

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

ROBERVAL EDSON PINHEIRO DE LIMA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL:
CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE
INSTÂNCIAS DE GESTÃO**

NATAL – RN
2013

ROBERVAL EDSON PINHEIRO DE LIMA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: CONVERGÊNCIAS E
DIVERGÊNCIAS ENTRE INSTÂNCIAS DE GESTÃO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de Concentração: Política, Desenvolvimento e Sociedade

Linha de Pesquisa: Estado, Governo e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. José Willington Germano
CIENCIAS HUMANAS SOCIOLOGIA CIENCIA
POLITICA E SOCIOLOGIA DA SAUDE

NATAL – RN
2013

ROBERVAL EDSON PINHEIRO DE LIMA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: CONVERGÊNCIAS E
DIVERGÊNCIAS ENTRE INSTÂNCIAS DE GESTÃO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Natal, ____/____/2013.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Willington Germano
ORIENTADOR – UFRN/CCHLA/PGCS

Prof. Dr. José Antonio Spinelli
MEMBRO TITULAR – UFRN/CCHLA/PGCS

Prof^a. Dr.^a Janete Lima de Castro
MEMBRO TITULAR – UFRN/CCS/DSC

Prof^a Dr.^a Geovânia da Silva Toscano
MEMBRO TITULAR – Prof^a Convidada UFPB

AGRADECIMENTOS

Uma escalada de duas décadas tem um desdobramento de inestimável sensação de conquista. Apesar de ser uma página que se avança, um capítulo foi delineado e traz um consigo a certeza de que outros precisam de pinceladas e futuros registros mais aprimorados.

O processo de construção deste trabalho marcou experiência de caráter diverso, tenso e prazeroso, rígido e fluido, uma sensação híbrida de tenacidade e cansaço. Conciliar as atribuições do cotidiano com tão relevante proposta foi algo no mínimo desafiador, uma vez que o tempo exíguo para agir com disciplina no cumprimento de responsabilidades são elementos aplicáveis em ambos os casos, exercício profissional e vida acadêmica.

Transitar no conteúdo disposto neste trabalho permite, talvez, identificar a árdua missão de buscar condições de materialidade para desenvolver o estudo pretendido, bem como, o exercício da análise e reflexão sobre esses materiais tão densos e profusos de vias interpretativas.

Pudessem ser contabilizadas, foram várias horas com inúmeras tentativas, produções agradáveis e pouco sucesso noutras ocasiões, porém, sempre com presenças marcantes que auxiliaram e conduziram momentos que apresentam este produto. Dessas participações, podem ser ressaltadas algumas que não poderiam ficar anônimas:

À minha família tesouro e porto seguro que foi colaborativa com grandiosa compreensão e sempre impulsionando para a certeza da vitória. Asenete (mãe), Regina (esposa) e Athur (filho) meus apoiadores incondicionais. Meu incentivo.

Ao inesquecível orientador Professor José Willington Germano, pelo crédito dado para esta empreitada, assim como pela simpatia, sabedoria e leveza, com as quais conduziu com maestria o processo da aprendizagem. Sua paciência e generosidade são atributos raros e claramente visíveis no exercício do seu mister.

Ao professor Spinelli, pela forma hábil, serena, elegante e enriquecedora que proporcionou a evolução deste trabalho desde os momentos de discussão em sala, nos seminários e conversas informais, sempre alguém que proporciona contribuições relevantes.

À professora Janete pela incondicional participação em todos os momentos, desde minha introdução nos meandros da vida profissional que me demandaram essa curiosidade científica até os conselhos sempre pertinentes no tocante ao corpo, forma e substância deste estudo. Sua trajetória na vida técnico-acadêmica foi sempre inspiradora para as formulações que se concretizam em parte aqui.

À professora Geovânia pelo modo sutil, delicado e diligente que apoiou a construção deste trabalho, sendo objetiva e dócil na forma de interagir e contribuir com as elaborações analíticas, apresentando de forma sedutora e desprendida a proposta da Cartografia Simbólica que deu lastro pro que ora se apresenta.

Aos secretários Otávio e Jeferson, “anjos de guarda” para acolhimento nas atividades do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (UFRN), sempre prestativos e ponderados.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação pelo encorajamento, compartilhamento e sensação de “alcateia” que permitiu avanços significativos na materialização desta obra.

Sinceros e afetuosos agradecimentos pela colaboração!

Dedico àqueles que me dão guarida e sustento, aos que me ensinam a buscar e não desistir. Mestres, familiares, amigos e gente brasileira. Povo que respeito e são matriz de um pulsante desejo de conquistas e pujante sucesso.

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize”

Boaventura de Sousa Santos

RESUMO

Trata-se de uma investigação que busca revelar convergências e divergências no processo de planificação da Política Pública de Saúde, com foco primordial na participação dos organismos de representação social na consolidação do Sistema Único (SUS), destacando a Conferência Nacional de Saúde – CNS, instância que deve ter participação obrigatória na formulação de recomendações para essa política estatal. Considera que a planificação reúne elementos de concepção jurídica, técnica e política para a elaboração dos documentos intitulados Planos Nacionais de Saúde – PNS. A partir de pesquisa qualitativa de base documental e argumentação com apoio de Cartografia Simbólica, põe em exame o processo de elaboração e o teor presente nos relatórios da 12^a (2003), 13^a (2007) e 14^a CNS (2011), alinhando seus eixos, diretrizes e prioridades nos correspondentes PNS nos quadriênios 2004-2007, 2008-2011 e 2012-2015. A escolha desses instrumentos, na temporalidade sugerida, tem por esteio o período em que a implantação do sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, orienta normativa e tecnicamente a elaboração do PNS, tendo como uma de suas referências o que foi emanado das conferências. Propõe-se verificar as tensões existentes entre momentos distintos da definição das prioridades elencadas nas políticas públicas de saúde à luz das contribuições teóricas sobre a concepção do Estado, numa visão contemporânea associada à sua dinâmica de atuação vinculada ao modo de produção e acumulação capitalista; sobre a metodologia do Planejamento Estratégico com base na participação de atores diversos; e ainda, na análise sobre a expressão desse participacionismo na ótica dos processos democráticos representativos no SUS. Na confecção dos mapas cartográficos foi proposta a correlação entre os conteúdos dos Relatórios das 12^a a 14^a conferências de saúde com o que está expresso nas prioridades constantes nos Planos Nacionais de Saúde (2004 a 2007, 2008 a 2011 e 2012 a 2015), verificando-se aproximações e distanciamentos existentes entre o que expressa a sociedade e a política governamental. Conclui-se que, do exame crítico entre as diretrizes e prioridades contidas no acervo documental existente e sua metodologia de construção, com fundamento na argumentação do aporte teórico trabalhado, são verificadas tensões e harmonizações que revelam pontos convergentes e dissonantes das pactuações e consensos entre os atores sociais representantes dos segmentos, no qual critério da representatividade condiciona a defesa de opiniões, interesses e prioridades, de modo diverso para os que estão implicados nesse processo de planificação.

Palavras-chave: SUS, política de saúde, planejamento, participação e controle social.

