estadual e Federal, Escola de Saúde Pública, Conselhos Regionais e Municipais de Saúde do RS, Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde e da Federação dos Municípios. No ano de 1999, essas atividades tiveram a participação de 1.800 conselheiros, com uma média de 140 por encontro (13 ao todo). Tais encontros são realizados regionalmente, com programação estabelecida pelo CES/RS; todos os professores são voluntários.

### **c) Na Região Norte**

Os problemas de todos os estados e municípios são quase idênticos.

No Pará, o governo vem “empurrando com a barriga” a descentralização, repassando unidades para os municípios totalmente desaparelhados. Um dos entraves é que os secretários não são ordenadores de despesa – quem ordena é a Seplan. Nenhum Conselho tem secretaria executiva, o que é comum ao Amapá e ao Tocantins. Quem habilita os municípios é o Conselho Estadual de Saúde. Os municípios não realizam conferências; o CES está tentando desabilitá-los. A capacitação é feita somente por segmentos, como o caso da Pastoral da Criança e dos sindicatos. A CUT tem capacitado os usuários, atividade que tem surtido como efeitos denúncias contra o governo do estado e os serviços. Há dificuldades no custeio do trabalho de conselheiros e na liberação do ponto para que possam realizar suas funções. Vem-se conseguindo manter o controle social, mas falta a contrapartida do governo.

Faz-se necessária posição rigorosa do Ministério da Saúde em relação aos recursos e desvios de recursos da saúde. É necessário estimular a troca de entidades do Conselho por outras menos atuantes. As propostas apresentadas pela Região são de que seja cobrado dos municípios a obrigatoriedade de concurso para ingresso no serviço público; a obrigatoriedade dos estados em dar a sua contrapartida para os fundos estaduais e municipais; a obrigatoriedade de haver orçamentos próprios para os Conselhos; a obrigatoriedade de realização das

Conferências de Saúde e da prestação de contas dos gestores aos conselhos; a capacitação imediata dos conselheiros estaduais e municipais; a liberação do trabalho para os conselheiros em dias de reunião; a efetivação de legislação que garanta aos Conselhos poderes de convocar e requisitar pessoas para prestar esclarecimentos; a realização de ampla divulgação dos direitos dos usuários do SUS; a implantação de planos de cargos e salários para os trabalhadores do SUS; a definição do papel dos agentes comunitários de saúde, seus direitos e deveres; e a obrigatoriedade de concurso público para todos os trabalhadores da saúde. O Ministério da Saúde deve dar o exemplo para os gestores estaduais, que muitas vezes tomam deliberações sem consultar o Conselho.

**d) Na Região Nordeste I (os estados da Paraíba, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Ceará)**

- Não houve possibilidade de um maior contato com os conselhos para a realização da avaliação;
- Não houve retorno do questionário que servia para coleta de dados por parte de todos os estados, fazendo com que a avaliação apresentada fosse parcial. Mesmo assim, foi identificado como problema a falta de capacitação de muitos Conselhos Municipais;
- Há muitos indicativos de corrupção;
- Há despreparo por parte do Ministério Público;
- Não há assessoria técnica estruturada nas áreas contábil, jurídica e de comunicação para o exercício dos Conselhos Municipais e Estaduais;
- Muitos Conselhos não têm normas claras de funcionamento e não têm regimento interno;
- Faltam técnicos para assessoria aos Conselhos;
- Há divulgação precária sobre o papel e a importância dos Conselhos; especificamente no Ceará, a comunicação da VIII Plenária só chegou a 32 dos 184 municípios;
- A mídia faz do Ceará uma “ilha da fantasia” em termos de saúde; mas, na maioria dos municípios, os Conselhos são constituídos por representações indicadas pelos prefeitos;
- Para reverter esse quadro, é fundamental a capacitação contínua de profissionais sobre o papel do conselheiro, o conhecimento da legislação e a infraestrutura mínima para o funcionamento dos Conselhos;
- O acesso à informação é fundamental para o trabalho do conselheiro;
- Os agentes comunitários de saúde devem estar representados no CMS como trabalhadores de nível elementar.

**e) Na Região Nordeste II (os estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe)**

Os principais problemas apresentados foram:

- A maioria dos Conselhos tem o secretário de saúde como presidente;
- Não há plano de cargos e salários compatível com a complexidade das formas de atuação profissional no SUS;
- Não há capacitação de conselheiros para aumentar a qualidade do controle;

- Um questionário estruturado para diagnosticar a situação do controle social na região apontou os seguintes problemas: dos cinco estados, dois têm conselhos sem sede própria; dois não têm assessoria; três sofrem com a falta de dotação orçamentária; um não tem paridade e nem comissão assessora; cinco possuem o secretário de saúde como presidente;
- Desses estados, um não tem fundo de saúde; um não tem plano de saúde anual; nenhum deles tem plano de cargos e salários para os servidores da saúde; três não dão acesso aos Conselhos para os extratos bancários do fundo de saúde; a prestação de contas não é regular; um Conselho não atua na formulação de estratégias e um não realiza capacitação de conselheiros.

Foram apresentadas as seguintes propostas:

- Acompanhamento sistemático da dinâmica dos CES pelo CNS;
- Introdução de metodologia e dinâmica de acompanhamento dos CMS pelos CES;
- Implementação de instrumento para os estados apresentarem seu desenvolvimento;
- Envio periódico de subsídios e conteúdos para a discussão do controle social e da política de saúde pelos CMS, CES e CNS;
- Promoção de capacitação dos conselheiros coordenada pelos estados;
- Fiscalização da aplicação do PAB nos municípios;
- Suspensão imediata do repasse de recursos do PAB quando for identificado uso indevido do mesmo;
- Melhoria na atuação dos CES na formulação de estratégias e na análise para aprovação do plano estadual e respectiva proposta orçamentária.

#### **f) Na Região Sudeste**

Foram apresentados os seguintes problemas da região:

- Poucos municípios participam ativamente da execução da política de saúde estadual, o mesmo ocorrendo com os CES;
- As legislações municipais estão com vários problemas, dentre eles a falta de paridade;
- As representações dos trabalhadores em saúde nem sempre seguem as indicações da 9.a Conferência Nacional de Saúde;
- O acompanhamento da política orçamentária municipal é feito de forma heterogênea na região;
- A prestação de contas pelos dirigentes do SUS, os relatórios de gestão, os Planos de Saúde Anuais não são rotineiros na maioria dos municípios e não têm coerência entre si, cumprindo apenas o seu papel legal;
- Falta repasse de informações entre os segmentos representados nos Conselhos;
- Falta intercâmbio entre os CES e os CMS.

As propostas apresentadas foram:

- Garantir dotação orçamentária própria aos CMS, CES e CNS;
- Organizar plenárias regionais de conselheiros de Saúde;
- Incluir nos currículos escolares a formação básica sobre políticas públicas (de saúde, educação, etc.);



- Distribuir nos postos de saúde a legislação que trata dos direitos dos usuários do SUS;
- Constituir mecanismos obrigatórios de repasse, por parte dos conselheiros de Saúde, das informações referentes às decisões do Conselho de Saúde aos seus suplentes e segmentos representados;
- Desenvolver programas de capacitação que levem em conta a diversidade das realidades municipais;
- Dar mais visibilidade aos Conselhos de Saúde, tornando-os mais conhecidos e populares;
- Promover maior intercâmbio entre os Conselhos dos Estados;
- Reformular as legislações municipais de forma a garantir o controle social;
- Incluir nos cursos de capacitação de conselheiros noções como democracia, democracia direta, democracia representativa, cidadania, história das políticas de saúde, regime político brasileiro, questões de gênero;
- Estimular o funcionamento dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde;
  - estabelecer uma regularidade de seis meses para a convocação das Plenárias Estaduais;
- Efetivar o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde;
- Discutir, a partir das bases, o projeto de capacitação de conselheiros proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério Público;
- Aprofundar as discussões sobre a NOB 96;
- Reafirmar como fóruns deliberativos finais os CMS e os CES, e não as Comissões Bipartites;
- Criar comitês (nacional, estaduais e municipais) de formação continuada com representação de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e gestores), no sentido de melhor encaminhar o processo de capacitação de conselheiros;
- Garantir que haja integração permanente entre os CES e os CMS;
- Garantir que todos os recursos vinculados aos municípios e estados sejam publicados no Diário Oficial (DO), como já acontece com o Ministério da Educação;
- Garantir que todos os recursos repassados aos estados e municípios tenham o aval dos respectivos Conselhos de Saúde;
- Garantir que o Ministério Público, em conjunto com os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais façam cumprir o disposto no artigo 12 da Lei Federal n.º 8.689 e no artigo 9º do Decreto n.º 1.651 (BRASIL, 1993b, 1995).

Uma síntese dessas propostas foi apresentada ao ministro da Saúde durante sua participação na plenária. Ele destacou a importância do controle social e afirmou ser possível implementar uma grande parte das propostas apresentadas.

Fonte: CNS (2006, p. 149-156), adaptado pelo autor.

**ANEXO K - MANIFESTAÇÕES NO CONGRESSO NACIONAL EM FAVOR DA  
PEC 169/93  
IX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2000  
BRASÍLIA - DF, 06 DE JUNHO DE 2000**

**Histórico das Manifestações no Congresso Nacional em favor da PEC 169/93 e Emenda Aglutinativa 86-A**

O Auditório Petrônio Portela, em Brasília (DF), foi palco da IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. O encontro reuniu cerca de 450 participantes, representando os vários estados e regiões brasileiras. Os debates aconteceram durante um momento importante para o SUS, às vésperas da votação da Emenda Aglutinativa 86-A pelo Senado Federal. Essa proposta nada mais é que uma renumeração da PEC n.º 169/93, aprovada em primeiro e segundo turnos pelos deputados federais e que aguardava deliberação dos senadores.

O tema fez parte da pauta das discussões, e uma forte mobilização aconteceu em decorrência. Manifestantes defenderam a aprovação da medida na Esplanada dos Ministérios, e encontros de representantes de entidades e do Conselho Nacional de Saúde aconteceram com autoridades, como o então presidente do Congresso, senador Antônio Carlos Magalhães. O cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, notório defensor das causas sociais, também apoiou a iniciativa e conversou pessoalmente com os políticos, pedindo votos pela mudança na Constituição.

**Deliberações da plenária: Manifestações no Congresso Nacional**

- Preparação da manifestação a favor da PEC Aglutinativa 86-A.
- Manifestação a favor da PEC Aglutinativa 86-A no Congresso Nacional.
- Foi feita a leitura da Carta Aberta do Conselho Nacional de Saúde em Defesa da PEC da Saúde;

**Avaliação da IX Plenária**

- Durante a IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, houve várias reuniões, articulações, audiências e contatos com deputados e senadores para a aprovação da PEC n.º 169.

Fonte: CNS (2006, p. 175-176,179), adaptado pelo autor.

**ANEXO L - HISTÓRICO E PERSPECTIVAS DA PLENÁRIA NACIONAL DE  
CONSELHOS DE SAÚDE - PRINCIPAIS LUTAS DO PERÍODO  
X PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2001  
BRASÍLIA - DF, 18 A 20 DE NOVEMBRO DE 2001**

**Histórico e perspectivas da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde**

- Adalgiza B. de Araújo – Representante da região Sul e presidente do CES/RS

A proposta de organização de dados sobre o histórico das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde originou-se principalmente:

- Da necessidade de acesso a estes dados;
- Do resgate de uma história construída pelos Conselhos de Saúde de todo o Brasil;
- Da importância de visualizarmos a grandeza desta construção coletiva.

Em ordem cronológica, apresentamos abaixo o histórico das Plenárias, no período de 1995 a 2000:

1995 – I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde;

1996 – I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;

1998 – V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;

II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde;

VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;

1999 – VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;

VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;

2000 – IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Os principais temas abordados nas plenárias foram: o papel dos Conselhos de Saúde; a organização dos Conselhos de Saúde; a formação de Conselheiros; e a articulação entre Conselhos, destacando-se como principais resoluções:

- Formação de Conselheiros pelos CES e CNS;
- Construção da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;
- Implantação de Jornal dos Conselhos de Saúde.

Ressalta-se que durante a IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em 2 e 3 de Dezembro de 1997, foi criada a primeira Coordenação Provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, sendo eleitos um titular e um suplente por região e dois titulares e dois suplentes para a Região Nordeste e quatro representantes do Conselho Nacional de Saúde.

Durante a VII Plenária Nacional, realizada em 18 e 19 de maio de 1999, foi realizada eleição e posse da atual Coordenação Nacional das Plenárias de Conselhos de Saúde e eleitos dois conselheiros titulares e dois suplentes por região e quatro representantes do CNS.

**Principais lutas do período:**

- Organizações de Plenárias Estaduais e Regionais de Conselhos de Saúde em todo o Brasil;
- Capacitação de Conselheiros realizada em vários Estados e Municípios, com verbas orçamentárias próprias;
- Realização de 11 eventos Nacionais de Conselhos de Saúde em cinco anos;
- Vinculação de recursos para Saúde e o Art. 7º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que trata do caráter fiscalizador dos Conselhos de Saúde.
- Para sermos coerentes com a história, precisamos registrar que a criação de uma organização Nacional de Conselhos de Saúde, em 1995, partiu da Central Única dos Trabalhadores (CUT), que através de seu representante, à época, Jocélio Drummond, acreditou que seria possível e com o apoio de conselheiros e conselheiras de todos os cantos do nosso País, construirmos as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde.
- É nosso desejo que as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde cumpram, em especial, o seu papel/espço de articulação entre os Conselhos de Saúde e que estejamos todos a serviço dos princípios do Sistema Único de Saúde e na defesa da garantia dos direitos de cada cidadão junto ao SUS.

Fontes: CNS (2001, p. 18-20); CNS (2002, p. 31-32), adaptado pelo autor.

## **ANEXO M - AGENDA NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO - DESAFIOS PARA A REGULAMENTAÇÃO DA EC 29**

### **PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE EXTRAORDINÁRIA**

**BRASÍLIA - DF, 12 E 13 DE MAIO DE 2004**

#### **Histórico Agenda Nacional de Mobilização**

A Plenária Extraordinária foi realizada em um momento de acirrados debates a respeito da regulamentação da EC 29, especialmente com a tramitação, no Congresso Nacional, do projeto de lei complementar do deputado Roberto Gouveia (PT/SP), que regulamenta a EC 29. Reuniu conselheiros de Saúde de todo o Brasil, Conselho Nacional, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e outras entidades que defendem a causa, além de vários parlamentares, com um único objetivo: pressionar os deputados e senadores a regulamentarem já a EC 29.

Na manhã do dia 12 de maio, os conselheiros e parlamentares presentes discutiram o projeto de regulamentação da EC 29. Na parte da tarde, todos os gabinetes dos deputados e senadores foram visitados pelos conselheiros de Saúde de seus respectivos estados com um único objetivo: obter o compromisso de cada parlamentar com a regulamentação da EC 29.

Um dos pontos positivos da Plenária foi a audiência com o presidente da Câmara dos Deputados, João Paulo Cunha, que recebeu uma comissão de conselheiros e comprometeu-se a trabalhar em defesa da regulamentação da EC 29, deixando claro a dificuldade que deveremos encontrar pela frente.

Além dessa grande mobilização em Brasília, foi aprovada pela Plenária uma agenda de mobilização nos estados, como também o acompanhamento de todos os passos dos parlamentares nos seus estados de origem, no que diz respeito à EC 29.

#### **Avaliação das atividades**

A Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Eliane Aparecida da Cruz, informou sobre a audiência com o presidente da Câmara dos Deputados, João Paulo Cunha, no dia 12 de maio. O deputado João Paulo recebeu uma comissão composta por membros do CNS e da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde, acompanhada pelo deputado Roberto Gouveia. O presidente da Câmara disse que há divergências nos partidos e propôs que os conselheiros contatem os líderes partidários para solicitarem urgência na tramitação do projeto.

O plenário aprovou, por unanimidade, o encaminhamento de documento com pedido de urgência ao presidente da Câmara.

Dando sequência aos trabalhos, os conselheiros – um representante por estado – apresentaram um relatório sucinto das visitas feitas aos gabinetes dos parlamentares. A maioria destes não foi encontrada, em virtude de estar no plenário ou em outro compromisso. Apesar disso, assessores e chefes de gabinete foram

contatados e reuniões ficaram agendadas para contato posterior com os parlamentares em seus estados de origem.

### **Agenda nacional de mobilização pela regulamentação da EC 29**

- Mobilização nos estados e municípios:
  - Conselhos Estaduais;
  - Conselhos Municipais.
- Dia Nacional de Mobilização pela Regulamentação da EC 29: 4 de junho de 2004.
- Fomentar o debate nas conferências temáticas – 3.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal e 2.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – nas etapas municipais, estaduais e nacional.
- Audiências públicas organizadas pelos Conselhos de Saúde debatendo o tema: O Processo de Regulamentação da EC 29.
- Envolver os Legislativos Municipais, Estaduais e Federal, a partir das Comissões de Saúde e Seguridade Social.
- Contato permanente, real e virtual, com os parlamentares.
- Contato com a Comissão de Finanças e Tributação (CFT) da Câmara dos Deputados.
- Organizar uma rede permanente de informação, com os objetivos de:
  - Manter atualizações sobre o processo da regulamentação da EC 29;
  - Criar uma rede de comunicação entre Conselhos de Saúde, Conass e Conasems;
  - Organizar mobilização.
- Dar visibilidade à mobilização por meio da:
  - Mídia (imprensa escrita, falada e televisiva);
  - Espaços de divulgação comunitários e locais;
  - Órgãos e instrumentos de divulgação dos movimentos sociais, entidades populares e sindicais.

Fonte: CNS (2006, p. 205-206), adaptado pelo autor.

**ANEXO N - PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS NO ATO PELA  
REGULAMENTAÇÃO DA EC 29 NA CÂMARA DOS DEPUTADOS  
XII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2004**

**BRASÍLIA - DF, 24 DE NOVEMBRO DE 2004**

**Histórico da participação de conselheiros no ato pela regulamentação da EC 29 na Câmara dos Deputados**

A XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu em Brasília – DF, de 24 a 26 de novembro de 2004, contando com a participação de 469 delegados, conselheiros de Saúde de 22 estados e do Distrito Federal. As delegações dos estados do Acre, Amapá, Roraima e Paraíba não se fizeram presentes.

A realização da XII Plenária teve como objetivo promover a troca de experiências e avaliações entre seus participantes, de modo a propiciar a renovação de forças e as motivações para o aprofundamento da concepção e articulação do efetivo exercício do controle social.

Os temas discutidos foram: o SUS na conjuntura atual e o controle social; a gestão da força de trabalho como estratégia de consolidação do SUS; o papel do Estado, nas três esferas de governo, na consolidação do SUS e Controle Social; a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC 29); o controle social e a capacitação dos segmentos; Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde; organização e funcionamento das Plenárias.