ABSTRACT

This is a research that search revealing convergences and divergences in the planning process of the Public Policy of Health, with primary focus on the participation of organizations of social representation in the consolidation of the Single System of Health (SUS), highlighting the National Health Conference - NHC, instance that should be mandatory participation in the formulation of recommendations for this state policy. Believes that planning brings together design elements of legal, technical and policy for the drafting of documents entitled National Plans for Health - NPH. From qualitative research of documentary basis and reasoning with support of Symbolic Cartography, with the examination process of drafting and the content present in the reports of the 12TH (2003), 13TH (2007) and 14TH NHC (2011), aligning their axs, guidelines, and priorities in corresponding NPH in quadrennial 2004-2007, 2008-2011 and 2012-2015. The choice of these instruments, the temporality suggested, is to brace the period in which the deployment of the system of planning of the SUS - PlanejaSUS directs normative and technically the elaboration of the NPH, having as one of its references that was emanating from the conferences. It is proposed to examine the tensions between different moments of the priorities listed in the definition of public health policies in the light of theoretical contributions on the design of the state, a contemporary vision associated with its dynamic performance linked to the mode of capitalist production and accumulation; on Strategic Planning methodology based on the participation of different actors, and also in the analysis of the expression of this participacionismo the viewpoint of democratic processes in SUS representative. In preparation of cartographic maps was proposed correlation between the contents of reports from 12 th to 14 th conference of health with what is expressed in the priorities contained in the National Health Plans (2004 to 2007, 2008 to 2011 and 2012 to 2015) and there are similarities and differences between the society and expressing government policy. We conclude that the critical examination of the guidelines and priorities contained in the document collection and its existing construction methodology, based on the theoretical argument worked, tensions are checked and harmonies that reveal convergent and dissonant of pacts and agreements between the social actors' representatives segments in which the representativeness criterion determines the defense of opinions, interests and priorities differently to those involved in this planning process.

Keywords: SUS, health policy, planning, participation and social control.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Articulação entre os instrumentos de gestão, seus prazos, fluxos, normas e finalidades. | 39 |
| Tabela 2. Conferências Nacionais de Saúde, ano de realização, gestores nacionais e tema segundo evento. | 52 |
| Tabela 3. Evolução histórica do financiamento do SUS via IPMF/CPMF destinação dos recursos e alíquota praticada pelo Governo Federal (1993 a 1997). | 60 |
| Tabela 4. Temas, eixos temáticos e diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde (12 ^a à 14 ^a). | 62 |
| Tabela 5. Análise comparativa das formulações das Conferências Nacionais de Saúde (12 ^a à 14 ^a) e sua correspondência com os Planos Nacionais de Saúde (2003 a 2015)..... | 102 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Modelo do Mapa Cartográfico de análise de correspondência entre Relatório de Conferências Nacionais de Saúde (12 ^a a 14 ^a) e dos Planos Nacionais de Saúde (2004-2007, 2008-2011 e 2012-2015). | 71 |
| Quadro 3. Mapa Cartográfico de análise de correspondência entre Relatório da 13 ^a Conferência Nacional de Saúde (2007) e do Plano Nacional de Saúde 2008-2011. | 78 |
| Quadro 4. Mapa Cartográfico de análise de correspondência entre Relatório da 14 ^a Conferência Nacional de Saúde (2011) e do Plano Nacional de Saúde 2012-2015. | 84 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Triângulo de Governo de Carlos Matus (TEIXEIRA, 2010, p. 28) | 30 |
| Figura 2. Postulado a Coerência de Mario Testa (TEIXEIRA, 2010, p. 25)..... | 31 |
| Figura 3. Plenária da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Fonte: acervo do Conselho Nacional de Saúde..... | 50 |
| Figura 4. Linha do tempo das conferências nacionais de Saúde. Fonte: Acervo do Conselho Nacional de Saúde. | 51 |
| Figura 5. Municípios brasileiros com Plano Municipal de Saúde elaborado (2009-2010) | 67 |
| Figura 6. Municípios do RN com Plano Municipal de Saúde elaborado (2009-2010) | 67 |
| Figura 7. Logomarca da 12ª CNS. (FONTE: Acervo CNS)..... | 75 |
| Figura 8. Antônio Sérgio da Silva Arouca. | 76 |
| Figura 9. Ícone do Planejasus. | 76 |
| Figura 10. Caderno 4 do PlanejaSUS. Avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2007..... | 77 |
| Figura 11. Plenária da 13ª CNS (2007). | 80 |
| Figura 12. Capa do Relatório Final da 13ª CNS (2007). | 83 |
| Figura 13. Plenária de aprovação do Relatório Final da 14ª CNS (2011). | 88 |
| Figura 14. Plano Nacional de Saúde (2012-2015). | 89 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. O PLANEJAMENTO NA GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL..... | 21 |
| 3. AS CONFERÊNCIAS E OS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE | 41 |
| 4. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS DA PLANIFICAÇÃO NA GESTÃO SUS: UMA CARTOGRAFIA SIMBÓLICA..... | 64 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 92 |
| 6. REFERÊNCIAS..... | 96 |
| 7. ANEXO | 101 |

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem enquanto objetivo desenvolver uma reflexão no campo da Saúde Pública, focalizando o contexto do planejamento das ações e serviços, norteando-se pela concepção jurídica, técnica e política da elaboração dos documentos intitulados Planos Nacionais de Saúde – PNS, percebendo ainda, o processo em que se dá a concepção e desenvolvimento das políticas de saúde delineadas nesses instrumentos de gestão que definem e expressam a atuação do setor sanitário no país.

O Sistema Único de Saúde – SUS, no contexto das políticas públicas, traz em si um complexo processo de implantação, fruto de intensas mobilizações de cunho político e social, caracterizado pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira – MRSB, mais expressivo entre as décadas de 1970 a 1990, que trouxe para o plano concreto à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, defendendo a saúde como direito de cidadania sob a responsabilidade do Estado. Uma das maiores conquistas do MRSB foi a consagração desses postulados na Constituição da Nova República de 1988.

Com a promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988, tem-se um novo marco histórico na vida dos brasileiros, momento em que se vivenciam conquistas amparadas numa luta contínua em favor da redemocratização após 21 anos de governo ditatorial (1964 a 1985). Também no campo da saúde esse contexto é visualizado, quando na atual Carta Magna, em seu art. 198, é assegurada que a “participação da comunidade” é uma das três diretrizes basilares que sustentam o SUS, juntamente com a descentralização e atendimento integral às pessoas e coletividade (BRASIL, 1988).

Esse preceito constitucional trouxe um novo cenário no qual se desenvolvem lógicas e dinâmicas diferenciadas, no que tange à formulação e controle da política pública nacional no setor sanitário, tomando por esteio a participação social. Ora, analisando-se historicamente a construção das iniciativas de Saúde Pública no Brasil, não há referência de que houvesse a garantia da participação popular, ou que esta estivesse assinalada em instrumentos jurídicos que dispusessem sobre os direitos de acesso dos cidadãos, inclusive na construção do SUS, inserido no campo das ações da Seguridade Social, encampando o setor saúde, assim como a previdência e assistência social.

Polignano (2001) evidencia que a historicidade dessa construção não pode ser dissociada da compreensão do processo de desenvolvimento do capitalismo no Brasil e da análise do papel do Estado nessas circunstâncias. É preciso referendar que a conquista na esfera da Seguridade Social guarda íntima relação com as lutas travadas entre a classe trabalhadora brasileira e suas respectivas organizações patronais (MOTA, 2006). As políticas de proteção social, previdência e cobertura por ações e serviços de saúde não se cristalizaram, a priori, por concessão de benefícios advindos das decisões voluntárias do aparelho de Estado, sendo fruto de intensa mobilização política e social.

Ainda no plano jurídico-institucional, têm-se a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e transferências intergovernamentais do SUS) que referendam a existência dos espaços consolidados da participação social no SUS (Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde). Porém é preciso mergulhar no que deriva dessa inserção plural (gestores – trabalhadores – usuários), identificando nos resultados dessa atividade política, a existência de necessário alinhamento entre as intenções declaradas nos planos governamentais e aquilo que é fruto das deliberações dos plenários das instâncias colegiadas, sobretudo das conferências nacionais de saúde.

Investigar o processo de construção dos planos nacionais de saúde pós-constituição de 1988 envolve, necessariamente, a compreensão de que a abertura à participação popular na gestão do SUS implica reconhecer que existem relações estabelecidas entre sujeitos, sendo merecedoras de atenção na perspectiva da efetiva democratização das decisões, por se tratar de “espaços híbridos” de compartilhamento de poder de deliberação sobre as políticas (GUIMARÃES, 2008, p. 15).

Em que pese à obrigatoriedade da elaboração dos planos desde a Lei Orgânica do SUS – LOS em 1990, essa prerrogativa somente é cumprida a partir da aprovação do Plano Nacional de Saúde 2004-2007 que, sequencialmente, vem adotando o critério da faixa temporal dos quadriênios (2008 a 2011 e por fim, 2012 a 2015). Esse período se ajusta ao calendário propugnado pela Constituição de 1988 para os planos governamentais ou Planos Plurianuais de Ações – PPA que devem conter metas que orientam a Gestão Pública para quatro anos. Saliente-se que no art. 35 da LOS se tem a referência de planos de investimentos para cinco anos (quinquenais), iniciativa comprovada no documento intitulado “Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 – A saúde do Brasil Novo” sob a direção do Governo Collor de Melo (1990 – 1992).

Assim, este trabalho tem o propósito de verificar as tensões existentes na construção dos Planos Nacionais de Saúde – PNS, institucionalizados em conformidade com a legislação vigente, momento em que se cumpre a base temporal quadrienal, a partir de 2004, buscando identificar sua sintonia com as recomendações advindas dos espaços colegiados das Conferências Nacionais de Saúde – CNS associadas ao mesmo período de tempo que antecede a formatação das propostas do ente estatal (Governo Federal), demarcando-se o tempo que se inicia com a 12ª CNS em 2003.

Considerando o que dispõe a legislação sobre associação entre planos e conferências, tem-se no § 1º do art. 1º da Lei nº 8.142/1990 que:

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 (BRASIL, 1990b).

No dispositivo legal supracitado, é possível perceber o caráter temporário das conferências que, nas esferas administrativas (federal, estadual e municipal), deve ocorrer em um período não superior a quatro anos, respeitando um cronograma que estipule prazo imediatamente anterior à formulação dos planos institucionais, que devem receber as recomendações advindas de suas sessões plenárias. Está implícita no texto legal a característica propositiva desse fórum, a partir do teor recomendatório que assume em indicar prioridades para a política de saúde.

Enquanto percurso metodológico, optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa de base documental, pois no campo das Ciências Sociais esse tipo de estudo busca compreender “um nível de realidade que não pode ser quantificado [...] trabalha com o com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...] fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 21-22). Caracteriza-se por um esforço de percepção do nexos existente entre as reivindicações sociais expressas nos relatórios das 12ª, 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde (realizadas, respectivamente, em 2003, 2007 e 2011) e os instrumentos de gestão da política sanitária do país, correspondentes aos Planos Nacionais de Saúde, nos quadriênios 2004 a 2007, 2008 a 2011 e 2012 a 2015.

Nesse contexto, este trabalho apresenta como campo empírico o espaço de discussão das Conferências Nacionais de Saúde, arena de embates e disputas entre os segmentos representados e as formulações derivadas dessa construção colegiada, como também, encontra assento no cotidiano das práticas da gestão em saúde, quando da definição de suas prioridades deflagradas nos Planos Nacionais de Saúde, cuja consolidação remete à atribuição do corpo técnico-gerencial do Ministério da Saúde.

Há uma confluência de fatores que convergem na escolha da temática. A atuação enquanto profissional da área de planejamento em saúde motivou e aguçou a curiosidade científica, no sentido de promover uma análise mais apurada das experiências observadas ao longo de vinte e cinco anos de convivência com a planificação em saúde. Uma das razões da seleção do tema foi o exercício diuturno de funções técnico-gerenciais no âmbito da gestão do SUS tanto na esfera municipal (SMS/Natal), quanto na participação em processos de trabalho na Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP/RN e no Ministério da Saúde – MS, na condição de assessor técnico de planejamento em todos esses espaços.

Junte-se a essa motivação, outra razão derivada da formação universitária na área de Ciências Econômicas na Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN e Pós-graduação *lato sensu* em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde (UFRN), em Gestão Descentralizada de Projetos (UFMA) e Planejamento em Saúde (UFBA). Essa trajetória na carreira acadêmica e profissional representou elemento preponderante na aproximação do pesquisador com o cenário de vida e, por conseguinte, com o objeto da investigação.

Com efeito, a presente abordagem constitui uma inquietação para os que militam na área da Saúde Pública, sendo indutora de processo de investigação na perspectiva de que ocorram transformações significativas no campo da política sanitária e do exercício da democracia. É preciso examinar atentamente essa nuance.

Evidencie-se que na literatura atual sobre o tema em questão, há referências em diversos aspectos sobre o caráter normativo e teórico-metodológico do “fazer” planificação em saúde, abordando sua metodologia e os sujeitos envolvidos, porém, transitando na área em questão, percebe-se que ainda são necessárias análises críticas que venham agregar contribuições para a efetiva interface do Planejamento Estratégico Situacional – PES, com construção de proposições sedimentadas em bases sólidas calcadas na resposta e resolução de problemas com atendimento às necessidades sociais.

Não possuindo a pretensão de analisar em profundidade o tema do Planejamento em Saúde, busca colaborar com novas incursões que permitam êxito nessa importante tentativa de vencer a contínua improvisação no setor (MATUS, 1995) e proporcionar um desenho organizativo para o SUS calçado em solidez de pensamentos e atos.

O aporte teórico que conduz a análise deste estudo é alicerçado em contribuições de Claus Offe (1984) sobre a formulação das políticas no Estado Capitalista contemporâneo, considerando a complexa situação de conflitos existentes entre aquilo que está presente nas reivindicações sociais e o que se delineaia nas ações estatais, voltada para garantir a produção e reprodução de condições favoráveis à acumulação do capital e ao desenvolvimento do capitalismo.

A abordagem em Offe foi oportunizada de modo mais compreensível nas formulações teóricas de Germano (1992) que apresentam uma síntese da construção das políticas educacionais durante o regime militar no Brasil (1964 – 1985), permitindo ir além do entrelaçamento dessa política setorial com o contexto econômico, social e político, num período de crise nacional de caráter multidimensional, podendo-se extrapolar sua análise para outras áreas da política pública, sobretudo o setor saúde, no qual também se evidenciam conflitos.

Diversos trabalhos acadêmicos produzidos pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais foram visitados como condição de dar esteio para a estruturação desta pesquisa. Ressalte-se que na área de participação social, os estudos de Vilar (1997) e Guimarães (2008) os quais favorecem a percepção sobre o caráter da atuação de segmentos sociais com ênfase na sua representatividade desses atores políticos inseridos no processo democrático que pauta a consolidação do SUS em todo o país.

É imprescindível referir a contribuição de Boaventura de Sousa Santos (2007) numa reflexão acerca da necessidade da reinvenção da emancipação social numa nova racionalidade que valorize as experiências que de forma “indolente” são postas na “invisibilidade” ou mesmo, chegam a ser desacreditadas, no entanto, representam importantes canais de transformações, pois se fundamentam em multiculturalismo que pressupõe o diálogo entre os saberes.

Ainda em Santos (2002), encontra-se uma proposta metodológica inovadora configurada na realização de uma cartografia simbólica que represente as variáveis que tenham contribuição significativa para ilustração do que está no espaço de investigação.

Essa proposta metafórica de “mapear” ou desenvolver uma sinalização de elementos presentes em determinado contexto de análise, de acordo com Santos (2002), deve comunicar o objeto da investigação em três dimensões básicas, a saber:

- a) A **escala** é o que permite a representação da realidade em foco, delimitando o espaço social que está sendo analisado, indicando as dimensões da representação que está sendo visualizada no mapa construído;
- b) A **projeção** se constitui enquanto dispositivo que revela o campo de representação dos atributos da área em estudo. Representa também um compromisso com o que está sendo representado;
- c) A **simbolização** consiste na utilização de determinada linguagem e do sistema de sinais para designação do espaço representado. Está associada ao uso de convenções que identifiquem os pontos estudados e demonstrados no mapa.