Atendendo ao convite da Frente Parlamentar da Saúde, a coordenação da Plenária articulou a participação dos conselheiros presentes em ato pela regulamentação da EC 29, no dia 24, na Câmara dos Deputados. Na ocasião, parlamentares de diversos partidos e conselheiros de Saúde manifestaram-se favoravelmente à urgência da tramitação do Projeto de Lei Complementar n.º 01/2003, para assegurar o financiamento para o SUS.

A dinâmica da XII Plenária se processou por meio de mesas-redondas, debates em plenário, trabalhos de grupo (por região) e Plenária Final. Nessa última, foram aprovadas as propostas resultantes dos trabalhos dos grupos, bem como foram eleitos os conselheiros representantes dos estados presentes no evento que irão compor a Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde.

Fonte: CNS (2006, p. 211), adaptado pelo autor.

## **ANEXO O - RESGATE HISTÓRICO DA PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE**

### **XIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2005**

**BRASÍLIA - DF, 05 DE DEZEMBRO DE 2005**

#### **Resgate Histórico da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde**

Apresentadoras: Eliane Cruz – Secretária Executiva do CNS e Maria Elizabeth Siqueira – CNPS/PA

Eliane Cruz fez um resgate da plenária que foi criada por deliberação do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado em Salvador – Bahia, no ano de 1995. Com o passar dos anos a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tornou-se um movimento dos conselhos municipais, estaduais e nacional, nascido do compromisso e da necessidade de articulação entre os Conselhos de Saúde e pela capacitação para o fortalecimento da ação dos conselheiros.

A plenária contribuiu bastante para melhorar o intercâmbio entre os conselhos e os conselheiros de saúde de todo Brasil, com o Conselho Nacional de Saúde e a melhoria do relacionamento entre as três esferas do governo, no âmbito do controle social no Sistema Único de Saúde, daí ressaltando a importância do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, realizado em junho de 1998, em Brasília – DF, contando com a participação de aproximadamente dois mil conselheiros.

Vale salientar que até o ano de 1997 não havia uma coordenação e foi exatamente na IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, acontecida naquele ano, foi eleita a primeira coordenação provisória, sendo definido um representante por região, ficando a Região Nordeste pela sua dimensão, com dois representantes.

A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tem contribuído para o avanço do controle social no SUS, como também para a consolidação do sistema e ao longo de sua existência travou várias lutas em defesa da saúde pública.

Podemos citar a questão do financiamento do Sistema Único de Saúde como uma das bandeiras encampadas neste período, com grande mobilização pela aprovação da PEC nº 169, de autoria do Deputado Eduardo Jorge do PT/SP e do Deputado Waldir Pires do PT/BA, como também, contribuiu na elaboração da Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

No ano de 2004, quando da realização da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde a coordenação adquiriu o atual formato, ou seja, um coordenador por estado, o que vem dando certo.

Atualmente, as principais mobilizações da Plenária continuam sendo na questão do financiamento do Sistema Único de Saúde, que é a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, junto ao Congresso Nacional, bem como na questão do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e do controle social.



**ANEXO P - O CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA CONJUNTURA  
NACIONAL DA SAÚDE**

**XIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2005**

**BRASÍLIA - DF, 05 DE DEZEMBRO DE 2005**

**O Controle Social no contexto da Conjuntura Nacional da Saúde**

**Resgate da Mesa – O Controle Social no contexto da Conjuntura Nacional da Saúde**

Expositora: Solange Gonçalves Belchior – Conselho Nacional de Saúde

Coordenador: Íris da Conceição – CNPS/RJ

Secretário: José Anézio do Vale – CNPS/ES

Relatora: Magda Aparecida Gonçalves – CNPS/MA

**PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE**

Trajetória histórica 1995 – I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde

1996

- I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

1997

- II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- III Plenária InterConselhos de Saúde
- IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

1998

- V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde
- VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

1999

- VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
- VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

2000

- IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

2001

- X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

2002

- XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

**Resumo das Plenárias Nacionais de Conselhos**

Marco inicial da organização de Conselhos de Saúde em Plenárias de Conselhos de Saúde:

### **I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado em Salvador – Bahia de 24 a 25 de abril de 1995**

Pauta do I Congresso: Papel dos Conselhos de Saúde;

- Organização dos Conselhos de Saúde;
- Formação de conselheiros;
- Articulação entre Conselhos de Saúde;

Principais Resoluções do I Congresso:

- Formação de conselheiros pelos conselhos estaduais de saúde e Conselho Nacional de Saúde;
- Construção da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; e
- Implantação do jornal dos Conselhos de Saúde.

### **I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília – DF 19 de novembro de 1996**

Pauta da I Plenária:

- Destaques pendentes da 10ª Conferência Nacional de Saúde;
- Medida provisória que propõe a criação das organizações sociais;
- Constituição da Comissão Interconselhos Tripartite;
- Manifesto em defesa do SUS.

Principais Resoluções da I Plenária:

- Manifestação contrária à MP das organizações sociais;
- Aprovada a constituição da comissão interconselhos;
- Manifesto em defesa do SUS.

### **II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília – DF 16 de abril de 1997**

Pauta da II Plenária:

- Apoio à aprovação da PEC nº 169;
- Plano de metas do governo para a Saúde;
- Funcionamento da plenária de Conselhos de Saúde;
- Manifesto em defesa do SUS.

### **Resoluções sobre Funcionamento da Plenária de Conselhos de Saúde (propostas a serem debatidas nos conselhos para posterior deliberação)**

- Local: sempre em Brasília ou rodízios por regiões;
- Periodicidade: trimestral, quadrimestral ou semestral;
- Critério de participação: quatro, seis ou oito conselheiros por conselhos, com financiamento pelos conselhos de origem;
- Coordenação da Plenária: CNS e um representante por região;

- Papel da Plenária: articular os Conselhos de Saúde, implementar as resoluções da Conferência Nacional de Saúde, defender o SUS, ampliar o controle social e desenvolver ações conjuntas que envolvem os conselhos.

Encaminhamentos:

- Manifesto da II Plenária de Conselhos de Saúde contra a reforma administrativa e da previdência; reafirmação da importância da aprovação da PEC nº 169. Quanto ao SUS, denuncia o esvaziamento do setor público em benefício do privado, manifesta-se contra a terceirização/ privatizações, contra as organizações sociais, cooperativas e fundações.

### **III Plenária InterConselhos de Saúde – 19 e 20 de agosto 1997 – Brasília**

Participantes: 240

Pauta:

- Mobilização Nacional pela aprovação da PEC nº 169;
- Relato dos estados;
- NOB/96;
- PEC nº 169;
- Funcionamento da Plenária InterConselhos de Saúde.

Encaminhamentos:

- Sobre funcionamento da Plenária, três estados trouxeram propostas (MG, MA e PE) – este tema foi adiado;
- Ato público no segundo dia da Plenária: manifestação pró-SUS pela aprovação da PEC nº 169/93; audiência com Ministro da Saúde, com entrega de abaixo assinado pela aprovação da PEC nº 169.

### **IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2 e 3 de dezembro 1997 – Brasília**

Pauta:

- Mobilização pela aprovação da PEC nº169;
- Articulação do movimento em defesa do SUS;
- Convocação para o segundo Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde.

#### **Resolução sobre funcionamento da Plenária:**

- Criação da Coordenação Provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde com o objetivo de organizar o Encontro Nacional de Conselheiros;
- Coordenação composta por: quatro representantes do CNS e um conselheiro eleito por região, exceto a Região Nordeste que contou com dois representantes.

Encaminhamento:

- Convocação do Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde;
- Luta pela aprovação da PEC nº 169/93;
- Audiências no Congresso Nacional no dia 3 de dezembro de 1997.

## **V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 25 e 26 de março de 1998 – Brasília**

Participantes: 19 estados com um total de 129 pessoas.

Pauta:

- Organização do Segundo Encontro Nacional de Conselheiros;
- Mobilização pela PEC nº 169 /Orçamento/Plano de Lutas.

## **II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde – 2 a 4 de junho de 1998 – Brasília**

Pauta:

- Capítulo I – Saúde; Cidadania e Políticas Públicas;
- Capítulo II – Efetivando o Controle Social;
- Capítulo III – Comunicação entre os Conselhos de Saúde e a sociedade;
- Capítulo IV – Gestão, organização, financiamento e serviços de saúde com o Controle Social.

## **VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 19 e 20 de novembro de 1998 – Brasília**

Pauta:

- Planejamento das atividades para 1999;
- Estrutura e Organização das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde;
- Ato em defesa do SUS – apresentação da Carta Aberta em defesa da Saúde: contra cortes de recursos para a saúde. Dia 19 de dezembro, período matutino, em frente à Câmara dos Deputados, e no período vespertino manifestação em frente ao Ministério da Saúde, que culminou em um abraço de 500 pessoas no referido ministério.

**Nesta Plenária, foram discutidas a organização e a estrutura das plenárias, sendo definidos os seguintes encaminhamentos:**

- Delegados da Plenária eleitos em seus conselhos de origem.
- Periodicidade: semestral.
- Coordenação: três do CNS, um titular e um suplente por regiões, exceto região Nordeste com dois titulares e dois suplentes.
- Organização: Plenárias estaduais, precedendo as plenárias nacionais.
- Encaminhamentos: Definição de coordenações estaduais; encontro de conselheiros a cada dois anos; boletim informativo bimestral, sendo os estados responsáveis pela reprodução.

## **VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 18 e 19 de maio de 1999 – Brasília**

Participantes: 24 estados e Distrito Federal 500 representantes.

Pauta:

- Luta pela PEC nº 169;
- Temas de conjuntura nacional e de saúde;

- Capacitação de conselheiros, comunicação; controle social e as competências dos conselheiros; comissões intergestoras e as secretarias de saúde;
- Eleição da Coordenação da Plenária Nacional.

### **VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 9 e 10 de dezembro de 1999 – Brasília**

Pauta:

- Conjuntura da saúde e financiamento do SUS;
- Avaliação do controle social nas regiões;
- 11ª Conferência Nacional de Saúde;
- Capacitação de conselheiros;
- Análise do controle social no País, com entrega de documentos ao Ministro da Saúde.

### **IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 6 e 7 de junho de 2000 – Brasília**

Participantes: 450

Pauta:

- Avaliação da VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;
- 11ª Conferência Nacional de Saúde;
- Manifestação a favor da PEC nº 86 – no Congresso Nacional.

### **X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 18, 19 e 20 de dezembro 2001 – Brasília.**

Participantes: 26 estados – 755 delegados.

Pauta:

- Controle social na gestão do SUS;
- Atualização da resolução nº 33 do CNS;
- Organização e funcionamento das plenárias;
- Financiamento do SUS, conforme EC nº 29;

Deliberações:

- Quanto ao funcionamento e à organização das Plenárias: periodicidade – anual / extraordinárias a qualquer tempo.
- Delegados eleitos paritariamente em seus conselhos de origem.
- Coordenação com duração do mandato de dois anos – quatro CNS, dois titulares e dois suplentes por região, exceto Região do Nordeste – três titulares e três suplentes.

### **XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 1, 2 e 3 de dezembro 2002 – Brasília**

Participantes: 26 estados e Distrito Federal mais de 800 participantes.

Pauta:

- Capacitação de conselheiros;
- NOB / RH – SUS;
- Orçamento e financiamento do SUS – EC nº 29.

**As Plenárias de Conselhos ao longo de sua história vêm revendo e construindo seu papel.**

Desde 1995 são concebidas enquanto instâncias de articulação entre os Conselhos de Saúde, que pretendem:

- Contribuir no processo de implementação das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde;
- Defender o SUS enquanto política de redistribuição de renda e não como política compensatória;
- Ações conjuntas entre os conselhos de forma a ampliar o controle social numa perspectiva de participação crítica e propositiva.

**O CNS nesse processo chamou para si as discussões das Plenárias Nacionais de Conselhos, resultando na deliberação 004/2001.**

Na atualidade, agrega-se um novo momento de luta, com novas bandeiras, sendo considerado o financiamento com planejamento na perspectiva da integralidade, uma delas. Planejamento na perspectiva da integralidade da saúde, desde a atenção básica até o alto custo, com base em critérios epidemiológicos e sociais, na perspectiva das necessidades sociais e de saúde, e não na ótica do mercado.

## DESAFIOS

Principais encaminhamentos da reunião da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, com representantes dos estados, 12 e 13 de maio de 2003:

- Repensar o papel político organizativo das Plenárias de Conselhos de Saúde, enquanto instância propositiva,
- Pró-ativa; retomar o papel de articulação entre os conselhos desde os conselhos municipais;
- Construir a Plenária enquanto movimento nacional, a partir da base – municipais – estaduais e regionais;

Fonte: CNS (2007, p. 13-20), adaptado pelo autor.

**ANEXO Q - DESAFIOS PARA O CONTROLE SOCIAL**  
**XIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2005**  
**BRASÍLIA - DF, 06 DE DEZEMBRO DE 2005**

**Desafios para Controle Social**

Além das leis e de outros documentos presentes na institucionalização do SUS, existem aspectos do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente do ponto de vista da organização da atenção e gestão, que precisam ser mais conhecidos e debatidos pelas instâncias de controle social, especialmente pelos Conselhos de Saúde.

Um dos aspectos desafiadores diz respeito à regulação do sistema por meio de normas pactuadas – a Norma Operacional Básica. As NOBs têm como principal objetivo estabelecer as regras práticas de como o SUS deve funcionar no País.

Outro aspecto é a relação dos Conselhos de Saúde com a organização dos gestores na esfera municipal e nas comissões Bipartites – representantes dos secretários municipais de saúde e o secretário estadual de saúde, e Tripartites – representantes dos secretários municipais e estaduais e os representantes do Ministério da Saúde.

Estas comissões têm como objetivo tomar decisões de gestão, negociar propostas e estabelecer acordos integrados e articulados sobre os programas do SUS, chamados de pactuações integradas – sobre Vigilância, Assistência, Atenção Básica e outros.

Somam-se a estes desafios a busca de estratégias de fortalecimento da participação das organizações da sociedade civil, a construção dos planos de Saúde, a regionalização, os planos de investimento, a organização da gestão, a agenda da saúde, os quadros de metas e relatórios de gestão.

Destacamos o desafio de definir recursos contínuos para a saúde no orçamento anual, com a garantia de cumprimento do que foi estabelecido na EC nº 29, como percentuais mínimos para serem aplicados nos serviços de saúde.

Finalmente, estamos diante do desafio de construir a Política Nacional de Educação e Fortalecimento do Controle Social no SUS, com ações que articulem formação permanente em saúde de conselheiros e dos sujeitos sociais.

**Temas da Política Nacional**

1. Participação das pessoas: no SUS; no Controle Social; nos Conselhos de Saúde; nas Conferências de Saúde; nas plenárias de conselhos; nos fóruns da saúde.
2. Relacionamento do controle social com o Ministério Público e o Poder Legislativo.
3. Capacitação permanente de conselheiros.
4. Sistema de informações.
5. Informação e comunicação.
6. Pólo de educação.
7. Legislação para o controle social.
8. Financiamento.

Texto disponível no endereço <<http://conselho.saude.gov.br>>.

Fonte: CNS (2007, p. 26-27), adaptado pelo autor.

**ANEXO R - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – CAMINHOS E DESCAMINHOS**  
**XIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2005**  
**BRASÍLIA - DF, 05 DE DEZEMBRO DE 2005**

**Sistema Único de Saúde – Caminhos e Descaminhos**

Caminhos	Descaminhos
<b>Gestão</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidade do Estado que recorre ao setor privado somente quando a capacidade dos serviços públicos for insuficiente. Base legal: Constituições Federal e Estadual; Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142; Código Estadual de Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização de terceirizações e Privatizações: o Estado entrega suas unidades para entidades privadas, que as gerenciam com materiais e recursos financeiros do próprio Estado com a lógica privada (fundações; consórcios; organizações sociais; centros de estudos; cooperativas).</li> </ul>
<b>Universalidade</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento a todos independentemente de idade, local de moradia, de ter carteira de trabalho ou de pagar impostos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Separação de leitos para quem tem convênio privado (dupla-porta).</li> <li>Atendimento apenas em determinada região.</li> <li>Separação de vagas sem controle público.</li> </ul>
<b>Integralidade</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento em saúde desde os serviços preventivos até o curativo; desde uma consulta geral até a mais complexa cirurgia. Entende a Saúde como garantir qualidade de vida, inserida em diversas áreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desativação de unidades básicas para implantar unidades que priorizam o atendimento médico.</li> <li>Privilegiar atendimentos mais rentáveis</li> </ul>
<b>Equidade</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proibição de qualquer tipo de diferenciação entre as pessoas necessitadas de um mesmo tipo de atendimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implantação da “cesta básica de saúde” para a população pobre.</li> <li>Disponibilização de parte de leitos hospitalares públicos para quem tem convênio privado.</li> </ul>
<b>Controle Social</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de conferências e Conselhos de Saúde (nacional, estaduais, municipais e locais) deliberativos e com participação de 50% de usuários; 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não prestação de contas para os Conselhos de Saúde.</li> <li>Decisão pelas direções de entidades privadas sobre realização de atendimento e utilização de recursos, sem a participação da sociedade e prestação de contas.</li> <li>Conselhos que não são paritários</li> </ul>
<b>Descentralização</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestação de serviços prioritariamente pelos municípios, ou em parceria municípios e estados, facilitando a adequação dos serviços às necessidades epidemiológicas e sanitárias locais e o controle social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recentralização de serviços e repasses financeiros a partir de programas determinados nacionalmente.</li> <li>Unidades regionais decidem distribuição de vagas sem avaliar com municípios.</li> </ul>
<b>Financiamento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumprimento da EC nº 29/2000. Manutenção dos recursos da saúde em</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recebimento de verbas pelas entidades privadas que não realizam licitações nem</li> </ul>



<p>conta bancária própria (Fundo de Saúde) com licitações e acompanhamento dos Conselhos de Saúde</p>	<p>apresentam contas aos Conselhos de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusão de itens que não são relativos à saúde nas verbas da saúde.</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratação de trabalhadores públicos, por meio de concursos públicos e com garantia de estabilidade para impedir o clientelismo. Criação de planos de cargos, carreiras e salários. Processo permanente de negociação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratação e demissão de pessoal e pagamento de salários diferenciados com recursos públicos por entidades privadas.</li> <li>• Salários diferenciados dentro do setor público.</li> <li>• Pagamentos baseados em “produtividade numérica”.</li> </ul>

Fonte: CNS (2007, p. 34-36), adaptado pelo autor.

**ANEXO S - DEBATENDO O MODELO DE ATENÇÃO DO SUS  
XIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2005  
BRASÍLIA - DF, 06 DE DEZEMBRO DE 2005**

**Debatendo o Modelo de Atenção Brasil PRÉ-SUS**

Palestrantes: Francisco Batista Júnior – CNS / CNPS

Coordenador: Manoel Pereira de Miranda – CNPS/TO

**1 – Constituição de 1824**

Art. 179. - Inc. XXXI – A Constituição também garante os socorros públicos (situações de calamidade pública).

**2 – Constituição de 1891 – Nenhum direito social garantido.**

**3 – Constituição de 1934**

Art. - 121. - “A lei promoverá o amparo...”

§1º h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante...