Na aproximação dessa metodologia com os elementos analisados neste estudo, pode-se atribuir as seguintes relações, o período histórico da elaboração dos Planos Nacionais nos quadriênios de 2004 a 2007, 2008 a 2011 e 2012 a 2015 e das Conferências Nacionais em 2003, 2007 e 2011 constituem a escala temporal. Os Planos Nacionais de Saúde e Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, no recorte temporal referido dizem respeito à projeção que se visualiza do processo de planificação do SUS. A simbolização pode ser representada pela correlação entre os itens presentes em ambos os documentos acima mencionados, sendo destacados os eixos, diretrizes e metas apontados como prioritários para a gestão, consubstanciados nos planos quadrienais.

Enquanto percurso de análise, o primeiro capítulo analisa o processo de planificação com foco especial no que rege o SUS, referenciando-se os autores que discorrem sobre o planejamento e sua vertente de instrumento técnico-político, a exemplo de Carlos Matus (1991) e Mario Testa (1992), Carmem Teixeira (2001) e Jairnilson Paim (2006), em especial, dentre outros autores que delineiam os meandros desse complexo exercício de racionalidade e de construção do possível. Os atos normativos e outros documentos institucionais emanados da Direção Nacional do SUS, neste caso o Ministério da Saúde, também compõe o corpo da análise.

O segundo capítulo aborda as Conferências Nacionais de Saúde, com breve historicidade de sua importância na construção das políticas de saúde com participação democrática, sendo explicitadas as teses centrais e proposições constantes nos relatórios das 12^a, 13^a e 14^a edições dessas plenárias, realizadas, respectivamente, nos anos de 2003, 2007 e 2011.

Em seguida, serão analisados os Planos Nacionais de Saúde (vigência 2004 a 2007, 2008 a 2011 e o atual, 2012 a 2015) importante componente do campo da investigação, com referência ao caráter técnico e prático do planejamento, ambos entrelaçados à questão metodológica, seguindo rituais, procedimentos e prazos, dentre outros aspectos. São focos de estudo os seus objetivos, diretrizes e metas, verificando a consonância com as teses evidenciadas na sessão anterior deste trabalho.

As ponderações quanto a toda essa discussão é foco da última sessão, na qual são verificados os acordes harmônicos e aqueles de natureza dissonantes entre os documentos-base, explicitando o estágio atual da construção da política sanitária, permeada por conflitos travados no jogo de forças presentes na consolidação do SUS.

Agregar valor às contribuições já dispensadas é um propósito que figura como imagem-objetivo deste trabalho, sua pertinência está caracterizada na extrema necessidade de evoluir no processo de consolidação do SUS. O momento vivenciado na política de saúde preconiza a participação e o controle social das ações, serviços e recursos da saúde como um de seus eixos imprescindíveis. Também o controle exercido externamente, especialmente pelo Ministério Público, tem apregoado a sustentabilidade das ações e iniciativas mediante diálogo entre Gestão Pública e Conselhos de Saúde.

2. O PLANEJAMENTO NA GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo traz à tona alguns elementos-chave para a discussão sobre o planejamento em saúde, na tentativa de, primeiramente, esclarecer o sentido polissêmico desse tema. Merhy (1994) e Teixeira (2001) mencionam a possibilidade de múltiplas abordagens quando se trata da terminologia “planejamento” de modo geral, pois envolvem discussões técnicas, metodológicas, teorizações e instrumentalização do trabalho humano, sobretudo enquanto prática social.

Pode-se associar o termo ao processo de trabalho da gestão/gerência em saúde no sentido de exercício da “tecnologia de controle da ação organizacional” (MERHY, 1994, p. 120) sendo assim associado ao conjunto das ações típicas dos administradores, caracterizando-o como atividade inerente àqueles que estão no controle ou direção de órgãos/organismos da esfera pública, em especial.

Também é evidenciado pelo autor que o planejamento pode ser identificado como “atividade da ação governamental para a produção de políticas” (MERHY, 1994, p. 128), aproximando-se do planejamento setorial do campo econômico reservado à ação estatal. Dessa forma, lança um desafio rumo à desmistificação e explicação de modo ampliado sobre o planejamento para além da ação exclusiva de especialistas ou “planejadores”.

Há uma conotação instrumental para o planejamento explicitada por Paim (2006) eminentemente voltada para a produção de planos, programas ou projetos que representam um dos elementos que compõem a ação organizada ou ainda, intitulada de “prática estruturada de planejamento e gestão” (VILASBOAS, 2006, p. 60). Essa visão traz um caráter reducionista do planejamento, pois supervaloriza os instrumentos em detrimento do processo em sua abrangência.

Porém, outra vertente da compreensão sobre o planejamento está na percepção de ser também uma “prática social de ambição transformadora, que possa determinar novas relações sociais alternativas à lógica capitalista do processo de regulação ordenada pelo mercado” (MERHY, 1994, p. 123) considerando aqui a ação transformadora de sujeitos sociais portadores de capacidades que lhe permitam romper com as determinações impostas pela esfera da produção e do capital.

Segundo Teixeira (2010) o desenvolvimento de esforços na área de planejamento tem origem histórica no Brasil, quando da elaboração do Plano SALTE em 1948, durante o Governo de Eurico Gaspar Dutra (1946 – 1950), tendo como objetivo estimular o desenvolvimento de setores elencados como importantes e emergenciais, trazendo em sua sigla as letras iniciais das áreas: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. No setor saúde, eram evidenciadas as Campanhas Sanitárias, sobretudo no combate da malária, com ênfase na cobertura de populações rurais, quase sempre à margem das ações encampadas pela política pública vigente à época.

A autora segue sua análise reforçando o caráter estatal da prática do planejamento em curso no país citando o Plano de Metas do Governo Juscelino Kubitschek (1956 – 1961) que possuía enquanto *slogan* e visão de futuro o desenvolvimento brasileiro dos “cinquenta anos em cinco”, possuindo enquanto tópicos principais a indústria de base, a infraestrutura de estradas e hidrelétricas, ampliar o esforço energético com extração de petróleo, dentre outras iniciativas para fazer do Brasil um país desenvolvido e industrializado. Envolveu aplicação de capital estatal, nacional e estrangeiro para esse intento, gerando também endividamento externo em função das operações de crédito realizadas junto aos bancos internacionais na perspectiva de aumentar os investimentos. Foi considerada a primeira das mais importantes e impactantes experiências de planejamento governamental no Brasil (LAFER, 1970).

Nos anos que se seguiram ao Plano de Metas, outro programa governamental já no governo João Goulart (1961 – 1964) foi empreendido sob a forma do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963 – 1965) elaborado pela equipe coordenada pelo economista Celso Furtado, naquele momento ministro extraordinário do Planejamento do governo no processo de transição entre o regime parlamentarista e o retorno do presidencialismo. Possuía enquanto premissa central o controle inflacionário e também do déficit público, claras medidas de estabilização econômica, sendo pouco expressivo na seara do desenvolvimento socioeconômico, mesmo apostando na adoção de um processo de substituição de importações para fortalecimento da indústria local e do mercado interno. Não logrou o êxito desejado, uma vez que, manifestava uma base de sustentação frágil fruto da instabilidade do cenário político do período que antecede o Golpe Militar de 1964 (WANDERLEY, 1972).