Art. 138. - “Incumbe à União, aos estados e aos municípios, ...”

f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação de doenças transmissíveis;

g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

**4 – Constituição de 1937**

Art. - 16. - Compete privativamente à União... XXVII – Normas fundamentais de defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Art. 18. - “....., os estados podem legislar,....”

c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fonte medicinais;

e) medidas de polícia para a proteção das plantas e dos rebanhos contra as moléstias ou agentes nocivos.

**5 – Constituição de 1946**

Art. 5º - Compete à União:

XV – Legislar sobre:

b) normas gerais do direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime previdenciário;

Art. 157 - A legislação do trabalho e da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos,...

XV – Assistência sanitária, hospitalar e MÉDICA PREVENTIVA .

## **6 – Constituição de 1967**

Art. 8º - Compete à União:

XVII – Legislar sobre:

c) normas gerais de direito financeiro, de seguro e previdência social; de DEFESA E PROTEÇÃO DA SAÚDE; e de regime previdenciário;

Art. 9º - À União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios é vedado:

II – estabelecer cultos religiosos ou igrejas; subvencioná-los; embaraçar-lhes o exercício ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, RESSALVADA A COLABORAÇÃO AO INTERESSE PÚBLICO, NOTADAMENTE NOS SETORES EDUCACIONAL, ASSISTENCIAL E HOSPITALAR.

Art. 158 - A Constituição assegura AOS TRABALHADORES...

XV – assistência sanitária, hospitalar e MÉDICA PREVENTIVA.

## **7 – Constituição de 1969**

Art. 8º - Compete à União:

XVII – Legislar sobre:

c) normas gerais... “DE DEFESA E PROTEÇÃO DA SAÚDE...”

Art. 9º - O mesmo da de 1967: “.. ressalvada a colaboração ao de interesse público...”

Art. 165. - A Constituição assegura AOS TRABALHADORES...

XV – assistência sanitária, HOSPITALAR E MÉDICA PREVENTIVA.

## **8 – Constituição de 1988**

Art. 6º - São direitos sociais a educação, A SAÚDE, o trabalho...

Art. 24 - Compete à União, aos estados, e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XII – previdência social, PROTEÇÃO E DEFESA DA SAÚDE;

Art. 194. - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art. 196. - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais que visem à REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇA E DE OUTROS AGRAVOS E AO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS PARA SUA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO.

## **SUS BRASIL**

### **1 – Estratégias**

#### 1.1 – Qualificar a Atenção Básica:

- Atendimento humanizado e resolutivo;
- Atuação em fatores e situações de risco;
- Vinculação das equipes à comunidade, às famílias e aos territórios;
- Trabalho em equipe.

#### 1.2 – Integração com os demais níveis de atenção.

### **2 – Busca da Integralidade**

#### 2.1 – Abordagem do indivíduo e dos coletivos levando em conta o contexto familiar e social.

#### 2.2 – Garantia da assistência em todos os níveis de atenção.

#### 2.3 – Implantar práticas que contribuam para a construção do cuidado em saúde na perspectiva do autocuidado.

#### 2.4 – Adoção da intersetorialidade para a implantação de ações de promoção e prevenção da saúde.

#### 2.5 – Organização de serviços contemplando a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação.

### **3 – Municipalização/Descentralização (Prefeiturização)**

- Estabelecimentos públicos municipais variaram de 69% em 1992 para 92% em 1999.

### **4 – Estruturação da Rede Básica**

- Constituição de equipes profissionais.

### **5 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991)**

- Cobrem 23,0% da população brasileira (2003).

### **6 – Programa de Saúde da Família (1994)**

- Um total de 19.182 equipes cobrem 37,9% da população (2003).

### **7 – Equipes de Saúde Bucal**

- Um total de 6.367 equipes cobrem 20,9% da população (2003).

### **8 – Organização da Atenção**

#### 8.1 – Instituição de programas verticalizados.

#### 8.2 – Lógica da oferta e compra/pagamento de serviços x necessidades da população. 8.3 – Aumento das desigualdades regionais.

#### 8.4 – Dificuldades de acesso das populações mais vulneráveis.

### **9 – PSF – Estratégia x Modelo de Atenção**

#### 9.1 – Precarização.

#### 9.2 – Desmonte da Rede Básica.

#### 9.3 – Sem resolutividade: referência e contra referência.

10 – Rede Hospitalar como porta de entrada: 6.497(2000)

10.1 Públicos – 1.281 (35,1%) com 119.851 leitos (24,7%).

- Municipais – 1.597 (24,6%) com 57.294 leitos (11,8%).
- Estaduais – 640 (9,9%) com 53.047 leitos (10,9%).
- Federais – 44 (0,7%) com 9.510 leitos (2,0%).

10.2 Universitários – 157 (2,4%) com 46.143 leitos (9,5%).

10.3 Privados – 4.216 (62,4%) com 320.929 leitos (65,9%).

- Contratados – 2.319 (35,7%) com 165.616 leitos (34,0%).
- Filantrópicos – 1.737 (26,7%) com 155.313 leitos (31,9%).
- Sindicato – 3 (0,09%) com 135 leitos (0,09%)

11 – Execução/empenho financeiro/orçamentário em outubro de 2005 (Cofin/CNS)

11.1 – Bolsa Alimentação (65,22%).

11.2 – Programa Sangue e Hemoderivados (47,91%).

11.3 – Programa de Reestruturação da Saúde da Família (48,48%).

11.4 – Programa Interiorização do Trabalho em Saúde (0,0%).

11.5 – Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem (25,55%).

11.6 – Atenção à Saúde Bucal (24,67%).

11.7 – Ações de Vigilância Epidemiológica (42,40%).

11.8 – Reparcelhamento Unidades do SUS/MS (30,13%).

11.9 – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus/Funasa) (8,79%).

11.10 – Saneamento Básico (demais ações) – Funasa (45,29%).

11.11 – Adequação da Planta de Vacinas (31,73%).

## **12 – Cultura dominante**

12.1 – Culto aos Exames de Média e de Alta Complexidade.

12.2 – Judicialização dos Medicamentos de Alto Custo.

12.3 – Programa de Transplantes/Privatização.

12.4 – Força de Trabalho Precarizada e Dividida.

12.5 – Terceirizações da Gestão Pública x Privatização, Precarização e Risco à Universalidade.

Fonte: CNS (2007, p. 37- 43), adaptado pelo autor.

**ANEXO T - CARTA ABERTA AO CONTROLE SOCIAL E A TODAS AS CIDADÃS  
E CIDADÃOS BRASILEIROS  
XIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2005  
BRASÍLIA - DF, 05 DE DEZEMBRO DE 2005**

**Carta aberta ao Controle Social e a todas as cidadãs e cidadãos brasileiros**

A partir da II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília, em abril de 1997, tem-se mobilizado os Conselhos de Saúde por todo o Brasil na luta pela vinculação orçamentária de recursos nas três esferas de governo. Foram realizadas diversas manifestações públicas, promovidas pela Plenária Nacional, que culminaram com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC nº 29).

A XII Plenária Nacional de Conselhos em 2004 propôs para os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, o grande desafio de mobilização para regulamentar a EC nº 29, no que diz respeito à definição do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, as fontes de recursos federais e a base de cálculo, de forma adequada.

Considerando a falta de Controle Social nas áreas financeira, fiscal e tributária nas três esferas de governo, bem como a Lei de Responsabilidade Fiscal com a ausência de uma Lei de Responsabilidade Social, a obediência da ordem econômica mundial que prioriza pagamentos de dívidas financeiras em detrimento da dívida social que se traduz em uma política que objetiva aumentar (cada vez mais) o superavit primário e a sua repercussão na comunicação de massa como a maior prioridade de governo, os conselheiros de Saúde reunidos na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que convivem com essa realidade na sua atuação cotidiana, repudiam essa política e apoiam a imediata regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a aprovação de Lei de Responsabilidade Sanitária, visando sua imediata implementação e aplicação em defesa da saúde do cidadão.

Assim sendo, esta XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde solicita a sensibilização dos poderes Executivo e Legislativo nas três esferas de governo e apoia integralmente a Carta Aberta do Conselho Nacional de Saúde referente à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, abaixo transcrita:

Um dos principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de sua criação pela Constituição Federal de 1988 (CF-88) refere-se à natureza instável do seu processo de financiamento. A curta vigência da norma constitucional prevendo a alocação mínima de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, os empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT e a criação da CPMF (e a conseqüente redução de outras fontes) são exemplos da instabilidade e da insuficiência de recursos que caracterizam o financiamento do setor, inviabilizando o adequado cumprimento da norma constitucional.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 em 2000 representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, além de regulamentar a progressividade do

IPTU, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Apesar da importância da EC nº 29, a sua implementação tem gerado diferentes interpretações do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, além de não estarem contempladas no texto constitucional as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada.

A Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde buscou equacionar tais indefinições e o Projeto de Lei Complementar nº 01/03, em tramitação na Câmara Federal, contempla, entre outros, estes pontos, com o objetivo de regulamentar a EC nº 29, cujo prazo final previsto era 2004. O Conselho Nacional de Saúde tem conhecimento de problemas no processo de prestação de contas enfrentados pelos conselhos estaduais e municipais, decorrentes de um possível entendimento de que os dispositivos da EC nº 29 deixaram de ser obrigatórios, pois não houve tal regulamentação.

Quanto à aplicação mínima, o PLC nº 01/03 manteve os termos da vinculação de recursos existentes para estados e municípios, mas fixou para a União a obrigatoriedade da aplicação mínima de 10% das receitas correntes brutas dos orçamentos fiscais e da seguridade social. Cabe ressaltar que a adoção desse percentual corresponderia a um valor aplicado menor do que aquele que seria obtido se o dispositivo originalmente previsto na CF-88 (30% do Orçamento da Seguridade Social) estivesse em vigor.

O PLC nº 01/03 foi objeto de ampla discussão por mais de um ano, sob a coordenação do Deputado Guilherme Menezes (relator da Comissão de Seguridade Social e Família), que propôs um substitutivo incorporando o projeto original do Deputado Roberto Gouveia, e os projetos apensados do Deputado Geraldo Rezende e do Deputado Rafael Guerra.

O citado substitutivo foi aprovado nas comissões de seguridade social e família, finanças e tributação e, por fim, na Comissão de Constituição de Justiça e Cidadania. “O Conselho Nacional de Saúde manifesta seu apoio para que o PLC nº 01/03 seja aprovado ainda no exercício legislativo de 2005.

### **XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde**

#### **Conselho Nacional de Saúde**

**Fonte:** CNS ( 2007, p. 61-63), adaptado pelo autor.

**ANEXO U - ATIVIDADES NO CONGRESSO NACIONAL PELA  
REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29  
XIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2005  
BRASÍLIA - DF, 07 DE DEZEMBRO DE 2005**

### **Mobilização no Congresso Nacional**

Os Conselheiros presentes na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde realizaram uma mobilização em torno da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, através da aprovação da PL nº 01/2003 de autoria do Deputado Roberto Gouveia, durante a tarde do último dia, no Congresso Nacional.

### **03 Atividades Realizadas**

#### **1 - Visita aos gabinetes dos deputados e senadores**

A mobilização foi realizada em várias frentes: os conselheiros visitaram os gabinetes dos deputados e senadores dos seus estados no sentido de convencê-los da importância de inclusão da PL nº. 01/2003 na pauta da Câmara ainda em 2005, já que está aprovada em todas as comissões.

#### **2 - Audiência com os presidentes da Câmara de Deputados**

Uma outra estratégia foi a audiência com os presidentes da Câmara de Deputados, Deputado Aldo Rebelo e do Senado, Senador Renan Calheiros, respectivamente, com a entrega da carta aprovada na XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

#### **3 - Reunião com o relator do Orçamento da União**

Na reunião com o relator do Orçamento da União, Deputado Carlito Merss, os conselheiros nacionais e representantes da Plenária levaram documento elaborado pela Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) com as posições do CNS sobre o orçamento da saúde.

**Fonte:** CNS (2007, p. 64), adaptado pelo autor.



**ANEXO V - BANDEIRAS DE LUTAS ENCAMPADAS PELA PLENÁRIA  
XIV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2007  
BRASÍLIA - DF, 10 DE ABRIL DE 2007**

**Mesa de Abertura da XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde**

A Abertura da XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu no dia 10 de abril de 2007, sendo a Mesa composta pelo Dr. Antônio Alves de Souza – Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – representando o Sr. Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, pelo Sr. Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS, pela Sra. Eliane Aparecida Cruz – Secretária-Executiva do CNS e pelo Sr. José Teófilo Cavalcante – Coordenação da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde.

Fizeram uso da palavra o Presidente do CNS, Sr. Francisco Batista Júnior, que ressaltou a importância da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, para o Controle Social no SUS, e fez um resgate histórico dessa caminhada desde o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde que aconteceu em 24 e 25 de abril de 1995, na cidade de Salvador – BA. Lembrou que o Congresso foi de grande importância para o avanço da Política Nacional de Saúde e para incentivar a organização dos Conselhos de Saúde em nível estadual e municipal, como também na formação de conselheiros de saúde. O Presidente do CNS informou que foram realizadas três Plenárias como em 1997, ano em que foi criada a primeira Coordenação Nacional de Plenárias. Fez questão de destacar o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde em 1998, em que participaram mais de dois mil conselheiros de saúde de todo Brasil.

**Bandeiras de lutas encampadas pela Plenária**

Muitas foram as bandeiras de lutas encampadas por esse fórum interconselhos durante esses anos, como:

- a luta incansável em defesa do Projeto de Emenda Constitucional (PEC nº 169/93) que resultou na Emenda Constitucional (EC 29/00), manifesto em defesa do SUS;
- a comunicação entre os Conselhos de Saúde e a Sociedade;
- a modificação da Resolução nº 33/92 do CNS que se transformou na Resolução nº 333/2003 do CNS; e, ultimamente o grande movimento pela regulamentação da EC nº 29/00;
- participação do controle social no Pacto pela Saúde; e,
- luta contra a Terceirização de Gerência e Gestão do SUS.

Finalizando, Francisco Batista Júnior falou sobre a posição que ocupa hoje de Presidente do CNS a qual amplia sua atuação de defensor do Controle Social, por meio de suas críticas e cobranças aos Gestores. Disponibilizou-se para ajudar os Conselhos de Saúde no que for necessário e estes devem sentir-se a vontade para fazer suas cobranças. Apresentou sua expectativa de que a XIV Plenária Nacional cumpra sua pauta e reforce ainda mais o Controle Social no SUS, fazendo com que a pressão no Congresso Nacional seja forte o suficiente para a Regulamentação da EC nº 29 no ano de 2007, sob pena de colocar o financiamento do SUS em risco.

Fonte: CNS (2007, p. 72-73), adaptado pelo autor.

**ANEXO W - ATO POLÍTICO - ATIVIDADES NO CONGRESSO NACIONAL:  
MOBILIZAÇÃO PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE LEI (PL 001/2003)  
REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000**

**XIV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2007**

**BRASÍLIA - DF, 11 DE ABRIL DE 2007**

**Ato Político pela Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000**

Foram realizadas atividades no Congresso Nacional pela mobilização pela aprovação do Projeto de Lei (PL 001/2003) e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000.

No dia 11 de abril de 2007, foi realizada a Concentração no Congresso Nacional às 9 horas, Ato Político pela Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que garante investimento mínimo nas três esferas de governo para a saúde, ou seja, 10% pela União, pelos 12% estados e Distrito Federal e 15% pelos municípios.

A mobilização contou com a presença de representações dos conselhos estaduais, municipais, entidades e movimentos sociais e sindicais ligados à área de Saúde, parlamentares de vários partidos abraçaram a causa e se uniram aos manifestantes pela aprovação do Projeto de Lei nº 001/2003, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29/2000.

O Projeto já foi aprovado nas comissões da Câmara devendo apenas ser votado em Plenário e, posteriormente, ser sancionado pelo Presidente da República.

Cerca de 1.200 conselheiros de saúde participaram desta mobilização no Congresso Nacional.

Fonte: CNS (2007, p. 69;78), adaptado pelo autor.

**ANEXO X - ATO PÚBLICO PELA REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA  
CONSTITUCIONAL Nº 29 E PELA RETIRADA DO PROJETO DE LEI Nº 092/2007**

**XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2008**

**BRASÍLIA - DF, 26 DE NOVEMBRO DE 2008**

**Ato Público**

- **REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29**
- **RETIRADA DO PROJETO DE LEI Nº 092/2007**

**Solenidade de Abertura**

Solenidade de Abertura A XV Plenária de Conselhos Nacional de Saúde, que aconteceu entre os dias 26 e 28 de novembro de 2008, teve como objetivos principais, discutir 20 anos do SUS – Desafios e Perspectivas, Financiamento da Saúde, Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, Fortalecimento da Gestão Pública no SUS.

**Consta na Programação da Plenária**

Em seguida, após a mesa de abertura, como parte da programação, os conselheiros e conselheiras seguiram em passeata até o Congresso Nacional onde foram recebidos pelo Presidente da Câmara dos Deputados que se comprometeu trabalhar para aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e pela retirada do Projeto de Lei nº 092 de 2007.

Fontes: CNS (2008, p. 3, 17, 59); CNS (2013, p. 9, 30, 94), adaptado pelo autor.

## **ANEXO Y - MANIFESTO DA XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE**

**XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2008**

**BRASÍLIA - DF, 28 DE NOVEMBRO DE 2008**

### **Anexo II –**

#### **Manifesto da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde**

Ao Conselho Nacional de Saúde

Ao Ministério da Saúde

À Sociedade Brasileira

A XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde que contou com a participação de conselheiros estaduais e municipais de saúde de todos os Estados Brasileiros, ocorrida na cidade de BSB - DF no período de 26 a 28 de novembro de 2008, ao analisar a conjuntura da saúde pública no Brasil, percebeu que há muitos e grandes desafios, sendo o maior deles o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, enquanto política pública de Estado, visando a qualidade de vida e o direito à cidadania de forma sustentável para toda a população.

Desta forma, expressamos neste Manifesto os principais desafios para implementação desta política:

1. Que sejam homologadas e publicadas as deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que assegurem o cumprimento destas deliberações pelo poder público e seu monitoramento pelo controle social.
2. Priorizar a inversão do modelo de atenção - do curativo para a promoção e prevenção da saúde.
3. Concurso público com responsabilidade tripartite pela contratação e remuneração do trabalho de acordo com Diretrizes do Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, elaborado pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.
4. Reestruturação curricular desde o ensino fundamental, inserindo matéria sobre o Sistema Único de Saúde.
5. Implementar no SUS as residências multiprofissionais.
6. Ampliar o rigor na análise de pedidos de abertura e renovação de cursos na área de saúde, atendendo a demanda social com fiscalização dos cursos já existentes.
7. Resgatar o comando único do SUS, com autonomia administrativa, política e financeira de gestão, impedindo que a mesma se dê pelo caixa único do Ministério da Fazenda.

8. Serviço civil em saúde - compromisso dos estudantes da saúde formados em escolas públicas com prestação de serviços no setor da saúde pública no Brasil, como forma compensatória.
9. Garantia de financiamento para as atividades de Controle Social, inclusive para a autonomia financeira dos Conselhos de Saúde.
10. Rejeição do Projeto de Lei nº 092/2007 que pretende criar Fundação de Direito Privado na saúde e outras políticas públicas.
11. Defesa da aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 por meio do Projeto de Lei nº 306/2008 na forma de seu substitutivo apresentado pelo Deputado Pepe Vargas.
12. Que o Conselho Nacional de Saúde e a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde convoquem em caráter extraordinário uma Plenária Nacional para mobilização e pressão junto ao Congresso Nacional e ao Palácio do Planalto para garantir a regulamentação da EC nº 29 e retirada do PL que cria as Fundações de Direito Privado.
13. Para finalizar, a XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde sugere que seja promovido atos e manifestações unificadas nos Estados e Municípios em todo o País, com a presença de parlamentares, organizadas pelos respectivos Conselhos de Saúde e movimentos sociais, em defesa intransigente do Sistema Único de Saúde, garantia de financiamento da gestão pública da saúde e contra as propostas e ações de privatização e terceirização das ações e serviços de saúde em curso nos Estados e Municípios.

Brasília, 28 de novembro de 2008.

Fontes: CNS (2008, p. 46-47); CNS (2013, p. 74), adaptado pelo autor.

## **ANEXO Z - RECOMENDAÇÃO DE 11 PROPOSTAS À PRESIDENTE DILMA ROUSSEFF**

### **XVI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2010 BRASÍLIA - DF, 18 DE NOVEMBRO DE 2010**

#### **Recomendação de Propostas à Presidente Dilma Rousseff, com apresentação do documento na íntegra, com 11 propostas.**

Logo após a aprovação das propostas foi lido e aprovado recomendação que será entregue à futura presidente Dilma Rousseff para que leve em conta, no ato da nomeação do Ministro da Saúde. Segue abaixo documento na íntegra.

A XVI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE REUNIDOS EM BRASÍLIA NOS DIAS 16, 17 e 18 DE NOVEMBRO DE 2010, NO GRANDE ORIENTE DO BRASIL, COM PARTICIPAÇÃO APROXIMADA DE 1.300 CONSELHEIROS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E NACIONAIS DE SAÚDE, REALIZOU UM AMPLO DEBATE REFLEXIVO SOBRE A CONJUNTURA E A SITUAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, ASSIM RECOMENDAM A PRESIDENTA ELEITA DILMA ROUSSEFF, QUE NO ATO DE NOMEAÇÃO DO (A) MINISTRO (A) DA SAÚDE, SEJA CONSIDERADO O SEGUINTE PERFIL:

1. Ter compromisso com os Princípios e Diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS;
2. Compromissar com a Identificação e Interlocução com os Movimentos Sociais, Populares e de Saúde, em defesa do SUS;
3. Tenha um Passado Histórico de Militância e trajetória na Construção e Defesa do SUS;
4. Não tenha Vínculo direto ou indireto com o Setor Privado;
5. Não tenha processo judicial tramitado e julgado sobre improbidade administrativa;
6. Seja Servidor Público Efetivo e da Área da Saúde;
7. Ter o Compromisso de Recuperar a Gestão e a Prestação de Serviços de Caráter Público e de Qualidade e não fomentar a Implantação de Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse público (OSCIPs), Fundações de Direito Privado, Parcerias Público - Privado (PPP) ou quaisquer outros meios que tirem o caráter público de gestão e prestação de serviços públicos na área de saúde;
8. Comprometa-se a Implantar as deliberações das Conferências de Saúde, como diretrizes para a formulação, elaboração e execução das políticas públicas de saúde;
9. Promova a Implantação da política de gestão e regulação do trabalho e da Educação na Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde;
10. Atue na perspectiva de uma Gestão Estratégica e Participativa, com ampla Participação Popular e o fortalecimento do efetivo Controle Social no SUS;
11. Promova consultas sobre a nomeação dos responsáveis pelas Secretarias do Ministério da Saúde e demais cargos comissionados, eliminando a possibilidade de influências políticas, familiares e ou partidárias em detrimento da capacidade técnica e do conhecimento sobre saúde pública.

#### **Participantes da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde realizada em Brasília**

Fontes: CNS (2010, p. 37); CNS (2013, p. 141-142), adaptado pelo autor.

## **ANEXO AA - NOTA DE APOIO AO PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

### **XVI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2010**

**BRASÍLIA - DF, 18 DE NOVEMBRO DE 2010**

#### **Nota de Apoio**

Tendo em vista o processo eleitoral de renovação da mesa diretora e da presidência do CNS em dez 2010, submetendo ao plenário, sendo referendado, com apresentação do documento na íntegra contendo 06 pontos em destaque.

Nós, Coordenadores Nacionais de Plenária de Conselhos de Saúde, tendo em vista o processo eleitoral para renovação da Mesa Diretora e da Presidência do Conselho Nacional de Saúde, que acontecerá no dia 09 de dezembro de 2010, em Brasília – DF, vimos por meio deste prestar o nosso irrestrito APOIO ao companheiro Francisco Batista Júnior como Presidente do Conselho Nacional de Saúde para o período 2010/ 2011.

1 – Considerando os pontos abaixo relacionados:

- Que a eleição do Presidente do CNS seja indiferente a segmento;
- Que o Presidente Júnior durante sua gestão executou todas as tarefas referentes às demandas do CNS, cumprindo assim toda agenda onde foi convidado;
- Que não há discriminação de qualquer outra (a) pessoa conselheira pretendente ao cargo;
- Que a permanência do Júnior na Presidência do CNS é a certeza da continuidade de um processo que vem dando certo;
- Que o presidente Júnior foi de fundamental importância para barrarmos o processo de criação de fundações estatais;
- Entre outros.

Fontes: CNS, (2010, p. 37-38); CNS (2013, p. 142-143), adaptado pelo autor.

**ANEXO AB - MANIFESTO DA 19ª PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE  
SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS POPULARES E SOCIAIS  
XIX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E  
MOVIMENTOS POPULARES E SOCIAIS - 2015  
BRASÍLIA - DF, 13 E 14 DE ABRIL DE 2015**

Nos dias 13 e 14 de abril de 2015, aconteceu em Brasília a XIX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. A ação foi iniciada em março, com cinco plenárias populares em todas as regiões do país, e é parte das estratégias de ampliação da base social de participação na XV Conferência Nacional de Saúde. O encontro foi encerrado com um manifesto público em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), que incluiu um abraço simbólico no edifício sede Ministério da Saúde, na Esplanada dos Ministérios; a leitura de um documento aprovado pela plenária pedindo a extinção de medidas em tramitação no Congresso Nacional que consideram nocivas à sociedade, e uma caminhada em direção ao gramado do Congresso.

- **Abraço simbólico no edifício sede Ministério da Saúde, na Esplanada dos Ministérios**
- **Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e Sociais**



**Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e  
Movimentos Populares e Sociais**

Os participantes da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares e Sociais, em virtude da atual conjuntura nacional de ataque aos direitos sociais, trabalhistas e ao Sistema Único de Saúde (SUS), manifestam as seguintes posições:

- Em defesa incondicional do SUS público, universal, de qualidade e sob a gestão pública e direta do Estado, no regime de direito público;
- Em repúdio à proposta da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial de Cobertura Universal em Saúde que transforma o acesso universal



como direito social em acesso pela via do mercado e retirada do endosso do Estado Brasileiro a esta proposta em acordos internacionais;

- Pelo alcance da destinação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas da União ou equivalente para a saúde, garantindo o investimento público e o financiamento progressivo, que venha a se tornar exclusivo, da rede pública estatal de serviços de saúde;
- Pelo respeito às deliberações das Conferências de Saúde nas três esferas de governo. Os Planos de Saúde e os Planos Plurianuais devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde com base nas diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.
- Pelo efetivo controle social com autonomia e independência perante a gestão e pela implementação das deliberações dos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacional;
- Pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde e apoio ao PL nº 251/2005 que amplia a possibilidade de gastos com pessoal para o setor saúde;
- Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU);
- Pela criação do Imposto sobre Grandes Fortunas e pelo aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira;
- Contra a adoção de modelos privatizantes de gestão e pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais, às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;
- Contra os subsídios públicos e pelo fim da renúncia fiscal aos planos privados de saúde;
- Contra a entrada do capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pela revogação da Lei nº 13.019/2015;
- Contra a PEC nº 451/2014 que afronta a Constituição Federal por tornar obrigatório que as empresas contratem plano de saúde para o trabalhador pago com benefício fiscal;
- Contra a PEC nº 86/2015 que trata do Orçamento Impositivo por retirar recursos da saúde pública;
- Em defesa de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com Plano de Carreira Nacional para os trabalhadores do SUS e contra todas as formas de precarização do trabalho;
- Em repúdio ao PL 4.330/2004 da terceirização e flexibilização do trabalho, que permite a terceirização inclusive da atividade-fim, rompendo todos os direitos dos trabalhadores brasileiros;
- Em apoio à instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os planos de saúde;
- Pela exigência de que o ministro Gilmar Mendes dê continuidade ao julgamento no Supremo Tribunal Federal da ADIN que proíbe o financiamento de campanha eleitoral por empresas;

- Em repúdio à PEC nº 171/1993 que reduz a maioria penal;
- Em repúdio às Medidas Provisórias nºs 664 e 665 que retira direitos previdenciários e trabalhistas.

**Brasília, 13 e 14 de abril de 2015.**

Fontes: CNS (2015a; 2015c), adaptado pelo autor.

**ANEXO AC - PARTICIPANTES DA 19ª PLENÁRIA ENVIAM CARTA ABERTA  
AOS PRESIDENTES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS E DO SENADO FEDERAL**

**XIX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2015**

**BRASÍLIA - DF, 13 E 14 DE ABRIL DE 2015**

**Participantes da 19ª Plenária enviam Carta Aberta aos presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal**

No encerramento da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, na terça-feira (14 abril), os participantes decidiram redigir um Manifesto Público e uma Carta Aberta destinada aos presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. Os textos apresentam posições em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia participativa e em repúdio às tentativas de mudança na legislação brasileira que promovem a redução de direitos sociais da população.



**Carta aberta aos presidentes da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, e do Senado Federal, Renan Calheiros**

A 19ª Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, reunida em Brasília/DF, nos dias 13 e 14 de abril, com representação dos 26 estados e do Distrito Federal, vem a público reafirmar sua luta em defesa da saúde como direito de cidadania e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, com ampliação do acesso integral aos serviços públicos de saúde para todo o povo brasileiro.

Os conselheiros de saúde, movimentos e entidades presentes na 19ª Plenária repudiam as tentativas recentes de mudanças na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional do país que representam verdadeiros retrocessos em direitos sociais conquistados.

Diante do exposto, a 19ª Plenária Nacional solicita:

- **A suspensão imediata da tramitação do Projeto de Lei nº 4.330**, que libera a terceirização em todos os ramos de atividades. Este PL é um exemplo de

medida que atua na contramão da organização dos serviços de saúde, prejudicando os trabalhadores e fragilizando a gestão do SUS e o atendimento aos usuários do sistema.

- **A revogação do artigo 42 da Lei nº 13.097/2015**, que autoriza a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde, ferindo diretamente a soberania nacional na condução das políticas de saúde.
- **A revogação da Emenda Constitucional nº 86/2015** (Orçamento Impositivo) que torna obrigatória a execução das emendas parlamentares e altera a metodologia de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo consideravelmente o montante de recursos federais destinado à saúde pública.
- **A rejeição das MPs 664 e 665**, que tratam respectivamente das alterações nos planos de benefícios da previdência social e alteram o programa de seguro desemprego, provocando retrocessos em direitos conquistados após décadas de luta da classe trabalhadora.
- **A rejeição da Proposta de Emenda Constitucional nº 451/2014** que obriga a concessão de plano de saúde a trabalhadores urbanos e rurais pelo empregador. Essa PEC que tramita no Congresso Nacional representa um duro golpe na saúde como direito de cidadania.
- **A imediata aprovação do PLP nº 130/2012** que institui o imposto sobre grandes fortunas revertido para o financiamento das ações e políticas de saúde.
- **A apreciação e aprovação do Projeto de Lei Complementar nº 251/2005**, que aumenta o gasto com pessoal para até 75% dos recursos financeiros destinados à saúde (aumentando teto da Lei de Responsabilidade Fiscal).
- **E a apreciação e aprovação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013 (Saúde + 10)**, que determina a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento do SUS.

### **19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares**

Brasília/DF, 13 e 14 de abril de 2015.

Fontes: CNS ( 2015a); Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina (2015), adaptado pelo autor.

**ANEXO AD - CARTA AOS CANDIDATOS E CANDIDATAS -  
O CNS PEDE COMPROMISSO DE CANDIDATOS COM O SUS  
XX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2016  
BRASÍLIA - DF, 25 DE AGOSTO DE 2016**

A 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares aconteceu em Brasília nos dias 24 e 25 de agosto, no Centro de Convenções Internacional do Brasil. Com o tema o SUS do tamanho do Brasil, a plenária reuniu participantes de todas as regiões do país, entre conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais e gestores. As Plenárias de Conselhos de Saúde foram criadas por deliberação do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que aconteceu em abril de 1995, em Salvador - BA. Seu objetivo principal é promover a relação dos Conselhos de Saúde com a esfera nacional na perspectiva de fortalecer a participação popular no SUS.



**Brasília – DF, 25 de agosto de 2016**

**CNS pede compromisso de candidatos com o SUS**

A última mesa de debate da 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares tratou do tema eleições municipais e fortalecimento do SUS. Representantes da sociedade civil e governo pediram atenção dos eleitores nas eleições 2016 para candidatos que tenham compromisso com o SUS. O evento aconteceu nos dias 24 e 25 de agosto em Brasília, no DF.

Para Juliana Acosta, representante a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) no Conselho Nacional de Saúde (CNS), a sociedade deve cobrar o posicionamento dos candidatos com relação à saúde pública, além do seu alinhamento com as medidas fiscais e econômicas na garantia do direito à saúde. “Devemos cobrar que os candidatos se comprometam em fortalecer a Vigilância em Saúde, ampliar e qualificar a atenção básica, afim de garantir o acesso à toda a população, a partir das necessidades do território”, disse.

Segundo a representante da Contag, os Conselhos de Saúde são espaços de organização e mobilização da sociedade que garantem o direito à saúde pública e de qualidade. “Os conselhos aprimoram a nossa democracia, no exercício da democracia participativa. Nosso plano de saúde é o SUS! Precisamos rever para ampliar seu financiamento e, assim, poder assegurar um Sistema Único de Saúde do tamanho do Brasil”.

Nilton Pereira, representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), defendeu de maneira contundente a participação social para a manutenção da democracia. “Devemos zelar pelos princípios democráticos que nos movem. Nessas eleições devemos nos comprometer com candidatos que priorizem o SUS e que efetivamente façam a sua defesa e fortalecimento nos espaços de disputas, principalmente de orçamento”, disse.

O representante do Ministério da Saúde, o diretor de programa Neilton Oliveira, destacou a importância de a população saber em quem depositou o seu voto. “O momento atual é primordial para que os conselheiros procurem seus deputados e cobrem, por exemplo, a votação do Projeto de Emenda à Constituição (PEC) 01/2015”, afirmou.

Recentemente, o Pleno do CNS lançou a carta “O fortalecimento e defesa do SUS nas eleições municipais”. O documento pede que os candidatos a prefeitos e vereadores tenham o compromisso com o SUS. A carta também trata do subfinanciamento do SUS, explicando propostas em tramitação no Congresso Nacional que enfraquecem a saúde pública.

### **Carta aos Candidatos e Candidatas**



### **O fortalecimento e defesa do SUS nas eleições municipais**

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), expressão maior da Democracia Participativa no Brasil, componente estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS) historicamente comprometido com o direito à saúde como dever do Estado, faz um chamamento geral aos candidatos, aos eleitores e à sociedade quanto à defesa e o fortalecimento do SUS para os próximos quatro anos.

### **Candidato (a) que não tem histórico e nem compromisso com o SUS não tem o nosso apoio e nem terá o nosso voto**

No intuito de aglutinar forças políticas e sociais comprometidas com os avanços na política de saúde, o CNS clama pelo compromisso de cada candidato (a) a prefeito (a) e a vereador (a) com o SUS. Os municípios têm papel fundamental na atenção à saúde da população, pois, são neles onde as ações e serviços de saúde ganham materialidade e promovem a qualidade de vida e desenvolvimento local.

Dentre os inúmeros desafios há uma prioridade central: assim como em outros países, o Brasil vivencia um grave momento no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e suas consequências. A epidemia do vírus Zika - responsável por milhares de casos de microcefalia em bebês em nosso país, mostrou que precisamos fortalecer a Vigilância em Saúde, assim como outras ações estratégicas, como a atenção básica e o Programa Mais Médicos.

A realidade dessa epidemia precisa ser encarada com muita determinação e talvez não fosse tão séria se o tripé promoção, proteção e recuperação da saúde estivesse mais integrado e a falta de saneamento básico nos municípios brasileiros não apresentasse um problema crônico. As décadas passam e muitas cidades não conseguem evoluir em sua organização. Prefeitos (as) e vereadores (as) chegam e se vão e os problemas continuam.

O compromisso dos candidatos (as) com o Direito à Saúde se dá, principalmente, por meio de seu alinhamento ou não às medidas fiscais e econômicas que reduzem a capacidade da União, Estados e Municípios em garanti-lo, causando mortes, sofrimento e doenças.

A Constituição Federal por meio da vinculação como medida de segurança garantiu recursos públicos mínimos para a saúde, ainda que insuficientes. Mobilizada, a sociedade apresentou proposta ao Congresso Nacional Saúde+10, para garantir recursos estáveis e sustentáveis para o SUS, hoje materializada na PEC 01/2015, já aprovada em 1º turno na Câmara dos Deputados. No entanto, hoje o “teto de gastos” que tramita no legislativo federal (PEC 241 e PLP 257) asfixia por 20 anos e fere de morte o SUS.

Outras iniciativas como a proposta de planos de saúde populares, ditos planos acessíveis, querem colocar na conta da população brasileira o subfinanciamento do SUS. O posicionamento político e de prioridade à saúde pública de prefeitos(as) e vereadores(as) é decisivo para sobrevivência, fortalecimento e consolidação do SUS.

A valorização dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, combatendo a precarização, a terceirização e a privatização e favorecendo a democratização das relações de trabalho, e que possui como referência as necessidades do SUS no município, é um compromisso primordial dos candidatos (as) das eleições 2016.

Assim, conclamamos a cada candidato (a) a prefeito (a) ou a vereador (a) a assumir o compromisso concreto com a superação dos desafios do SUS, junto a sociedade e ao conselho municipal de saúde.

Somos o Controle Social do SUS com mais de 100 mil conselheiros(as) defensores de um sistema público de saúde que atende a totalidade dos brasileiros(as), que envolvem usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços do SUS no Brasil. Somos as forças vivas da sociedade que construíram as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e que subsidiaram o Plano Nacional de Saúde 2016/2019, que é a referência para execução das políticas públicas de saúde nos municípios, instrumento fundamental para consolidação e fortalecimento do SUS.