Seguindo-se a digressão histórica das experiências de planificação governamental, sob a ótica da ação estatal com vistas ao alcance de propósitos desenhados em planos de caráter macroeconômico, chega-se ao período do regime autoritário da Ditadura Militar (1964 – 1985) com edição dos seguintes planos: Plano de Ação Econômica do Governo – PAEG (1964 – 1966) durante o mandato do General Castelo Branco, ainda com intenções de conter o avanço inflacionário; no Governo Costa e Silva (1967 – 1969) foi lançado o Plano Estratégico de Desenvolvimento – PED, também com a mesma direcionalidade do plano anterior e a proposição de ampliar a oferta de emprego (TEIXEIRA, 2010).

Nos anos que se sucedem com os Governos Médici (1969 – 1974) e Geisel (1974 – 1979), surge uma nova iniciativa no campo da política planificada, sob a forma do Plano Nacional de Desenvolvimento – PND em suas duas versões (I e II). No caso do II PND (1975 – 1979), as crises econômica e social avolumavam-se, em um cenário de pobreza e de doenças associadas às preocupantes condições estruturais motivadas pelo crescimento urbano, deflagrou a necessidade de investir também no desenvolvimento social, resultando na criação de vários programas na área de Saúde, inclusive o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS.

Esse programa articulou ações de múltiplas características: assistencial com foco na realização de serviços básicos da “atenção primária à saúde” junto às populações não cobertas com Previdência Social; construção de soluções simplificadas de abastecimento de água e destinação dos dejetos; e ainda, ações de educação sanitária e assistência a grupos populacionais prioritários como o materno-infantil (TEIXEIRA, 2010).

Essas experiências de planejamento foram eminentemente voltadas para o desenvolvimento econômico e, no caso da Saúde Pública, com pouca associação de iniciativas que estruturasse as práticas de assistência e gestão que auxiliassem à formatação dos modelos técnico-assistenciais, aqui compreendidos enquanto processos e meios organizados para o cuidado individual e coletivo, mediante combinação de técnicas, tecnologias e recursos de natureza diversa (financeiros, matérias e outros) e ações (PAIM, 2003). Os modelos de atenção/assistência na área da saúde vão sofrer variações, desde a incorporação de tecnologias, identificação de problemas sanitários, formas de organização assistencial, como também, estão atrelados aos processos de luta para transformação das condutas governamentais no setor (MERHY, 1992).

Pode-se observar que durante o período do regime ditatorial (1964 – 1985) “o Estado estabelece as condições gerais de produção e reprodução do capital ao investir em infraestrutura e em qualificação da força de trabalho” (GERMANO, 2011, p. 71). Analisa ainda que a defesa dos interesses da acumulação do capital comprovada pela ampliada intervenção na economia, gerou a necessidade de implantação de um conjunto de políticas sociais que tivessem a finalidade de compensar as carências provocadas, remediando desequilíbrios e também legitimando o papel desse Estado perante a sociedade, sobretudo no atendimento “aos mais carentes” na tentativa de produzir o mínimo de desigualdades sociais.

Essa opção de privilegiar as camadas mais elevadas de renda e os interesses dos grupos empresariais durante o período em questão teve consequências danosas para importantes áreas das políticas públicas como educação, saúde e previdência social. Especificamente no caso da saúde, a privatização avançava ao ponto de as transferências governamentais para o setor minguarem e aumentarem os subsídios para a rede privada, num quadro de exclusão de grande parcela da população e franca expansão de doenças e outros problemas sanitários, fruto dessa decisão estatal (GERMANO, 2011).

O autor em epígrafe aponta que entre 1964 e 1985 a sociedade brasileira experimentou momentos de repressão e liberalização política, neste último caso, em decorrência de lutas que marcam o crescimento dos movimentos organizados e consequente crise de legitimidade do governo militar (GERMANO, 2011). Desse momento histórico singular, houve avanço para a política pública de saúde, que será analisada de forma mais detalhada no próximo capítulo, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília no ano de 1986, na qual foram traçadas as diretrizes que remeteram à maior conquista do plano jurídico para consagrar a saúde como direito e expressão da cidadania, assegurando essa prerrogativa fundamental na Carta Constitucional de 1988.

Somente com a promulgação da Carta Magna de 1988, ratifica-se essa demanda social com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, calcado em princípios basilares, destacando-se a universalidade de cobertura da assistência e o papel do Estado como garantidor do conjunto de políticas voltadas para a uma concepção de saúde, fundamentada no bem-estar e na cidadania.

Destaque-se que o caráter de direito de cidadania e responsabilidade estatal no âmbito sanitário está assinalado na Constituição Federal (BRASIL, 1988), no seu “capítulo da saúde”, considerando, especialmente, o seu art. 196:

Art. 196. 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.

A regulamentação desse sistema se deu através da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios associados às diretrizes contidas na Constituição Federal, consolidando a universalidade, integralidade e a participação popular, associados a outros pilares de sustentação defendidos na norma.

Na própria Carta Magna, são delineadas as três diretrizes inquestionáveis da implantação desse complexo sistema de garantia de direitos e de marcada inclusão social. A descentralização político-administrativa, o atendimento às mais diversas necessidades das pessoas enquanto ser integral e a participação da comunidade na organização, funcionamento, fiscalização e controle das políticas de saúde, que são agora as colunas de sustentação desse recém-criado sistema (BRASIL, 1988).

Além do que foi consagrado na legislação maior do país, nos anos que se seguiram os embates foram para materializar essa proposta, uma vez que é fundamental que a população em seus organismos representativos possa intervir no Estado, de forma qualificada através dos dispositivos das Conferências e dos Conselhos de Saúde (Lei nº 8.142/1990), legítimos espaços de defesa da cidadania no setor.

A partir de então, também com a aprovação da Lei Orgânica (Lei nº 8.080/1990) são delimitadas responsabilidades inquestionáveis e obrigações para a Gestão do SUS em suas esferas administrativas (municipal, estadual, Distrito Federal e União), demarcando que não há inclusive repasse financeiro sem que haja a comprovação de existência dos dispositivos mencionados. Atualmente, além das leis supramencionadas, a regra geral de funcionamento dos conselhos e conferências está demarcada na Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003, emanada do Conselho Nacional de Saúde – CNS, substituída recentemente pela Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012.

Tratando do planejamento e do orçamento no setor, a Lei Orgânica da Saúde assinala em seu art. 36:

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

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

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

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

Determina-se assim, a obrigatoriedade da elaboração de planos que tenham base de sustentação num processo de discussão ampliada, cabendo às instâncias do controle social, aqui evidenciado o Conselho de Saúde, como órgão máximo de deliberação pública sobre a política de saúde. Pode-se perceber ainda, o caráter alocativo de recursos mediante planificação pública do sistema de saúde, uma vez que, condiciona as transferências de recursos para ações e serviços desenvolvidos no âmbito local.

Nessa mesma perspectiva segue a Lei nº 8.142/1990 que em seu art. 4º reforça o papel do planejamento e da prática da escuta à sociedade:

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

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

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

Mais uma vez, os critérios de transferências regulares e automáticas dos recursos da União para estados, municípios e Distrito Federal têm entre suas condicionalidades a elaboração de planos e a organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, em cada esfera administrativa, mesmo que o atendimento a essas questões normativas seja tratado como uma formalidade para garantir o financiamento dos sistemas locais.

Nesse contexto, o planejamento em saúde aflora como questão fundamental. A reorientação da gestão e a redefinição de processos de intervenção com base científica e práticas instrumentais, necessitam buscar amparo em diversos elementos desde análises epidemiológicas até novas e adequadas condutas políticas para além do cumprimento de condicionantes legais (TEIXEIRA, 1999).

É importante considerar que a fundamentação do processo de planejamento encontra esteio na elaboração de um diagnóstico calcado num olhar crítico-reflexivo, longe de assumir posição neutra. Assim, também é um meio de oportunizar a mudança desejada, propondo-se ainda promover a transformação das relações de poder, compreendendo o papel dos sujeitos envolvidos e buscando a realização, ao longo do tempo, desse projeto que é técnico, político e social (TESTA, 1987).