Dessa forma, considerando que a saúde tem sido a principal preocupação do povo brasileiro, nós, comprometidos com mais e melhor saúde para nossa população, podemos ajudar a decidir o rumo de uma eleição.

## **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Fontes: CNS (2016b, p. 39-42; 46; 2016), adaptado pelo autor.

## ANEXO AE - EM PAINEL, PARTICIPANTES DA 20ª PLENÁRIA DIZEM PORQUE DEFENDEM O SUS

### XX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2016

BRASÍLIA - DF, 25 DE AGOSTO DE 2016

Participantes da 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares puderam “desabafar” seus sentimentos a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) em dois painéis montados na entrada principal do evento. Em frases curtas, todos tiveram a oportunidade de responder à pergunta: Por que defendo o SUS? E as respostas indicam o quão importante é a saúde pública para o Brasil.



Paulo Chaves, um dos representantes de Minas Gerais, foi objetivo em sua resposta. “Se vivo, devo ao SUS”. Já Rogena Brasil, que veio de Fortaleza (CE), escreveu que o SUS “é solidário e envolve a todos. É dos brasileiros”. Do Espírito Santo, Márcia deixou o recado: “Porque salva vidas 24 horas por dia, é universal e público. Uma conquista do povo brasileiro”.

A ideia do Painel do SUS partiu da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e contou com o apoio da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. O próprio presidente do CNS, Ronald Santos, escreveu em um dos painéis: “Porque eu defendo a vida”.

De Jaboatão, em Pernambuco, Gildo deu o recado: “O SUS é o melhor plano de saúde do mundo”. Em um momento em que o ministro interino da Saúde tenta conseguir apoio para a proposta que cria planos de saúde popular, a frase do pernambucano é um alerta importante.



Centenas de mensagens foram escritas nos painéis do SUS. A ideia é levar todo material e expô-lo no Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que fica no Anexo I do Ministério da Saúde, na Esplanada dos Ministérios.

Assessoria CNS – Equipe de Comunicação do CNS - e-mail: [cns@saude.gov.br](mailto:cns@saude.gov.br)

Fontes: CNS (2016, p. 47- 48; 2016b), adaptado pelo autor.

**ANEXO AF - RESOLUÇÃO CNS Nº 534, DE 19 DE AGOSTO DE 2016**  
**XX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2016**  
**BRASÍLIA - DF, 19 DE AGOSTO DE 2016**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua Ducentésima Octogésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando que a Lei nº 8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada esfera do governo;

Considerando que a Lei nº 8080/1990 determina a participação do sistema privado de forma complementar e define como princípios norteadores do SUS a universalidade, a integralidade, a igualdade da assistência à saúde e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;

Considerando que não cabe ao Estado brasileiro promover o setor privado mas sim regular o mercado a partir da Agência Nacional de Saúde e demais dispositivos do controle social;

Considerando que os recursos públicos da Seguridade Social têm sido constantemente retirados por medidas como isenções fiscais aos serviços e planos privados de saúde e pela desvinculação de Receitas da União, o que tem sucateado o SUS e fortalecido o sistema financeiro;

Considerando que os recursos para o financiamento do SUS são insuficientes e há previsão de perdas ainda mais elevadas por meio da PEC 241, que trata da desvinculação de receitas e estabelecimento de tetos orçamentários;

Considerando que a Portaria nº 1.482, de agosto de 2016, que prevê a discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível, fere os princípios constitucionais da política de saúde brasileira e reforça o setor privado.

**RESOLVE:**

1) Posicionar se contrário à PEC 241 e demais medidas que visem reduzir os investimentos públicos em saúde;

2) Posicionar-se contrário à qualquer proposta de criação de Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível estabelecido pela Portaria nº 1.482, de agosto de 2016; e

3) Solicitar a imediata revogação da Portaria nº 1482/16.

**RONALD FERREIRA DOS SANTOS**

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 534, de 19 de agosto de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

**RICARDO BARROS**

Ministro de Estado da Saúde

Fontes: CNS (2016, p. 49-50; 2016b), adaptado pelo autor.

## ANEXO AG - APRESENTAÇÃO DA XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE

### XV PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2008

Apresentação da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - 2008		
Apresentação	Descrição	Eixos Estruturantes
I – Histórico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da Capa, mas não possui sumário</li> </ul>	Formação das Mesas e Eixos Temáticos Mesa 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação da mesa 1, com um tema</li> <li>• Com relação dos expositores e seguintes funções além da coordenação e relator da mesa</li> <li>• Explanação de cada um com suas exposições sobre a temática da mesa.</li> </ul> Mesa 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição da mesa com coordenador e relator</li> </ul> Mesa 3 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição da mesa com coordenador e relator</li> </ul>	Com 3 Eixos temáticos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota explicativa</li> </ul>	II – Pauta e Resoluções	1 - Financiamento de Saúde/Emenda Constitucional nº 29;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia com solenidade de abertura</li> </ul>	Anexo I <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação como anexo da proposta do regimento interno</li> <li>• O regimento interno da a noção de normatização da plenária e da estrutura.</li> <li>• Pode ser percebida rigidez ou flexibilidade</li> <li>•</li> </ul>	2 - Gestão Pública do SUS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição da sequência da formação da mesa</li> </ul>	Anexo II <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesto da XV plenária dirigido ao CNS ao Ministério da Saúde e à sociedade brasileira.</li> <li>• O manifesto é o resultado das proposições da plenária, sendo elencadas</li> </ul>	3 - Pacto Pela Saúde em Defesa do SUS e de Gestão e Fortalecimento do Controle Social
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação de vídeo institucional em homenagem aos 20 anos de SUS</li> </ul>	Anexo III Propostas - Plenária final com apreciação e deliberação das	

	propostas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa 1</li> <li>• Mesa 2</li> <li>• Mesa 3</li> <li>• Gestão e trabalho no SUS</li> <li>• Diversos</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso da palavra do pessoas da composição da mesa formada, dependendo do segmento (Nome e segmento)</li> </ul>	Anexo IV <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moções - 29</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depois das falas, dentro da programação, um ato simbólico, de caminhada até o congresso nacional para pressionar os deputados sobre a EC 29</li> </ul>	Anexo V <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da programação do evento realizado.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura e aprovação do regimento interno - apresentação como anexo da proposta do regimento interno</li> </ul>	Anexo VI Apresentação da comissão organizadora	

Fonte: CNS (2008), adaptado pelo autor.

## ANEXO AH - APRESENTAÇÃO DA XVI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE

### XVI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2010

Apresentação da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - 2010		
Apresentação	Descrição	Eixos Estruturantes
Solenidade de abertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com fotografias e texto e descrição das autoridades presentes pelos 2 relatores</li> </ul>	1 – Modelo de Gestão do SUS
Análise da Conjuntura Política do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com fotografia e texto e descrição da composição da mesa</li> <li>Composta por 2 coordenadores, 5 expositores e 2 relatores</li> <li>Tema: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS</li> </ul>	2 - Agenda Política do CNS/2010
Mesa 1  Tema: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com fotografias e texto</li> <li>Com respetivos temas e composição da mesa, com 2 coordenadores, 2 expositivos e 4 subtemas, 3 relatores.</li> <li>Sub-Temas: Criação da carreira Única de Saúde; Estabelecimento do Serviço Civil em Saúde; Autonomia administrativa e financeira do SUS; e Profissionalização da administração e da gestão do SUS</li> </ul>	3 - Financiamento do SUS – Regulamentação da EC nº 29
Mesa 2  Tema: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com fotografia e texto e descrição da composição da mesa</li> <li>Com respetivos temas e composição da mesa, com 2 coordenadores, 1 expositivos e 2 subtemas, 2 relatores</li> <li>Sub-Temas: Financiamento do SUS; e Regulamentação da EC 29</li> </ul>	4 - 14ª Conferência Nacional de Saúde com o Tema Gestão do SUS
Mesa 3  Tema: 14ª Conferência Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com fotografia e texto e descrição da composição da mesa</li> <li>Com 2 coordenadores, 1 expositivos e 2 subtemas, 2 relatores</li> </ul>	•
Plenária Final  Tema da Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com fotografia e texto e descrição da composição da mesa</li> <li>Composta por 2 coordenadores e 3 relatores</li> <li>O Presidente do CNS falou do objetivo da plenária</li> <li>A coordenadora da plenária falou sobre o fortalecimento do SUS, retoma ao regulamento</li> <li>Início à leitura das propostas da plenária</li> </ul>	•

Fonte: CNS (2010), adaptado pelo autor.

**ANEXO AI - APRESENTAÇÃO DA XX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS  
DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES  
XX PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - 2016**

Apresentação da XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – 2016		
Apresentação	Descrição	Eixos Estruturantes
<p>I – Histórico</p> <p>Tema: O SUS do tamanho da necessidade do povo brasileiro</p>	<p>Data e mesas com temas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24/08/2017 – Abertura e Falas: presidente do CNS; Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos; Conselheira de Saúde de Vitória – ES; CNS (breve); Conselheiro de Saúde; Encerramento da mesa de abertura</li> <li>• 24/08/2017 – Apresentação da Mesa de Abertura, com respectivos temas e composição da mesa, com 1 coordenador, 1 expositor e 2 relatores - Mesa I: Modelos institucionais de Sistema de Saúde: Sistemas de Saúde – Tendências e Perspectivas. Com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (25 falas)</li> <li>• 24/08/2017 – com respectivos temas e composição da mesa, com 1 coordenador, 1 expositor e 2 relatores - Mesa II: A integralidade da Saúde no Fortalecimento do SUS: Integralidade; 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres; A integralidade da Saúde no Fortalecimento do SUS. Com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (38 falas)</li> <li>• 25/08/2017 – Mesa III: Os fatores determinantes para o a consolidação do SUS e do Direito à Saúde: Os fatores determinantes para o a consolidação do SUS e do Direito à Saúde, com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (30 falas, por estados)</li> <li>• 25/08/2017 – Mesa IV: Eleições Municipais e o Fortalecimento do SUS e do Controle Social, com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (14 falas)</li> <li>• Apresentação de Nota Explicativa</li> </ul>	<p>1 - Modelos institucionais de Sistema de Saúde</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capa com apresentação de logomarcas</li> </ul>	<p>Anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CNS Pedir compromisso de candidatos com o SUS</li> <li>• E Painel, participantes da 20ª Plenária dizem porque defendem o SUS</li> </ul>	<p>2 - A integralidade da Saúde no Fortalecimento do SUS</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução do CNS nº. 534, de 19/08/2016 – Posicionar contra a PEC 241; contrário a qualquer proposta de criação de planos de saúde; solicitar imediata revogação da portaria nº. 1.482/2016</li> <li>• Moção de repúdio e de inconstitucionalidade contra retrocessos do SUS ao Ministro da Saúde Ricardo Barros, pelo Sindsaúde ABC</li> <li>• Encaminhamento dos representantes do Mato Grosso do Sul, assinado pelo Pastor Pedro Macedo Granja, Coordenador de Plenárias do Mato Grosso do Sul e demais membros da delegação do estado.</li> <li>• Propostas da Bahia</li> <li>• Informações do CD Anexo contendo as matérias disponibilizadas pelos palestrantes e fotografias do evento da XX Plenária</li> <li>• Demonstrativo de Participantes por Estado (não tem)</li> <li>• Avaliação (não tem)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contra capa com local: Brasília; Data: 24 a 25/08/2016; tema: O SUS do tamanho da necessidade do povo brasileiro; local</li> </ul>		3 - Os fatores determinantes para o a consolidação do SUS e do Direito à Saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do Sumário (diagramação, mas em branco)</li> </ul>		4 - Eleições Municipais e o Fortalecimento do SUS e do Controle Social
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da coordenação nacional da plenária de conselho de saúde por regiões do Brasil, por representações de titular e suplente</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação das Comissões organizadora da plenária:</li> <li>• Comissão organizadora;</li> <li>• Comissão de relatoria;</li> <li>• Comissão de acolhimento</li> <li>• Comissão de infraestrutura; Comissão de comunicação e mobilização; Comissão de intervenção</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da programação da plenária</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Final</li> </ul>		

Fonte: CNS ( 2016a), adaptado pelo autor.



**ANEXO AJ - RESOLUÇÃO Nº 33, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1992**  
**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base em suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em sua reunião ocorrida em 2 e 3 de dezembro de 1992 e considerando o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal e na legislação supracitada,

RESOLVE:

I - Aprovar o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, na forma anexa.

JAMIL HADDAD

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução nº 33, nos termos do Decreto de 12 de novembro de 1991.

JAMIL HADDAD

Ministro de Estado da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RECOMENDAÇÕES PARA A CONSTITUIÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE

CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião plenária de 2 e 3 de dezembro de 1992, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com base na Constituição Federal, e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90 e conforme definições emanadas da 9ª CNS, recomenda as seguintes diretrizes:

**1. DEFINIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

Com base na legislação já existente, pode-se definir um Conselho de Saúde como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em

lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema.

## 2. COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS

A participação comunitária é enfatizada na legislação, tornando os Conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde. A legislação também estabelece a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. Desta forma, um Conselho de Saúde deverá ser composto por representantes do Governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

Recomenda ainda que o número de conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros. A situação de cada Estado e Município e a discussão com os segmentos que participarão do Conselho levará à melhor definição dessa composição numérica. A representação de órgãos e/ou entidades, que será apresentada, a seguir, como exemplo, poderá sofrer modificações de acordo com a realidade existente em cada Estado, Município e no Distrito Federal, preservando-se, porém, o princípio da paridade em relação aos usuários.

Em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde:

- representante(s) do Governo Federal, indicado(s) pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios;
- representante da Secretaria de Saúde do Estado;
- representante(s) das Secretarias Municipais de Saúde;
- representante(s) dos trabalhadores na área de saúde;
- representante(s) de prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas;

A representação dos usuários deverá ser composta por:

- representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- representante(s) de associações de portadores de patologias;
- representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A representação total dos conselhos deve ser distribuída da seguinte forma:

- 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado).

Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades.

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, propõe-se uma composição semelhante à dos Conselhos Estaduais, adaptada ao Município. Geralmente, não será necessária a presença de representante do Governo Federal, a não ser em casos especiais, que serão definidos localmente. Os usuários terão representação semelhante à dos Conselhos Estaduais. Os outros segmentos deverão ser representantes do Governo Estadual, do Governo Municipal, dos trabalhadores da área da saúde e dos prestadores de serviços de saúde de entidades filantrópicas e não filantrópicas.

Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública.

### 3. ESTRUTURA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes dotação orçamentária.

O Conselho de Saúde deverá ter como órgãos o Plenário e o Colegiado Pleno e uma Secretaria Executiva com assessoria técnica. O Plenário ou Colegiado Pleno será composto pelos conjunto de conselheiros.

Os atos dos Conselhos serão homologados pelo chefe do poder executivo local, podendo esta atribuição ser delegada aos respectivos secretários Estadual e Municipal, conforme o caso.

O Plenário reunir-se-á obrigatoriamente uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário, e funcionará baseado em Regimento Interno a ser elaborado e aprovado pelo próprio Plenário. A Secretaria Executiva deverá ser a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as unidades do Sistema Único de Saúde e articulando os entendimentos necessários ao aprimoramento do mesmo. Para tal, deverá contar com pessoal administrativo e pessoal técnico, que funcionará com Assessoria Técnica ao Plenário e mobilizará consultorias e assessoramento por parte das instituições, órgãos e entidades da área de saúde que possam dar suporte e apoio técnico ao Conselho. Os órgãos de Governo Estadual ou Municipal devem prestar apoio, informações e assessorias aos Conselhos de Saúde. As dimensões de cada estrutura da Secretaria Executiva componente do Conselho Estadual ou Municipal de Saúde deverão ser discutidas e definidas caso a caso, para evitar-se

superdimensionamento. A Secretaria Executiva está subordinada ao Plenário do Conselho.

O ato de criação do Conselho de Saúde, bem como sua composição, organização, estrutura e competência deverão ser estabelecidos por lei estadual ou municipal, e referendados pelo Poder Executivo correspondente, que nomeará os conselheiros indicados pelos órgãos e entidades. O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno, não devendo coincidir com o mandato do governo Estadual ou Municipal, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos, podendo ser reconduzido a critério das respectivas representações (IX Conferência Nacional de Saúde). O Regimento Interno de cada Conselho também definirá o quorum mínimo para o caráter deliberativo das reuniões do Plenário e para as questões de suplência e perda do mandato por faltas justificadas. Os conselhos têm autonomia de se autoconvocar. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa.

#### 4. COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm algumas competências já definidas nas leis federais e complementadas pelas legislações estaduais e municipais, poderão ainda:

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;

- estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
- outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX conferência Nacional de Saúde.

Fonte: CNS (1992).

## ANEXO AK - DELIBERAÇÃO Nº 004, DE 10 DE MAIO DE 2001

### CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de maio de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, deliberou sobre as **“Diretrizes para a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde”**, contendo os seguintes itens:

**1)** A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, instância de articulação entre os Conselhos de Saúde, tem como finalidade acompanhar a implementação das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, analisar os obstáculos e avanços da ação dos Conselhos de Saúde em seus diversos níveis, no contexto da conjuntura nacional e propor diretrizes e caminhos para efetivar o Controle Social do Sistema Único de Saúde – SUS.

**2)** A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, através da intensa troca de experiências e avaliações entre seus participantes, propicia a renovação de forças e motivações para o aprofundamento da concepção e articulação do efetivo exercício do Controle Social.

**3)** A Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde é composta por Conselheiros indicados pelo Conselho Nacional de Saúde e por Conselheiros eleitos pelas suas respectivas Regiões. Os Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde e Coordenadores eleitos pelas Regiões deverão acompanhar as Plenárias Regionais e/ou Estaduais, do Distrito Federal e outras.

**4)** A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde se inter-relaciona com as diferentes instâncias do Controle Social do SUS, e não se sobrepõe as mesmas. Portanto, respeitadas as competências do Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Conselhos Municipais de Saúde, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tem caráter propositivo e deliberativo no seu nível de competência, isso é, aprovação do seu regulamento/regimento, moções, encaminhamentos e relatório final. Tal relatório deverá ser encaminhado aos diferentes níveis do controle social do SUS como recomendação;

**5)** O temário da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde tem um eixo fixo que é o acompanhamento das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, sobretudo no que diz respeito ao Controle Social, e um eixo de conjuntura em caráter nacional, o que garante a sua dinâmica e capacidade de mobilização.

**6)** A constituição das normas regulamentares e regimentais da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde deve expressar o resultado e um amplo processo de discussão nos três níveis do Controle Social.

**7)** As despesas de infra-estrutura, apoio técnico e operacional com a realização da etapa nacional da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, e com as despesas dos representantes da Coordenação Nacional no desempenho de suas funções correrão à conta da dotação orçamentária consignada ao Conselho Nacional de Saúde, podendo, também, receber ajuda de entidades e outras fontes. As despesas de transporte, hospedagem e alimentação dos delegados serão de responsabilidade dos respectivos conselhos e secretarias de saúde dos estados e municípios. Para as etapas estaduais, do Distrito Federal, regionais ou microrregionais, deve prevalecer a mesma lógica organizacional.