O Planejamento Estratégico Situacional - PES surge em meados da década de 1970 idealizado por Carlos Matus, economista chileno, tomando como ponto de partida a sua vivência como ministro do governo Salvador Allende (1970 – 1973), amparado ainda, na análise crítica do autor, com base em outras experiências de planejamento na América Latina, consideradas de cunho excessivamente normativo, ou simplesmente denominadas de metodologia “tradicional”, uma vez que, os fracassos e limites identificados nessas experiências, provocaram a abordagem sobre novos enfoques e métodos (ARTMANN, 1993).

No enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES), vêm à tona questões complexas, muitas vezes, desconsideradas na análise e formulação extremamente normativas dos métodos tradicionais que o antecederam, geralmente rígidos. O PES evidencia a necessidade do diálogo e da negociação entre os diversos atores-sujeitos envolvidos, destacando-se a viabilidade política que passa a ocupar posição relevante na construção de uma proposta envolta em análise policêntrica e atuação compartilhada (RIVERA e ARTMANN, 1999).

A noção de planejamento adotada por Matus (1993b) é de que é uma atividade inerente ao ser humano por se tratar de uma espécie de cálculo mental que precede e preside a ação, tornando inseparável plano e ação, numa tentativa de vencer a contínua improvisação que seria experimentada, caso houvesse ruptura entre o exercício do raciocínio ou reflexão sistemática, aplicados na consecução de determinado ato e o seu efetivo desenvolvimento.

Merhy (1994, p. 125) aponta que a concepção de planejamento na ótica do PES idealizado por Carlos Matus faz “uma feroz crítica epistemológica ao planejamento normativo” apresentando elementos importantes para percepção de que, diferentemente da vertente tradicional e inflexível de processos de planificação determinísticos e estanques, o enfoque do PES se aproxima mais de um jogo no qual existem disputas e acumulação de poder, no qual “o mundo social não seria plenamente prescritível e os atores estariam em permanente processo de interação e interprodução, disputando e acumulando poderes para marcar o processo de desenhar o futuro” (MERHY, 1994, p. 126).

Em se tratando do enfoque metodológico do planejamento consubstanciando em vertentes teóricas, política e social, evidencie-se o conjunto de postulados de Carlos Matus (1993a), reconhecido como um dos autores que mais contribuiu com formulações teóricas a respeito do assunto, ressaltando o caráter racional do método, focalizando a intervenção sobre problemas delimitados, na busca de uma imagem-objetivo que configure uma situação desejável para os sujeitos do processo do planejamento. Identifica os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, enquanto passos que se articulam para alcance do êxito, não se configurando como etapas ou fases estanques da atuação dos envolvidos (MATUS, 1996 *apud* PAIM, 2006).

Enquanto esteio de abordagem sobre o planejamento, cabe mencionar o que assevera um dos autores contemporâneos da área, Jairnilson Paim (2006), sobre a premência dessa atitude racional de planificação estar carregada de intencionalidade, por isso traz consigo concepções calcadas nas perspectivas histórica, conceitual, metodológica e técnico-prática.

No que concerne à questão conceitual, o acima citado faz referência à contínua associação entre planejamento e administração ou gerência, revelando as contribuições de outros estudiosos como Mario Testa (1992), Lilian Schraiber (1999), Emerson

Merhy (1994), sobretudo, Carlos Matus (1993a, 1993b), ressaltando que essa iniciativa não está apenas relacionada ao que tange ao Estado, mas também é uma prática social que, ao tempo em que é técnica, é política, econômica e ideológica (PAIM, 2006).

O conceito de Planejamento em Saúde aqui delineado encontra consonância com as formulações teóricas de autores como Carlos Matus (1993a, 1993b) e Mário Testa (1992), em contraposição ao modelo normativo de planificação que encontra arrimo em práticas governamentais do Estado brasileiro no decorrer da década de 1940 com foco em racionalização orçamentário-financeira e nos anos seguintes, carregado de uma vertente autoritária e centralizadora do regime militar (1964 – 1985), vislumbrando equilíbrio e controle inflacionário aliado à intenção de promover a aceleração do crescimento econômico (TEIXEIRA, 2010).

As concepções teóricas sobre o planejamento para o setor saúde segundo Matus (1993) se utilizam do enfoque situacional como recurso para refletir o cotidiano e buscar a transformação dos cenários de vida dos atores sociais (pessoas ou grupos que “agem”) na perspectiva de obter condições mais favoráveis sobre determinados problemas (algo distoante do padrão de normalidade).

Essas formulações de Matus (1991, 1993a, 1993b) trazem em si uma compreensão sobre uma forma de agir que combina técnica, mas também pressupõe ser uma complexa relação de produção social da mudança que se pretende operar a partir de ações que são pensadas e desenvolvidas pelos atores sociais que se debruçam sobre a realidade.

Em face do exposto, essa planificação situacional, enquanto formulação teórica, considera a existência de espaços nos quais existam relações de produção social que somente podem ser compreendidas pela experiência dos que estão “dentro do espaço” em foco. Dessa forma, a indicação do ator não está motivada apenas pelo fato deste conhecer, mas também de atuar e poder alterar a realidade compreendida no espaço indicado (MATUS, 1993a *apud* TEIXEIRA, 2010).

De acordo com Teixeira (2010) um dos elementos centrais da contribuição de Matus é o desenvolvimento da “ciência e técnica de governo”, sendo mais que produção teórica, sobretudo uma “arte”. Há também uma complexidade presente no ato de governar, envolvendo a articulação de três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema intitulada triângulo de governo (MATUS, 1991).

Matus: Triângulo de Governo



Figura 1. Triângulo de Governo de Carlos Matus (TEIXEIRA, 2010, p. 28)

A representação esquemática do triângulo sintetiza a situação de um governante perante a realidade. A combinação das três variáveis vai dar forma ao sistema de governo. Matus (1997 *apud* TEIXEIRA, 2010) assinala que com baixa capacidade de governo se tem afetada a governabilidade, assim como a qualidade da proposta e a própria estrutura de gestão. Considerando as exigências do projeto de governo a capacidade em executar essas propostas é posta à prova juntamente com governabilidade do sistema. Com relação à governabilidade, em especial, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; num cenário no qual, quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema. Essa governabilidade do sistema impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo.

Também nesse modelo de planificação situacional, considera o cenário das incertezas, tal qual um jogo ou aposta em que se está à mercê de circunstâncias e contingências que, muitas vezes, não se tem muito controle. Em síntese, assevera que nunca se governa com total governabilidade do sistema e total capacidade de governo.

Em consonância com o conceito de situação, contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o “explicativo” (diagnóstico situacional), o “normativo” (definição da situação-objetivo), o “estratégico” (desenho de operações) e o “tático-operacional” (execução das ações, monitoramento e avaliação). Supera o entendimento de passos ou etapas com características estanques para o processo de planificação, assumindo uma característica móbil e flexível (SÁ; ARTMANN, 1994).

Em se tratando de outra proposição para o Planejamento Estratégico, têm-se também as formulações de Mario Testa (1992) que se firmam na concepção da política com redistribuição de poder, analisado em dimensões de natureza técnica quanto administrativa.

A distinção apresentada pelo autor refere-se ao poder administrativo como correspondente às atividades e processos que implicam o manejo de recursos, o poder técnico, por sua vez, está atrelado ao uso de conhecimentos e tecnologias no âmbito do desenvolvimento das ações do setor saúde. Nesse contexto, o poder político expressa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor (TESTA, 1992).