**8)** A organização e funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde em suas diferentes etapas serão estabelecidos em regimento e regulamento a serem apreciados na X Plenária Nacional de Conselhos, que será realizada nos dias 18, 19 e 20 de novembro de 2001.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Oitava Reunião Ordinária.

Fonte: CNS (2001).

## ANEXO AL - RESOLUÇÃO Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003

### CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

**a)** os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

**b)** a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º inciso II artigo 1º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990;

**c)** a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizadas nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

**d)** o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

**e)** que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

#### RESOLVE:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

#### DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

**Primeira Diretriz:** Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

**Parágrafo Único:** Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.



## DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

**Segunda Diretriz:** A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

**Parágrafo Único:** na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher às demandas da população, consubstanciadas nas Conferências de Saúde.

## DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

**Terceira Diretriz:** A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II – Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades de usuários;

b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;

c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) de associações de portadores de patologias;

b) de associações de portadores de deficiências;

c) de entidades indígenas;

d) de movimentos sociais e populares organizados;

e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;

f) de entidades de aposentados e pensionistas;

g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h) de entidades de defesa do consumidor;

i) de organizações de moradores.

j) de entidades ambientalistas;

k) de organizações religiosas;

l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;

m) da comunidade científica;

- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

**IV** - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

**V** - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

**VI** - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

**VII** - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

**VIII** - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do conselho municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

**IX** - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde – SUS.

**X** - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

## **DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

**Quarta Diretriz:** Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

**I** - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

**II** - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos, deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

**III** - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

**IV** - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

**V** - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu

Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

**VI** - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

**VII** - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

**VIII** - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

**IX** - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

**X** - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

**XI** - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

**XII** - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

## **DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE**

**Quinta Diretriz:** Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

**I** - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

**II** - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

**III** - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

**IV** – Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

**V** - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

**VI** - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

**VII** - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

**VIII** - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

**IX** - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

**X** - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS.

**XI** - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

**XII** – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei nº 8.080/90).

**XIII** - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

**XIV** - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

**XV** - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

**XVI** - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

**XVII** - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

**XVIII** - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho

de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e Conferências de Saúde.

**XIX** - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

**XX** - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

**XXI** - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

**XXII** - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

**XXIII** - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

**XXIV** - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

**HUMBERTO COSTA**

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 04 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

**HUMBERTO COSTA**

Ministro de Estado da Saúde

Fonte: CNS (2003).

**ANEXO AM - RECOMENDAÇÃO Nº 005, DE 07 DE OUTUBRO DE 2004**  
**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Quadragésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de outubro de 2004, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e:

Considerando a Deliberação CNS nº 004/2001, de 10 de maio 2001, que estabelece as diretrizes para a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde;

Considerando a necessidade de avançar no processo organizativo e de articulação entre os Conselhos de Saúde nas esferas nacional, estaduais e municipais;

Considerando o Conselho Nacional de Saúde como estimulador do processo de articulação; e

Considerando, ainda, a necessidade de estabelecer um fluxo de informações e discussões entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

**Recomenda:**

1. Que a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde seja composta por representantes do Conselho Nacional de Saúde e por 1 (um) representante de cada Estado e do Distrito Federal tornando sem efeito o item 3 da Deliberação CNS 004/2001;

2. Que os coordenadores representantes dos Estados e Distrito Federal sejam eleitos em Plenárias Estaduais.

3. Que as Plenárias Estaduais organizem coordenações estaduais com o objetivo de promover o processo de articulação entre os Conselhos de Saúde do Estado;

4. Que os novos coordenadores da Plenária sejam eleitos, 1 (um) titular e 1 (um) suplente, no prazo de até 6 (seis) meses, em plenárias estaduais, cuja organização se dê a partir dos Conselhos Estaduais e/ou coordenações estaduais existentes.

5. Que poderão ser incluídos, na Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde, os representantes dos estados já eleitos em plenária estadual preparatória a 12ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

6. Que os Estados que não elegeram seus representantes poderão indicar coordenadores provisórios com mandato de, no máximo, 6 (seis) meses improrrogáveis.

***Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Quadragésima Sétima Reunião Ordinária.***

## ANEXO AN - RESPOSTA DE E-MAIL DO CNS E CONSELHO MUNICIPAL DE PICOS

20/10/2017

Gmail - Fwd: RES: RELATÓRIO DE PLENÁRIAS



Marx Rodrigues de Moura &lt;marxrodriguesdemoura@gmail.com&gt;

### Fwd: RES: RELATÓRIO DE PLENÁRIAS

Conselho Municipal de Saúde de Picos <conselhosaudef.picos@gmail.com>  
 Para: Marx Rodrigues de Moura <marxrodriguesdemoura@gmail.com>

18 de setembro de 2017 17:58

----- Mensagem encaminhada -----

De: "CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE" <cns@saude.gov.br>  
 Data: 18 de set de 2017 4:55 PM  
 Assunto: RES: RELATÓRIO DE PLENÁRIAS  
 Para: "conselhosaudef.picos@gmail.com" <conselhosaudef.picos@gmail.com>  
 Cc:

Prezado Júlio,

Encaminhamos o material localizado nos arquivos ref. as plenárias 17 e 20.

Estamos à disposição.

Atenciosamente,

-

**Conselho Nacional de Saúde**

Ministério da Saúde

Telefone: (61) 3315-2150



De: Conselho Municipal de Saúde de Picos [mailto:conselhosaudef.picos@gmail.com]

Enviada em: quinta-feira, 14 de setembro de 2017 08:25

Para: CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE <cns@saude.gov.br>

Assunto: RELATÓRIO DE PLENÁRIAS

Bom dia,

A fim de subsidiar uma tese de doutorado de um ex conselheiro de saúde, solicitamos o Relatório Final da 17ª, 18ª, 19ª e 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, pois não estão disponíveis no site do CNS.

Atenciosamente,

Júlio Araújo Silva

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Continua...

Continua...

20/10/2017

Gmail - Fwd: RES: RELATÓRIO DE PLENÁRIAS

Picos - PI  
(89) 99921-4951/ 98808-8929


---

Esta mensagem pode conter informação confidencial e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor avise imediatamente o remetente, respondendo o e-mail e em seguida apague-o.

---

---

**2 anexos**

 **20RELATORIA FINAL01fo BRASILIA 080317.docx**  
1824K

 **Avaliação da XVIII Plenária Nacional de Conselhos de.pptx**  
2869K



**ANEXO AO - RESUMO ESPECÍFICO DOS ENCONTROS, CONGRESSOS E  
PLENÁRIAS NACIONAIS DE CONSELHO DE SAÚDE, ENTIDADES E  
MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES**

<b>Resumo Específico</b>			
<b>Evento</b>	<b>Ano</b>	<b>Histórico</b>	<b>Temas / Eixos Temáticos</b>
I Encontro Nacional de Conselhos de Saúde	1994 – Recife – PE  Ocorrido durante o Congresso da ABRASCO	I - Histórico Ocorrido durante o Congresso da ABRASCO <ul style="list-style-type: none"> <li>• 300 Conselheiros – representando conselhos de diversos Estados do Brasil, - discutiram aspectos referentes ao processo de democratização das decisões e da gestão em saúde, o exercício do controle social através dos Conselhos de Saúde e a atuação dos conselheiros nesses órgãos colegiados (BRASIL, 2004, p. 11)</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006</p>	1 - Processo de democratização das decisões e da gestão em saúde; 2 - O exercício do controle social através dos Conselhos de Saúde; 3 - A atuação dos conselheiros nesses órgãos colegiados.
II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 2 a 4 de junho de 1998	I - Histórico 1 - Efetivando o Controle Social - Saúde, Cidadania e Políticas Públicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamento, organização e papel dos Conselhos de Saúde</li> <li>• Questões legais e regimentais Referentes aos Conselhos de Saúde</li> <li>• Agenda dos Conselhos de Saúde</li> <li>• Infra-estrutura dos Conselhos de Saúde</li> <li>• Comissões e/ou Câmaras Técnicas dos Conselhos de Saúde</li> <li>• Assessorias Técnicas para os Conselhos de Saúde</li> <li>• Orçamento para os Conselhos de Saúde</li> <li>• O papel e a atuação dos Conselhos de Saúde</li> <li>• O papel e a atuação dos Conselheiros de Saúde</li> <li>• Formação e Capacitação para os Conselheiros de Saúde</li> <li>• Acompanhamento e Avaliação dos</li> </ul>	1 – Saúde; Cidadania e Políticas Públicas; 2 – Efetivação do Controle Social; 3 – Comunicação entre os Conselhos de Saúde e a Sociedade; 4 – Gestão, Organização, Financiamento e Serviços de Saúde com o Controle social; 5 – Luta pelo financiamento para a saúde.

		<p>Resultados das Ações dos Conselhos de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação entre os Conselhos de Saúde</li> <li>• Estratégias e Fluxo de informações entre a sociedade e os Conselhos de Saúde</li> <li>• Comunicação entre os Conselhos de Saúde e os demais Conselhos</li> <li>• As Conferências de Saúde</li> <li>• Gestão, Organização, Financiamento dos Serviços de Saúde e o Controle Social</li> <li>• Descentralização e Municipalização da Saúde</li> <li>• Atribuição dos Gestores do SUS em relação à gestão e ao controle social</li> <li>• Relação entre os setores público e privado no SUS</li> <li>• Informação, Educação e Comunicação em Saúde</li> <li>• Fontes de Financiamento em Saúde</li> <li>• Recursos Humanos para a Saúde</li> </ul> <p>2 – Regimento do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde</p> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006</p>	
I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde	24 e 25/04/1995  Ocorrido em Salvador – BA	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituição de um grupo de conselheiros com o propósito de organizar um evento nacional e aprofundar a discussão dos temas da saúde, através da Comissão Organizadora Nacional, em Brasília e São Paulo, formada por conselheiros do I Encontro Nacional de Conselheiros e outros conselheiros, representando Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde,</li> </ul>	<p>1 - Organizar um evento nacional e aprofundar a discussão dos temas da saúde, através da Comissão Organizadora Nacional, em Brasília e São Paulo, formada por conselheiros do I Encontro Nacional de Conselheiros e outros conselheiros, representando Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde, realizando cinco reuniões.</p> <p>2 - Formação de comissões organizadoras locais nos Estados e regiões.</p> <p>3 – Elaboração de um</p>

		<p>realizando cinco reuniões.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formando comissões organizadoras locais nos Estados e regiões</li> <li>• Elaborado um folder, distribuído através dos Conselhos Estaduais de Saúde aos Conselhos Municipais de cada Estado, divulgando o evento e estabelecendo um cronograma de atividades até a realização do evento.</li> <li>• As comissões mobilizaram os seus Estados, acompanhando as atividades pré-congresso (plenárias e fóruns para discussão da temática proposta par ao evento), definição de estrutura de funcionamento (regimento, participante, infra-estrutura, etc) e coordenação do evento (BRASIL, 2004, p. 11).</li> <li>• Representou a concretização de uma proposta aprovada no I Encontro Nacional de Conselheiros, em 1995.</li> <li>• Marco de fundamental importância na história dos Conselhos de Saúde reunindo diversos segmentos do país, empenhados em oferecer contribuições para melhoria da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004, p. 11).</li> </ul> <p>II – Atividades Pré-Congresso  III – Participantes  IV – Dos convidados para os temas centrais  V – Comissões organizadoras Nacional e Local  VI – Entidades que apoiaram o evento  VII – Encerramento  VIII – Deliberações Finais  1 – Papel dos Conselhos  2 – Organização dos Conselhos  3 – Formação dos Conselhos  4 – Articulação entre Conselhos</p>	<p>folder, distribuído através dos Conselhos Estaduais de Saúde aos Conselhos Municipais de cada Estado, divulgando o evento e estabelecendo um cronograma de atividades até a realização do evento.</p> <p>4 – Mobilização das comissões os seus Estados, acompanhando as atividades pré-congresso (plenárias e fóruns para discussão da temática proposta par ao evento), definição de estrutura de funcionamento (regimento, participante, infra-estrutura, etc) e coordenação do evento (BRASIL, 2004, p. 11).</p>
--	--	--	--

		<p>Carta de Salvador – Documento lido em Plenário, na presença do Ministro da Saúde</p> <p>Pauta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel dos Conselhos de Saúde</li> <li>• Organização dos Conselhos de Saúde</li> <li>• Formação dos Conselheiros</li> <li>• Articulação entre Conselhos de Saúde</li> </ul> <p>Resoluções</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação de Conselheiros pelos Conselhos Estaduais de Saúde; e</li> <li>• Implantação do Jornal dos Conselhos de Saúde.</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006 e 2007</p>	
I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 19 de novembro de 1996	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teve como destaques a análise das questões ligadas à Medida Provisória do Governo que propunha a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais e a constituição da Comissão Tripartite (BRASIL, 2004, p. 25).</li> <li>• Foi aprovado o Manifesto em Defesa do SUS, que diz que “A Saúde é, sem dúvida alguma, a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo que ainda não estejamos satisfeitos com a qualidade do sistema. É graças ao Sistema Único de Saúde – universal, com atendimento integral e gratuito – que milhões de cidadãos podem contar com um mínimo de amparo e atenção à sua saúde” (BRASIL, 2004, p. 25).</li> </ul> <p>II – Pauta e Resoluções</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Destaques pendentes da 10ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Medida Provisória do</li> </ul>	<p>1 - Análise das questões ligadas à Medida Provisória do Governo que propunha a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais e a constituição da Comissão Tripartite (BRASIL, 2004, p. 25).</p> <p>2 - Aprovação o Manifesto em Defesa do SUS, que diz que “A Saúde é, sem dúvida alguma, a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo que ainda não estejamos satisfeitos com a qualidade do sistema. É graças ao Sistema Único de Saúde – universal, com atendimento integral e gratuito – que milhões de cidadãos podem contar com um mínimo de amparo e atenção à sua saúde” (BRASIL, 2004, p. 25).</p>

		<p>Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituição da Comissão InterConselhos Tripartite</li> <li>• Manifesto em Defesa do SUS – Brasília (DF), 19.11.1996</li> </ul> <p>Principais Resoluções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestação contrária à MP das Organizações Sociais</li> <li>• Aprovada a constituição da comissão interconselhos</li> <li>• Manifesto em Defesa do SUS</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006 e 2007</p>	
II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 16 de abril de 1997	<p>I – Histórico</p> <p>Pauta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio à aprovação da PEC 169</li> <li>• Plano de Metas do Governo para a Saúde</li> <li>• Funcionamento da Plenária dos Conselhos de Saúde</li> <li>• Manifesto da II Plenária de Conselho de Saúde – Brasília (DF), 16 de abril de 1997</li> </ul> <p>Encaminhamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesto da II Plenária de Conselhos de Saúde contra a reforma administrativa e da previdência;</li> <li>• Reafirmação da importância da aprovação da PEC nº. 169</li> <li>• Quanto ao SUS, denuncia o esvaziamento do setor público em benefício do privado</li> <li>• Quanto ao SUS, manifesta-se contra a terceirização/privatizações, contra as organizações sociais, cooperativas e fundações.</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação em livro</p>	<p>1 – Apoio à aprovação da PEC 169</p> <p>2 – Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde</p> <p>3 – Plano de Metas do Governo para a Saúde</p> <p>4 – Funcionamento da Plenária dos Conselhos de Saúde</p> <p>5 – Manifesto da II Plenária de Conselho de Saúde – Brasília (DF), 16 de abril de 1997</p>

		do CNS, 2006 e 2007	
III Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 20 de agosto de 1997	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 240 conselheiros estiveram reunidos de conselhos estaduais e municipais de 24 estados (ausência de SC, AP e RR).</li> </ul> <p>II – Pauta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização realizada em favor da aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC 169), sobre alocação de recursos vinculados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).</li> <li>• Relato dos Estados - Avaliação da situação da saúde pública em todos os estados brasileiros</li> <li>• Debates em torno da Normal Operacional Básica do SUS (NOB/SUS)</li> <li>• Funcionamento da Plenária InterConselhos de Saúde</li> </ul> <p>III – Manifestação Pró-SUS pela PEC 169/93 Ato político Audiências com líderes de bancadas Audiência com o Ministro da Saúde Duas audiências previstas Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006 e 2007</p>	<p>1 - Mobilização realizada em favor da aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC 169), sobre alocação de recursos vinculados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>2 - Avaliação da situação da saúde pública em todos os estados brasileiros</p> <p>3 - Debates em torno da Normal Operacional Básica do SUS (NOB/SUS)</p> <p>4 - Avaliação do orçamento do Ministério da Saúde de 1998.</p> <p>5 - Manifestação Pró-SUS pela PEC 169/93 com Ato político Audiências com líderes de bancadas e Audiência com o Ministro da Saúde</p>
IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 2 e 3 de dezembro de 1997	<p>I – Histórico</p> <p>II – Pauta e Resoluções</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulação do movimento em defesa do SUS, ganhou impulso com a aprovação do ato, convocando a realização do II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, previsto para Maio de 1998</li> <li>• Criação de uma comissão para atuar como coordenação provisória da Plenária Nacional de Conselhos</li> </ul>	<p>1 - Articulação do movimento em defesa do SUS, ganhou impulso com a aprovação do ato, convocando a realização do II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, previsto para Maio de 1998.</p> <p>2 - Criação de uma comissão para atuar como coordenação provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e o Nacional, bem como contribuir no encaminhamento das lutas</p>

		<p>de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização em favor da aprovação da PEC 169/93, com a confirmação da continuidade de uma série de ações para chamar a atenção da sociedade, especialmente dos políticos para o esforço.</li> <li>• Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde (Representando o Nordeste: José Teófilo Cavalcante (PI) e Alessandra Ximenes da Silva (AL))</li> <li>• Luta pela aprovação da PEC 169/93</li> <li>• Audiências no Congresso Nacional em 3 de dezembro de 1997</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006 e 2007</p>	<p>pelo fortalecimento do SUS e do Controle Social. Fizeram parte representando o Nordeste: José Teófilo Cavalcante (PI) e Alessandra Ximenes da Silva (AL)</p> <p>3 – Luta pela aprovação da PEC 169/93</p> <p>Mobilização em favor da aprovação da PEC 169/93, com a confirmação da continuidade de uma série de ações para chamar a atenção da sociedade, especialmente dos políticos para o esforço.</p> <p>4 – Audiências no Congresso Nacional em 3 de dezembro de 1997</p>
V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 25 e 26 de março de 1998	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contou com a presença de 129 conselheiros de saúde, representando 19 estados.</li> </ul> <p>II – Pauta e Resoluções</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foi discutida a realização do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, previsto para o mês de junho do mesmo ano.</li> <li>• Organização do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006 e 2007</p>	<p>1 - Discussão da realização do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, previsto para o mês de junho do mesmo ano.</p> <p>2 – Mobilização da PEC nº. 169/Orçamento Público/Plano de Lutas</p>
VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 19 e 20 de novembro de 1998	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 de novembro marcado por uma mobilização do Movimento em Defesa da Saúde Pública, representantes do Conselho Nacional de Saúde e de Conselhos Estaduais de Municipais de todo o país, com apoio de Bispos da CNBB, representantes de entidades de</li> </ul>	<p>1 - Planejamento de atividades para 1999.</p> <p>2 - Encaminhamento das resoluções do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde.</p> <p>3 - Estrutura e organização das Plenárias Nacionais</p> <p>4 – Ato em Defesa do SUS - Carta Aberta em Defesa da Saúde (20.11.1998)</p>

		<p>empresários, usuários, trabalhadores, portadores de deficiências, associações de moradores, pastorais e membros da comunidade científica, debateram os cortes de recursos da saúde durante toda a manhã. Contou com a participação de 500 pessoas num abraço ao Ministério da Saúde;</p> <p>II – Pauta e Resoluções  1 - Planejamento de atividades para 1999.  2 - Encaminhamento das resoluções do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde.  3 - Estrutura e organização das Plenárias Nacionais  4 – Carta Aberta em Defesa da Saúde (20.11.1998)</p> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006 e 2007</p>	
VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 18 e 19 de maio de 1999	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contou com a participação de 500 representantes dos 24 estados brasileiros.</li> </ul> <p>II – Pauta e Resoluções  1 - Relatório Final  2 – Recomendações e moções - Relativas ao Controle Social  Recomendações – 10  Moções de Apoio – 03  Moções de repúdio – 09  3 – Recomendações e moções - Relativas à organização da atenção e da gestão e às políticas setoriais  Recomendações - 18  Moções de Apoio - 07  Moções de repúdio – 14</p> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006</p>	<p>1 - Luta pela PEC nº. 169  2 - Eleição e posse de novos representantes na coordenação das plenárias nacionais de conselhos  3 - Temas de Conjuntura Nacional e de saúde  3.1 - A conjuntura nacional em função da saúde  3.2 - O orçamento da saúde  3.3 - A capacitação de conselheiros  3.4 - A comunicação em saúde  3.5 - O controle social  3.6 - As competências dos Conselhos de Saúde  3.7 - As competências das comissões intergestores e das Secretarias de saúde</p>
VIII Plenária Nacional de Conselho de Saúde	Brasília – DF, 09 e 10 de dezembro de 1999	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As Plenárias Nacionais de Saúde foram instituídas a partir da deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de promover e</li> </ul>	<p>Através de Painéis:  1 - A conjuntura da saúde e o financiamento do SUS;  2 - Avaliação do controle social nas regiões;  3 - 11ª conferência;  4 - Controle social no SUS;  5 - Capacitação de</p>



		<p>aprofundar a articulação entre os Conselhos de Saúde do país, com vistas ao aumento da autonomia no funcionamento desses fóruns. (BRASIL, 2006, p. 147)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de painéis</li> </ul> <p>II – Pauta e Resoluções 1 – Introdução 2 – Panorama do controle social no país (por regiões) 3 – Propostas Gerais da VIII Plenária 4 – Relatório de Moções e Recomendações Moção de Apoio - 06 Moção de Repúdio - 17 Moção de Aplauso - 02 Recomendações - 04 Moção de Congratulação - 01 Apresentação como Anexo de Breve Síntese da situação do controle social no Brasil (documento entregue ao Ministro da Saúde José Serra 1 – Situação Nacional 2 – Situação do SUS 3 – Problemas centrais do Controle Social 4 – Avanços do Controle Social Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006</p>	<p>conselheiros de saúde; 6 - Contexto do controle social no país.</p>
IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 06 e 07 de junho de 2000	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerca de 450 participantes</li> <li>• O debate aconteceu às vésperas da votação da Emenda Aglutinativa 86-A pelo Senado Federal, uma remuneração da PEC nº. 169/93.</li> </ul> <p>II – Pauta e Resoluções 1 – Avaliação da VIII Plenária 2 – PEC Aglutinativa 86-A 3 – 11ª Conferência Nacional de Saúde 4 – Preparação a manifestação a favor da PEC Aglutinativa 86-A 5 – Manifestação a favor da PEC Aglutinativa 86-A no Congresso Nacional Deliberações 1 – 11ª Conferência Nacional de Saúde 2 – Avaliação da VIII Plenária</p>	<p>1 - Organização da 11ª Conferência Nacional de Saúde 2 – Avaliação da VIII Plenária 3 – PEC Aglutinativa 86-A, com manifestação a favor da PEC Aglutinativa 86-A no Congresso Nacional 4 - Avaliação da VIII Plenária</p>

		Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006	
X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 18, 19 e 20 de novembro de 2001	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>755 delegados, representando 25 estados e distrito federal.</li> </ul> <p>18/11/2001</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesa de abertura com composição do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Representante do Trabalhador em Saúde, Representante do Usuário, Ministério Público Federal, Coordenação da Plenária – Região Centro Oeste e Coordenação da Plenária – Norte</li> <li>Ato Cultural</li> <li>Painel 1 – Controle Social e Debate</li> </ul> <p>19/11/2001</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Continuação e Finalização do Credenciamento</li> <li>Leitura e Aprovação do Regimento Interno da X Plenária</li> <li>Histórico e Perspectivas da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>Painel 2 – Controle Social – Organização das diferentes instâncias, com: Organização e Funcionamento das Plenárias de Conselhos e Resolução do CNS nº. 33; Capacitação de Conselheiros; Deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde;</li> <li>Painel 3 – Controle Social na Gestão do SUS, com os temas: Financiamento e Orçamento de 2002; NOB/96 – NOAS/2001; Política de Recursos Humanos – NOB/RH e Interiorização;</li> </ul>	<p>1 - Resolução do CNS nº. 33/92 – Normas de Criação de Conselhos de Saúde</p> <p>2 - Deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde</p> <p>Financiamento da Saúde</p> <p>3 - Emenda Constitucional nº. 29</p> <p>4 - NOB/RH do SUS</p> <p>Apresentação de Painéis</p> <p>Painel 1 – Controle Social na Gestão do SUS / Debate</p> <p>Painel 2 – Controle Social – Organização das diferentes instâncias, com: Organização e Funcionamento das Plenárias de Conselhos e Resolução do CNS nº. 33; Capacitação de Conselheiros; Deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde.</p> <p>Painel 3 – Controle Social na Gestão do SUS, com os temas: Financiamento e Orçamento de 2002; NOB/96 – NOAS/2001; Política de Recursos Humanos – NOB/RH e Interiorização</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de Trabalho</li> <li>• Reunião da Relatoria</li> </ul> <p>20/11/2001</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plenária Final com discussão e aprovação do relatório e das moções;</li> <li>• Eleição dos Coordenadores por Região</li> <li>• Apresentação e Posse da Coordenação Eleita e Encerramento da X Plenária</li> </ul> <p>II – Deliberações</p> <p>1 – Resolução CNS nº. 33/92 – Normas de Criação de Conselhos de Saúde</p> <p>2 – Organização e funcionamento das plenárias de Conselhos de Saúde</p> <p>3 – Recursos Humanos</p> <p>4 – Capacitação de Conselheiros de Saúde</p> <p>5 – Recomendações Gerais</p> <p>Propostas aprovadas quanto à organização e funcionamento, instituída a composição, periodicidade e realização das plenárias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico e perspectiva da Plenária</li> <li>• Deliberação do CNS nº. 004, de 10/05/2001 sobre o funcionamento das plenárias</li> </ul> <p>III – Coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório Completo da X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006 e 2002</p>	
XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 1, 2 e 3 de dezembro de 2002	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participaram 759 pessoas, entre delegados, observadores e outros, representando vários 26 estados e Distrito Federal</li> </ul> <p>II – Principais deliberações</p> <p>1 – Tema I – Política Nacional de Capacitação de Conselheiros de Saúde</p> <p>2 – Tema II – Estratégias de implantação de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) com controle social</p>	<p>1 - Organização para garantir o Controle Social do SUS nas três esferas de governo</p> <p>2 - Consolidação do Controle Social do SUS</p> <p>3 - Capacitação de conselheiros de saúde</p> <p>4 - NOB-RH/SUS</p> <p>5 - Orçamento e financiamento do SUS e cumprimento da EC 29.</p> <p>6 - Coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos (por regiões do país), com o objetivo de garantir a participação</p>

		<p>3 – Tema III – Controle Social sobre o orçamento, o financiamento do SUS e o cumprimento da EC 29</p> <p>4 – Tema IV – Outras questões discutidas nos Grupos de Trabalho</p> <p>5 - Coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos (por regiões do país)</p> <p>Obs.: Possui publicação do CNS, 2002</p>	<p>integral de todos os Estados. Essa mudança modificou o texto da Recomendação nº. 005/2004/CNS, mas manteve os demais itens da Deliberação nº. 004/2001/CNS</p>
<p>Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Extraordinária</p>	<p>Brasília – DF, 12 e 13 de maio de 2004</p>	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contou com 596 participantes.</li> <li>• Convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, recomendação da CONFIN.</li> </ul> <p>II – Pauta e Resoluções</p> <p>Desenvolvimento dos trabalhos da plenária extraordinária</p> <p>1 – Painéis: Conjuntura econômico-social; Desafios para a regulamentação da EC 29</p> <p>Apresentação de relatórios de visitas aos gabinetes dos deputados reivindicando a regulamentação da EC 29</p> <p>2 – Agenda nacional de mobilização pela regulamentação da EC 29</p> <p>3 – Organização e funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</p> <p>Obs.: Possui publicação em livro do CNS, 2006</p>	<p>Realização de Painéis:</p> <p>1 - Conjuntura econômico-social;</p> <p>2 - Desafios para a regulamentação da EC 29</p> <p>- Agenda nacional de mobilização pela regulamentação da EC 29</p> <p>3 - Apresentação de relatórios de visitas aos gabinetes dos deputados reivindicando a regulamentação da EC 29</p> <p>4 - Organização e funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</p>
<p>XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</p>	<p>Brasília – DF, 24, 25 e 26 de novembro de 2004</p>	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contou com a participação de 469 delegados, conselheiros de saúde de 22 estados e do Distrito Federal. As delegações do Acre, Amapá, Roraima, Paraíba não se fizeram presentes.</li> <li>• Teve como objetivo promover a troca de experiências e avaliações entre seus participantes, de modo a propiciar a renovação de forças e as motivações para o aprofundamento da</li> </ul>	<p>1 - Promover a troca de experiências e avaliações entre seus participantes, de modo a propiciar a renovação de forças e as motivações para o aprofundamento da</p> <p>2 - Apresentação e Discussão em Forma de Mesas Temáticas - promover a troca de experiências e avaliações entre seus participantes, de modo a propiciar a renovação de forças e as motivações para o aprofundamento da</p>

		<p>concepção e articulação do efetivo exercício do controle social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A dinâmica da XII plenária se processou por meio de mesas-redondas, debates em plenário, trabalhos de grupo (por região) e Plenária Final.</li> </ul> <p>II – Mesas  1 – Abertura  2 – Palestras</p> <p>Mesa 1: O SUS na conjuntura atual e o controle social  Palestrantes: Ministro da Saúde; Ministério Público  Coordenadores: Coordenação da Plenária; CNS</p> <p>Mesa 2: A gestão da força de trabalho como estratégia de consolidação do SUS  Palestrantes: 3  Coordenadores: Coordenação da Plenária; CNS</p> <p>Mesa 3: O papel do Estado nas três esferas de governo na consolidação do SUS e controle social; regulamentação da EC 29/2000; controle social e capacitação dos segmentos  Palestrantes:  Coordenadores: Coordenação da Plenária; CNS</p> <p>Mesa 4: Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde  Palestrante: Secretária Executiva-Adjunta – Alessandra Ximenes da Silva</p> <p>Mesa 5: Organização e funcionamento das Plenárias  Palestrantes: 02  Coordenação: 02</p> <p>3 – Deliberações da Plenária Final</p> <p>Gestão do trabalho em saúde  O papel do Estado nas três esferas de governo na consolidação do SUS  Regulamentação da Emenda Constitucional 29  Controle Social e capacitação dos segmentos  Organização e Funcionamento de Plenárias</p> <p>4 – Moções  De apoio – 07  De repúdio – 10  Obs.: Possui publicação em livro</p>	<p>concepção e articulação do efetivo exercício do controle social.</p> <p>2.1 - O SUS na conjuntura atual e o controle social  2.2 A gestão da força de trabalho como estratégia de consolidação do SUS  2.3 O papel do Estado, nas três esferas de governo, na consolidação do SUS e Controle Social  2.4 A regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29  2.5 O controle social e a capacitação dos segmentos  2.6 Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde  2.7 Organização e funcionamento das Plenárias</p>
--	--	---	---

		do CNS, 2006	
XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 05, 06 e 07 de dezembro de 2005	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O relatório da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde traz uma síntese da Trajetória Histórica das Plenárias Nacionais, desde o I Congresso Nacional realizado em Brasília, em 1995 até a XI Plenária Nacional, dando ênfase às pautas e às principais Resoluções.</li> </ul> <p>05/12/2005</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura – Quatro momentos fundamentais para ao Controle Social no Brasil.</li> <li>• Regimento Interno Aprovado</li> <li>• Mesa Redonda: O Controle Social no Contexto da Conjuntura Nacional de Saúde</li> <li>• Trajetória Histórica: Resgate Histórico da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1995 – I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1996 – I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1997 – II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1997 – III Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1997 – IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1998 – V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1998 – II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1998 – VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1999 – VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 1999 – VIII Plenária</li> </ul>	<p>1 – Síntese das Plenárias Nacional de Conselhos de Saúde (I Congresso Nacional, I Plenária Nacional até a XI Plenária Nacional)</p> <p>2 – Educação permanente para o Controle Social</p> <p>3 – Desafios para o Controle Social;</p> <p>4 – A Gestão como estratégia de Implementação do SUS: da Concepção à Prática</p> <p>5 – Debate sobre o Modelo de Atenção, Brasil Pré-SUS;</p> <p>6 – Carta Aberta ao Controle Social e a Todas as Cidadãs e os Cidadãos brasileiros.</p>

		<p>Nacional de Conselhos de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2000 – IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 2001 – X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• 2002 – XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• Resumo das Plenárias Nacionais de Conselhos</li> </ul> <p>06/12/2005</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa Redonda – Educação Permanente no Controle Social – Novos Rumos</li> <li>• Sistema de Saúde – Caminhos e Descaminhos (quadro, p. 34)</li> <li>• Debatendo o Modelo de Atenção Brasil Pré-SUS;</li> <li>• Plenária por Região</li> </ul> <p>07/12/2005</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório Final;</li> <li>• Controle Social - Propostas - 49</li> <li>• Educação Permanente - Propostas - 14</li> <li>• Emenda Constitucional nº. 29/2000 – Propostas – 3</li> <li>• Gestão em Saúde – Propostas - 20</li> <li>• Moções</li> <li>• De Repúdio</li> <li>• De Apoio</li> <li>• Carta Aberta ao Controle Social e a Todas as Cidadãs e os Cidadãos brasileiros.</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação no Site do CNS. Material disponível no site do Conselho Nacional de Saúde, 2007</p>	
XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 10 e 11 de abril de 2007	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contou com a participação de 855 conselheiros de saúde, representando 27 estados e 333 municípios e o Distrito Federal</li> <li>• Pauta: O Controle Social no Pacto pela</li> </ul>	<p>1 - O Controle Social no Pacto pela Saúde 2 - Terceirização de Gerência e Gestão do SUS</p>

		<p>Saúde e a Terceirização de Gerência e Gestão do SUS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório Final: O relatório final apresentado da Plenária busca alternativas para a efetivação do controle social nas três esferas de governo, apresentando as dificuldades enfrentadas pelos conselheiros e algumas alternativas que podem ser implementadas visando o seu fortalecimento. Há uma discussão muito intensa sobre as Terceirizações, tendo em vista os seus avanços na Gestão do SUS, que além dos problemas de gerência, autonomia, estabilidade, dentre outros, há a inexistência do controle social através dos Conselhos de Saúde, ou seja, há um intenso retrocesso na participação da sociedade.</li> <li>• Regimento Interno</li> </ul> <p>10/04/2007</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Credenciamento</li> <li>• Abertura</li> <li>• Leitura e Aprovação do Regimento Interno</li> <li>• Mesa 01 – O Controle Social no Pacto Saúde</li> <li>• Intervalo para Almoço</li> <li>• Debates e Encaminhamentos</li> <li>• Mesa 02 – Terceirização de Gerência e Gestão do SUS</li> <li>• Debates e Encaminhamentos</li> </ul> <p>11/04/2007</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades no Congresso Nacional</li> <li>• Mobilização pela aprovação do Projeto de Lei (PL 001/2003) – Regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29/2000</li> <li>• Intervalo para Almoço</li> </ul>	
--	--	---	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plenária Final para apresentação de Propostas e Moções</li> <li>• Informes Gerais do CNS, da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e Homologação da Coordenação Plenária Nacional de Conselhos de Saúde</li> <li>• Moções – Repúdio – 12</li> <li>• Propostas Homologadas</li> <li>• Pacto Pela Saúde</li> <li>• Terceirização de Gerência e Gestão do SUS</li> <li>• Homologação da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, eleita nos Estados, para o exercício de abril de 2007 a abril de 2009, apresentando os nomes e respectivos estados representados.</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação no Site do CNS. Material disponível no site do Conselho Nacional de Saúde, 2007</p>	
XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 26 a 28/11/2008	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tema:</li> <li>• Apresentação da Capa, mas não possui sumário</li> <li>• Nota explicativa</li> <li>• Inicia com solenidade de abertura</li> <li>• Exposição da sequência da formação da mesa</li> <li>• Apresentação de vídeo institucional em homenagem aos 20 anos de SUS</li> <li>• Uso da palavra do pessoas da composição da mesa formada, dependendo do segmento (Nome e segmento)</li> <li>• Depois das falas, dentro da programação, um ato simbólico, de caminhada até o congresso nacional para pressionar os deputados sobre a ec 29</li> </ul>	Com 3 Eixos temáticos e 3 Mesas Redondas com os temas: 1 - Financiamento de Saúde/Emenda Constitucional nº 29; 2 - Gestão Pública do SUS 3 - Pacto Pela Saúde em Defesa do SUS e de Gestão e Fortalecimento do Controle Social 4 - Manifesto da XV plenária dirigido ao CNS ao Ministério da Saúde e à sociedade brasileira.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura e aprovação do regimento interno - apresentação como anexo da proposta do regimento interno</li> </ul> <p>Formação das Mesas e Eixos Temáticos</p> <p>Mesa 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação da mesa 1, com um tema</li> <li>• Com relação dos expositores e seguintes funções além da coordenação e relator da mesa</li> <li>• Explanção de cada um com suas exposições sobre a temática da mesa.</li> </ul> <p>Mesa 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição da mesa com coordenador e relator</li> </ul> <p>Mesa 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição da mesa com coordenador e relator</li> </ul> <p>II – Pauta e Resoluções</p> <p>Anexo I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação como anexo da proposta do regimento interno</li> <li>• O regimento interno da a noção de normatização da plenária e da estrutura.</li> </ul> <p>Anexo II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifesto da XV plenária dirigido ao CNS ao Ministério da Saúde e à sociedade brasileira.</li> <li>• O manifesto é o resultado das proposições da plenária, sendo elencadas</li> </ul> <p>Anexo III</p> <p>Propostas - Plenária final com apreciação e deliberação das propostas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa 1</li> <li>• Mesa 2</li> <li>• Mesa 3</li> <li>• Gestão e trabalho no SUS</li> <li>• Diversos</li> </ul> <p>Anexo IV</p>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moções - 29</li> </ul> <p>Anexo V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da programação do evento realizado.</li> </ul> <p>Anexo VI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da comissão organizadora</li> </ul> <p>Obs.: Possui publicação no Site do CNS. Material disponível no site do Conselho Nacional de Saúde.</p>	
XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 16 a 18/11/2010	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capa com apresentação dos autores</li> <li>• Apresentação da comissão organizadora da plenária por estados e suas representações</li> <li>• Apresentação das comissões de trabalhos da plenária, dividida em três: Comissão de acolhimento, comissão de apoio o e logística e comissão de comunicação</li> <li>• Apresentação do relatório final da plenária, por data do dia</li> <li>• Apresentação da mesa, acolhimento, leitura e aprovação do regulamento (não cita como regimento interno), com apresentação da coordenação.</li> <li>• Aprovação do regulamento com destaques (alterações)</li> <li>• Regulamento aprovado com estrutura da plenária apresentada por eixos e subeixos temáticos e debates</li> </ul> <p>Aprovação das Propostas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura e aprovação da recomendação à Presidente Dilma Rousseff, da nomeação do Ministro da Saúde, com apresentação do documento na íntegra (11 propostas)</li> <li>• Nota de apoio ao presidente do CNS</li> </ul>	<p>1 – Modelo de Gestão do SUS</p> <p>2 - Agenda Política do CNS/2010</p> <p>3 - Financiamento do SUS – Regulamentação da EC nº 29</p> <p>4 - 14ª Conferência Nacional de Saúde com o Tema Gestão do SUS</p>