Para alcance dos objetivos pretendidos, sugere combinação de estratégias que tenham por escopo a conquista dessa capacidade de transformar a realidade, quer seja por meio da ocupação de espaços que permitam a reconstrução da própria história, ou ainda, através do enfrentamento, embate ou “guerra de trincheira” que resulte em vitória dos propósitos daquele que formula o plano (GIOVANELLA, 1990).

Analisando a estrutura do poder no setor saúde, Testa formula o “Postulado de Coerência”, explicitado em um diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, cristalizadas em um dado “projeto” que declara os propósitos de um dado Governo, assim como os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais (TESTA, 1992).

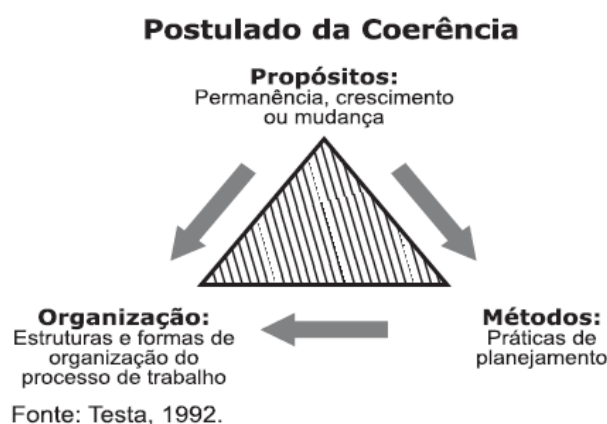


Figura 2. Postulado a Coerência de Mario Testa (TEIXEIRA, 2010, p. 25)

A importância desse tipo de análise está na verificação do nível de viabilidade do plano, suas vulnerabilidades e possibilidades de sucesso, fundado naquilo que se constitui como objeto de intervenção. Ponderar sobre as situações favoráveis ou não à concretização dos planos e propostas é algo que representa uma estratégia ou recurso que pode fortalecer as relações de poder da organização.

Em termos metodológicos, juntamente com o postulado de coerência, formula orientações para o desenvolvimento do plano com fundamento em duas iniciativas: o **diagnóstico de saúde** que reúne a multiplicidade de explicações sobre o contexto do setor, e a **proposição programático-estratégica**, contendo as intenções expressas para obtenção das conquistas nas relações de poder.

De modo sintético, o caráter propositivo do modelo de Testa (1992) considera a utilização de três tipos de programas: de abertura, de avanço e de consolidação. A partir do diagnóstico – administrativo estratégico e ideológico – são elaborados os programas de avanço com base nas mudanças a serem empreendidas. Para dar viabilidade às mudanças, propõe adoção de programas de abertura no qual são formuladas propostas para a construção de uma base social de apoio, além de serem tomadas medidas de estímulo à negociação entre as forças sociais. Os programas de consolidação estão atrelados à realização de medidas materiais que demonstrem compromisso com a institucionalização das mudanças, visando à permanência dos resultados pretendidos. O conjunto de programas, com suas formas organizativas correspondentes, conforma o processo de mudança (GIOVANELLA, 1990).

Mais que uma orientação de cunho metodológico, traz consigo um recurso para “pensar” a forma como as organizações administram os conflitos e como acumulam poder para reverter os quadros desfavoráveis, demonstrados mediante análise de tendências não determinísticas da realidade explicada.

Testa (1992) propõe uma discussão detalhada sobre Política e Estado, visando a uma compreensão mais pormenorizada sobre o exercício do poder. Em relação à Política, considera tudo aquilo que está relacionado com a distribuição, deslocamento ou conservação de Poder, e quanto ao Estado, pode ser entendido como a maior organização política. Para o autor, os três componentes, Poder, Política e Estado - muitas vezes - confundem-se. Em suas formulações teóricas, apoia-se em contribuições de Hobbes, Locke, Rousseau, Gramsci, Marx e Engels, dentre outros, para articulação de elementos cognitivos de sua análise.

É importante destacar que com essa concepção, de acordo com o pensamento de Offe (1984), implica “pensar o poder não como uma coisa, uma essência, como algo que se possui, ou que se toma, mas como uma relação: como práticas ou relações de poder” (ARAÚJO; TAPIA, 2011, p. 10). Essa linha de análise segue com a evidenciação de que o poder funciona como um conjunto de dispositivos ou mecanismos que se disseminam por toda a sociedade do qual não escapa nada ou ninguém, sendo característico que não ocorrem em outro lugar fora dos aparelhos ou instituições.

Em relação às considerações acima, Offe (1984, p. 145) vai delinear sua análise:

O interesse comum da classe dominante se expressa, da forma mais exata, naquelas estratégias legislativas e administrativas do aparelho estatal, que não são desencadeadas por interesses articulados, ou seja, de fora, mas que brotam das próprias rotinas e estruturas formais das organizações estatais.

Para Offe (1984) o Estado possui um sistema de dominação com lógica própria, sendo o suporte político das necessidades imperativas da acumulação de capital, observando assim, uma natureza classista desse aparelho de Estado. Em meio às considerações, alerta que através de estratégias e “influências” são assegurados os interesses de grupos, traduzidos e representados por políticas estatais. Para os autores acima um problema estrutural do Estado Capitalista é a sua necessidade de reafirmar a sua natureza de classe negando-a.

É importante referir que Offe (1984) identifica quatro níveis em que operam os mecanismos do que intitula de seletividade negativa, sendo: estrutura, ideologia, processo e repressão. Afirma que no seu funcionamento, atuam como espécie de filtros nos quais as operações são determinadas de modo cumulativo. Assim, o Estado fixa regras jurídicas, que determinam as matérias e fatos presentes nas políticas estatais (ARAÚJO; TAPIA, 2011).

Com fundamento nessas abordagens, revela um Estado que não é neutro, tampouco o que se possa considerar como “criatura do capital”, ao contrário, traduz-se em instituição burocrática estruturalmente dependente da acumulação de capital, defendendo nichos de interesses e promovendo as condições necessárias para o fortalecimento e garantia do processo de valorização, no qual ressalta o papel da ação

política no alargamento e aprofundamento das contradições estruturais a partir de suas ligações com os interesses privados (OFFE, 1984).

Assevere-se nesse contexto, que o sistema de saúde incorpora iniciativas tanto públicas quanto privadas, estando presentes os interesses do mercado e do capital. É de se esperar que haja discordância de propósitos e se instalem os conflitos, arraigados em movimento contra-hegemônico, fruto das divergências arraigadas no modelo escolhido para gestão, aqui entendida genericamente como controle e direção de natureza eminentemente estatal; no acesso universal às ações e serviços e, na organização das ações e serviços com base em modelo assistencial ou de atenção de cunho integral e, sobretudo preventivista.

A Lei Orgânica da Saúde em seu art. 7º explicita quais são os princípios e diretrizes do SUS, propondo uma compreensão sintética do que vem a ser a integralidade no atendimento às necessidades de saúde do indivíduo e coletividade:

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

[...]

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Verifique-se aqui que no âmbito da política de saúde, a composição dos planos governamentais, deve expressar um conjunto de medidas que vão, inclusive, para além do setor sanitário, estando essas proposições, condicionadas ao prévio crivo da sociedade mediante seu organismo de representação máximo, o Conselho de Saúde, com esteio ainda nas recomendações das plenárias gerais que são as conferências (municipais, estaduais e nacional).

A conferência de saúde é identificada como o momento privilegiado, para reavaliar e conduzir os caminhos dos planos governamentais para a política sanitária em cada esfera. Possui um caráter consultivo que exercita a concepção de ideias que viabilizem a transformação dos cenários de vida da sociedade. É, sobretudo, um espaço de proposições, implicando a participação popular na formulação dos planos de saúde.