		<p>tendo em vista o processo eleitoral de renovação da mesa diretora e da presidência do CNS em dez 2010, submetendo ao plenário, sendo referendado, com apresentação do documento na íntegra Nota de Apoio, com 06 pontos em destaque.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos apoiadores da plenária por regiões do Brasil e por estados com titulares</li> <li>• Momento final da plenária: aprovação das moções, com apresentação em bloco, sendo acatado pelo plenário, sendo necessário um total de assinaturas para serem apreciadas, de acordo com regulamento aprovado, ficando duas de fora, por não atingirem total de assinaturas.</li> </ul> <p>Moções de Apoio</p> <p>Moção 01 – Total de Assinaturas: 183</p> <p>Moção 02 – Total de Assinaturas: 180</p> <p>Moção 03 – Total de Assinaturas: 164</p> <p>Moção 04 – Total de Assinaturas: 126</p> <p>Moção 05 – Total de Assinaturas: 125</p> <p>Moção 06 – Total de Assinaturas: 120</p> <p>Moção 07 – Total de Assinaturas: 155</p> <p>Moção 08 – Total de Assinaturas: 120</p> <p>Moção 09 – Total de Assinaturas: 125</p> <p>Moção 10 – Total de Assinaturas: não atingiram</p> <p>Moção 11 – Total de Assinaturas: não atingiram</p> <p>Moção 12 – Total de Assinaturas: 129</p> <p>Moção 13 – Total de Assinaturas: 121</p> <p>Moções de Repúdio</p> <p>Moção 01 – Total de</p>	
--	--	--	--

		Assinaturas: 653		
		Moção 02 –	Total	de
		Assinaturas: 300		
		Moção 03 –	Total	de
		Assinaturas: 133		
		Moção 04 –	Total	de
		Assinaturas: 120		
		Moção 05 –	Total	de
		Assinaturas: 128		
		Moção 06 –	Total	de
		Assinaturas: 131		
		Moção 07 –	Total	de
		Assinaturas: 123		
		Moção 08 –	Total	de
		Assinaturas: 131		
		Moção 09 –	Total	de
		Assinaturas: 122		
		Moção 10 –	Total	de
		Assinaturas: 126		
		Moção 11 –	Total	de
		Assinaturas: 123		
		Moção 12 –	Total	de
		Assinaturas: 123		
		Moção 13 –	Total	de
		Assinaturas: 224		
		Moção 14 –	Total	de
		Assinaturas: 131		
		Moção 15 –	Total	de
		Assinaturas: 120		
		Moção 16 –	Total	de
		Assinaturas: 122		
		Moção 17 –	Total	de
		Assinaturas: 120		
		Moção 18 –	Total	de
		Assinaturas: 120		
		Moção 19 –	Total	de
		Assinaturas: 201		
		Moção 20 –	Total	de
		Assinaturas: 148		
		Moção 21 –	Total	de
		Assinaturas: 183		
		Moção 22 –	Total	de
		Assinaturas: 123		
		Moção 23 –	Total	de
		Assinaturas: 123		
		Moção 24 –	Total	de
		Assinaturas: 120		
		Moção 25 –	Total	de
		Assinaturas: 207		
		Moções diversas		
		Moção 01 –	Total	de
		Assinaturas: 126		
		Moção 02 –	Total	de
		Assinaturas: 211		
		Moção 03 –	Total	de
		Assinaturas: 127		
		Moção 04 –	Total	de
		Assinaturas: 133		
		Moção 05 –	Total	de
		Assinaturas: 130		

		<p>Moção 06 – Total de Assinaturas: 135</p> <p>Moção 07 – Total de Assinaturas: 204</p> <p>Moção 08 – Total de Assinaturas: 202</p> <p>Moção 09 – Total de Assinaturas: 125</p> <p>Moção 10 – Total de Assinaturas: 126</p> <p>Moção 11 – Total de Assinaturas: 137</p> <p>Moção 12 – Total de Assinaturas: 342</p> <p>Moção 13 – Total de Assinaturas: 124</p> <p>Moção 14 – Total de Assinaturas: 121</p> <p>Moção 15 – Total de Assinaturas: 265</p> <p>Moção 16 – Total de Assinaturas: 161</p> <p>Moção 17 – Total de Assinaturas: 124</p> <p>Moção 18 – Total de Assinaturas: 125</p> <p>Moção 19 – Total de Assinaturas: 130</p> <p>Moção 20 – Total de Assinaturas: 121</p> <p>Moção 21 – Total de Assinaturas: 122</p> <p>Apresentação da lista de inscritos por estado: 1284 inscritos</p> <p>Apresentação dos coordenadores estaduais da plenária</p> <p>Apresentação do CNS</p> <p>Apresentação da comissão relatoria da plenária</p> <p>Apresentação de outros momentos da plenária através do fotografias: acolhimento, credenciamento, Mesa III, Momentos, delegação do Mato Grosso do Sul, Debate, Tradução em Libras, Relatório da Mesa III, Relatório da Mesa IV, Relatório da Plenária Final, Mesa Plenária Final, Plenário, Plenário, Plenário, Plenário, Votação</p> <p>Mesas Redondas (contando com subeixos)</p> <p>Mesa 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de Gestão do SUS</li> </ul> <p>Mesa 2:</p>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de Gestão do SUS – Agenda política do CNS/2010</li> </ul> <p>Mesa 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamento do SUS – Regulamentação da EC nº 29</li> </ul> <p>Mesa 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14ª Conferência Nacional de Saúde</li> </ul> <p>Sequência</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da Solenidade de abertura com fotografias e texto e descrição das autoridades presentes pelos 2 relatores;</li> <li>• Apresentação da Análise da Conjuntura Política do SUS com fotografia e texto e descrição da composição da mesa, composta por 2 coordenadores, 5 expositores e 2 relatores, com o Tema: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS</li> <li>• Apresentação da Mesa 1 com respectivos temas e composição da mesa, com 2 coordenadores, 2 expositivos e 4 subtemas, 3 relatores, com o Tema: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS; e Sub-Temas: Criação da carreira Única de Saúde; Estabelecimento do Serviço Civil em Saúde; Autonomia administrativa e financeira do SUS; e Profissionalização da administração e da gestão do SUS</li> <li>• Apresentação da Mesa 3 com respectivos temas e composição da mesa, com 2 coordenadores, 1 expositivos e 2 subtemas, 2 relatores e com o tema: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS; e Sub-Temas:</li> </ul>	
--	--	---	--

		<p>Financiamento do SUS; e Regulamentação da EC 29</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da Mesa 4 com respectivos temas e composição da mesa, com 2 coordenadores, 1 expositivos e 2 subtemas, 2 relatores e com o tema: 14ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Apresentação da Plenária Final com fotografia e texto e descrição da composição da mesa, composta por 2 coordenadores e 3 relatores</li> <li>• Plenária final: Sequência</li> <li>• O Presidente do CNS falou do objetivo da plenária</li> <li>• A coordenadora da plenária falou sobre o fortalecimento do SUS, retoma ao regulamento</li> <li>• Um membro da início à leitura das propostas da plenária:</li> <li>• Proposta 1 da Plenária – da Análise da conjuntura política do SUS</li> <li>• Apresentação das propostas detectadas nas falas do expositores e delegados: 14 propostas</li> <li>• Proposta 2 da Plenária – da Mesa 1: 21 propostas</li> <li>• Proposta 3 da Plenária – da Mesa 2: 10 propostas, sendo</li> <li>• Propostas da Conceição Aparecida Pereira Resende: 05 propostas e 05 propostas da plenária</li> <li>• Proposta 4 da Plenária – da Mesa 3: Financiamento da EC-29/2000: 06 propostas</li> <li>• Proposta 5 da Plenária – da Mesa 4: Propostas da Comissão Organizadora da 14ª</li> </ul>	
--	--	---	--



		<p>Conferência Nacional de Saúde: 01 proposta</p> <p>Obs.: Possui publicação no Site do CNS. Material disponível no site do Conselho Nacional de Saúde.</p>	
XVII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF, 9 e 10 de julho de 2012	<p>I – Histórico</p> <p>09/07/12 – Credenciamento, Solenidade de Abertura, Mesa I, Debate, almoço, Aprovação do Regulamento da XVII Plenária Nacional de Conselho de Saúde, Mesa II</p> <p>10/09/12 – Mesa III, Mesa IV, Almoço, Debate – Lei complementar nº. 141/2012, Plenária Final, Encerramento/Coffee Break</p> <p>Mesa I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimento do SUS</li> <li>• Papel dos Conselhos</li> <li>• Conjuntura Eleitoral</li> </ul> <p>Mesa II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIACS e Situação dos Conselhos de Saúde</li> <li>• O Acórdão da 1ª Câmara do TCU nº. 1.660, de 22.03.2011</li> <li>• Agenda Plenária: Pensando e Construindo a XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.</li> </ul> <p>Mesa III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Regionalização da Saúde nº. 7.508/2011</li> </ul> <p>Mesa IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O financiamento da Saúde e a Lei Complementar nº. 141/2012</li> </ul> <p>Debate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lei Complementar nº 141/2012</li> </ul> <p>Obs.: Não possui publicação. Material disponível no site do Conselho Nacional de Saúde.</p>	<p>1 - Fortalecimento do SUS;</p> <p>2 - Papel dos Conselhos;</p> <p>3 - Conjuntura Eleitoral;</p> <p>4 - SIACS e Situação dos Conselhos de Saúde;</p> <p>5 - O Acórdão da 1ª Câmara do TCU nº. 1.660, de 22.03.2011;</p> <p>6 - Agenda Plenária: Pensando e Construindo a XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;</p> <p>7 - A Regionalização da Saúde nº. 7.508/2011;</p> <p>8 - O financiamento da Saúde e a Lei Complementar nº. 141/2012.</p>
XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde Ampliada	Brasília – DF, 27 e 28 de maio de 2014	<p>I – Histórico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 601 participantes responderam ao questionário de avaliação</li> <li>• Apresentação de Avaliação do Encontro com: 1 – Avaliação das atividades do encontro, quanto à plenária e participação dos</li> </ul>	

		<p>expositores e comentários; 2 – Avaliação da organização das atividades, com relevância do encontro na prática; pertinência, atualidade e inovação das temáticas abordadas; organização e distribuição das atividades; adequação dos recursos às atividades realizadas; horários e períodos programados e comentários da avaliação da organização; 3 – Avaliação da infraestrutura e recursos educacionais; instalações físicas das salas de trabalho; recursos disponíveis e comentários da avaliação da infraestrutura; 4 – Avaliação do encontro com comentários e/ou sugestões de melhoria.</p> <p>Obs.: Não Possui publicação, foi conseguido material diretamente no Conselho Nacional de Saúde, via Conselho Municipal de Saúde de Picos.</p>	
XIX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares	Brasília – DF, 13 e 14 de abril de 2015	<p>I – Histórico 13/04/2017 – Credenciamento e Acolhimento, Mesa de Abertura, Mesa II, Almoço, Mesa III, Mesa IV 14/04/2015 – Mesa V, Almoço, Ato Público: Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.</p> <p>Mesa I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença do Ministro da Saúde; Presidenta do CNS, Representante de Movimento Social e Coordenador da Plenária</li> </ul> <p>Mesa II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em Defesa do SUS – Participação e 15ª Conferência Nacional de Saúde, com falas de</li> </ul>	<p>1 – Organização e mobilização para alcançar os objetivos da 15ª Conferência Nacional de Saúde;</p> <p>2 – Fortalecimento da Democracia</p> <p>3 – Defesa dos Direitos Sociais e Saúde</p> <p>4 – Defesa dos Direitos Sociais e do Sistema Único de Saúde;</p> <p>5 – A Reforma Democrática e Política;</p> <p>6 – A democratização dos meios de comunicação.</p> <p>7 – Ato Público: Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.</p>

		<p>conselheiros, entidades e movimentos.</p> <p>Mesa III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Apresentação da Plataforma Digital e Peças Publicitárias da 15ª CNS</li> </ul> <p>Mesa IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma Democrática e Política</li> <li>• Democracia e Participação Social</li> <li>• Defesa dos Direitos Sociais e Saúde</li> </ul> <p>Mesa V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Mobilização e Organização para alcançar os objetivos da 15ª Conferência Nacional de Saúde</li> </ul> <p>Ato Público</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma Democrática e Política: Manifesto da 19ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.</li> </ul> <p>Obs.: Não possui publicação.</p>	
XX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares	Brasília – DF, 24 e 25/08/2016	<p>I – Histórico</p> <p>Tema: O SUS do tamanho da necessidade do povo brasileiro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capa com apresentação de logomarcas</li> <li>• Contra capa com loca: Brasília; Data: 24 a 25/08/2016; tema: O SUS do tamanho da necessidade do povo brasileiro; local</li> <li>• Apresentação do Sumário (diagramação, mas em branco)</li> <li>• Apresentação da coordenação nacional da plenária de conselho de saúde por regiões do Brasil, por representações de titular e suplente</li> <li>• Apresentação das Comissões organizadora da plenária:</li> </ul>	<p>1 - Modelos institucionais de Sistema de Saúde</p> <p>1.1 Sistemas de Saúde, Tendências e Perspectivas</p> <p>2 - A integralidade da Saúde no Fortalecimento do SUS</p> <p>2.1 - Integralidade</p> <p>2.2 – 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres</p> <p>2.3 – A integralidade da Saúde no fortalecimento do SUS</p> <p>3 - Os fatores determinantes para o a consolidação do SUS e do Direito à Saúde</p> <p>3.1 Os fatores determinantes para a consolidação do SUS e o Direito à Saúde</p> <p>4 - Eleições Municipais e o Fortalecimento do SUS e do Controle Social</p> <p>4.1 – O CNS pede</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comissão organizadora; Comissão de relatoria; Comissão de acolhimento</li> <li>• Comissão de infraestrutura; Comissão de comunicação e mobilização; Comissão de intervenção</li> <li>• Apresentação da programação da plenária</li> </ul> <p>Data e mesas com temas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24/08/2017 – Abertura: Fala do presidente do CNS; Fala da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos; Fala da Conselheira de Saúde de Vitória – ES; Fala do CNS (breve); Fala do Conselheiro de Saúde; Encerramento da mesa de abertura</li> <li>• 24/08/2017 – Apresentação da Mesa de Abertura, com respectivos temas e composição da mesa, com 1 coordenador, 1 expositor e 2 relatores - Mesa I: Modelos institucionais de Sistema de Saúde: Sistemas de Saúde – Tendências e Perspectivas. Com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (25 falas)</li> <li>• 24/08/2017 – com respectivos temas e composição da mesa, com 1 coordenador, 1 expositor e 2 relatores - Mesa II: A integralidade da Saúde no Fortalecimento do SUS: Integralidade; 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres; A integralidade da Saúde no Fortalecimento do SUS. Com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (38 falas)</li> </ul>	<p>compromisso de candidatos com o SUS</p> <p>4.2 – Em Painel, participantes da 2ª Plenária dizem porque defendem o SUS</p> <p>4.3 – Plenária discute propostas que atentam contra o SUS no Congresso</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25/08/2017 – Mesa III: Os fatores determinantes para o a consolidação do SUS e do Direito à Saúde: Os fatores determinantes para o a consolidação do SUS e do Direito à Saúde, com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (30 falas, por estados)</li> <li>• 25/08/2017 – Mesa IV: Eleições Municipais e o Fortalecimento do SUS e do Controle Social, com Pactuação da Mesa para Fala da membros participantes da plenária (14 falas)</li> <li>• Apresentação de Nota Explicativa</li> </ul> <p>Anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentada em seguida com data de 25/08/2016</li> <li>• CNS Pedu compromisso de candidatos com o SUS</li> <li>• E Painel, participantes da 20ª Plenária dizem porque defendem o SUS</li> <li>• Resolução do CNS nº. 534, de 19/08/2016 – Posicionar contra a PEC 241; contrário a qualquer proposta de criação de planos de saúde; solicitar imediata revogação da portaria nº. 1.482/2016</li> <li>• Moção de repúdio e de inconstitucionalidade contra retrocessos do SUS ao Ministro da Saúde Ricardo Barros, pelo Sindsaúde ABC</li> <li>• Encaminhamento dos representantes do Mato Grosso do Sul, assinado pelo Pastor Pedro Macedo Granja, Coordenador de Plenárias do Mato Grosso do Sul e demais membros da delegação do estado.</li> </ul>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propostas da Bahia</li> <li>• Informações do CD Anexo contendo as matérias disponibilizadas pelos palestrantes e fotografias do evento da XX Plenária</li> <li>• Demonstrativo de Participantes por Estado (não tem)</li> <li>• Avaliação (não tem)</li> </ul> <p>Final</p> <p>Obs.: Não possui publicação, foi conseguido material diretamente no Conselho Nacional de Saúde, via Conselho Municipal de Saúde de Picos.</p>	
--	--	---	--

Fontes: CNS (2001; 2002; 2006; 2007; 2008; 2010; 2013; 2016; 2008; 2010; 2015a; 2015c); Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina (2015d), adaptado pelo autor.