Para que sejam formulados os planos de saúde, sob consulta ampla aos segmentos organizados da população, é preciso conhecer o formato, ritual e metodologia aplicados nesse processo. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como a edição da Lei Orgânica e de outros dispositivos legais nos anos subsequentes da década de 1990, não se dispunha na esfera pública, considerando os entes gestores do SUS (União, Estados, Distrito Federal e municípios), orientações claras sobre como desenvolver toda essa gama de processos, mesmo havendo uma considerável normatividade em áreas diversas do sistema de saúde.

Assim sendo, os instrumentos de planejamento para o SUS, destacando aqui o Plano de Saúde, são fruto de um processo de reorganização do pensar e agir planejado no âmbito do setor que resultou na criação do Sistema de Planejamento do SUS, também conhecido pela marca institucional PlanejaSUS. Sobre essa iniciativa dispõe a Portaria Ministerial GS/MS nº 3.085/2006:

Art. 1º - Regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS, nos termos do disposto nesta Portaria.

§ 1º O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS.

§ 2º Esse Sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais regionais.

§ 3º Como parte integrante do ciclo de gestão, esse Sistema buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde.

§ 4º No cumprimento da responsabilidade de implementação do processo de planejamento, o Sistema levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

O parágrafo 3º deixa claro que o cumprimento do ciclo da gestão deve estar apoiado em decisões colegiadas pactuadas em caráter tripartite com escuta qualificada às instâncias do controle social, representada em seu órgão máximo pelo Conselho de Saúde em cada esfera administrativa. Há uma consonância com o que dispõe o art. 15 do Decreto nº 7.508/2011 quanto à valorização dos aspectos propositivos desses

conselhos, reforçando ainda o teor da Lei nº 8.142/1990 e da Resolução CNS nº 333/2003.

Com referência ao Especificamente na área da planificação, têm-se as Portarias nº 3.085/2006, 3.332/2006, 1.229/2007, 3.176/2008, 2.751/2009, dentre outras. Esse arcabouço jurídico é constantemente monitorado pelas instâncias de controle, ressaltando-se o Ministério Público e Tribunais de Contas. Dessa forma, a prática do planejamento é uma obrigatoriedade da base normativa do SUS e, sobretudo, ampara o processo de trabalho dos entes gestores do sistema de saúde em todas as esferas.

Em seu art. 4º a Portaria nº 3.085/2006 disciplina quais são os instrumentos adotados no ciclo da planificação em saúde:

Art. 4º - O Sistema de que trata esta Portaria terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS.

§ 1º São instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e

II - o Relatório de Gestão.

§ 2º Estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos.

§ 3º O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

§ 4º O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

No que concerne ao Plano de Saúde, outro ato normativo, a Portaria GM/MS nº 3.332/2006, disciplina a sua estrutura, conteúdo e ritual de desenvolvimento:

Art 1º - Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber:

I - Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e

II - Relatório Anual de Gestão.

[...]

§ 2º Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de

Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

§ 3º O Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via consequência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Com a criação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e as diversas iniciativas empreendidas entre os anos de 2004 a 2011, foi possível elaborar orientações para formulação do Plano de Saúde, para todas as esferas administrativas da gestão do SUS, apresentando um *mix* de diretrizes técnicas, metodológicas e normativas, ancoradas principalmente no teor da Portaria GM/MS nº 3.332/2006, que disciplinam a sua estrutura, conteúdo e ritual de desenvolvimento, conforme segue:

Art. 2º - Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS.

§ 1º O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

§ 2º O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

§ 3º O Plano deve, assim, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção;

§ 4º No Plano devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão;

Na mesma Portaria GM/MS nº 3.332/2006, estão delineadas a base metodológica da construção coletiva e a formatação desses instrumentos da gestão, ressaltando que na seção intitulada de análise situacional deverão ser elencados, com devido detalhamento, os elementos que expressam o surgimento de condições que afetem ou ameacem a saúde, conhecidos como determinantes e condicionantes. Relembre-se na ótica de Matus (1991, 1993a, 1993b) que o foco estratégico-situacional está voltado para os problemas vivenciados, ou seja, aqueles que são autorreferidos pelos atores sociais que sofrem diretamente com eles. Está implícita a participação de

outros atores que não técnicos do setor para essa construção coletiva, conforme analise abaixo:

Art. 2º - [...]

§ 5º A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber:

I - o da análise situacional; e

II - o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

[...]

§ 7º O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

Alguns aspectos ficam clarificados nessa norma, desde a sintonia com os instrumentos da gestão pública, já apontados na Portaria nº 3.085/2006, sendo o Plano Plurianual – PPA e Leis Orçamentárias, tratando das diretrizes (LDO) e definidora das dotações anuais (LOA). Além dessa integração instrumental, há uma orientação metodológica para sua composição que envolve um levantamento diagnóstico e o seu conteúdo propositivo, ou o Plano propriamente dito, consoante com o que ensinam Matus (1991, 1993a, 1993b) e Testa (1992).

As proposições dos Planos de Saúde estariam vulnerabilizadas caso não se promovesse a correspondência entre esses instrumentos que são típicos da Gestão em Saúde, com outros de maior envergadura e que são norteadores da Administração Pública em seu contexto geral, que é o PPA e as leis orçamentárias, cuja obrigatoriedade de seu cumprimento tem por esteio o imperativo constitucional.

Ora, é importante considerar que esse ritual compreende prazos para o seu cumprimento, definidos pela própria Constituição de 1988 e reforçado nas Leis Orgânicas de estados e municípios. Acrescente-se que esse cronograma nem sempre é absorvido pelos membros das equipes técnicas das instituições, tampouco pelos organismos do controle social, uma vez que se trata de matéria específica do exercício da área governamental, que lida especificamente com as peças orçamentárias.

Também cabe referência ao fato de que os calendários não são perfeitamente articulados, em função da temporalidade dos mandatos serem diferentes para os municípios e as unidades federadas e União. Isso dificulta a articulação entre os instrumentos e sua coerência lógica, frente à dinamicidade da Política de Saúde no País.

Abaixo, tem-se uma visualização da articulação entre esses instrumentos da gestão, considerada sua temporalidade e função específica, vinculadas à normatividade vigente. É necessário atentar para a conectividade entre esses elementos, como forma de dar materialidade às propostas advindas das discussões com a sociedade e das indicações da política estatal.

Tabela 1. Articulação entre os instrumentos de gestão, seus prazos, fluxos, normas e finalidades.

| Instrumento/documento | Prazo/Fluxo | Ato Normativo/Finalidade |
|---------------------------------|--|---|
| Plano Plurianual de Ações - PPA | Compreende um quadriênio e deve ser elaborado no primeiro ano da gestão de um governante. Deve ser aprovado no espaço do Legislativo e sancionado pelo Executivo. Deve ser encaminhado até 31 de agosto, com aprovação até 22 de dezembro para todas as esferas. | Art. 165 da Constituição Federal. Apresenta as linhas-mestras da Administração Pública definindo ações, metas e recursos a serem aplicados. Inicia o ciclo do planejamento governamental junto com a LDO e LOA. |
| Plano de Saúde | Corresponde ao quadriênio na mesma temporalidade do PPA. É específico do setor saúde e dispensa aprovação pelo Legislativo. Deve ser discutido e alinhado com as discussões junto ao controle social. | Lei nº 8.80/1990, Decreto nº 7.508/2011 e Lei Complementar nº 141/2012. Resolução CNS nº 453/2012. |

FONTE: Sistema de Planejamento do SUS.

De acordo com a tabela acima o arcabouço jurídico determina que o PPA dos governos federal, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tenham data definida para seguir para o Poder Legislativo. Porém, os mandatos dos gestores dessas esferas administrativas têm períodos diferenciados, sobretudo nos municípios, provocando uma situação em que as proposições não se alinham facilmente no tocante à definição de linhas mestras de atuação das políticas públicas. É fato também que os municípios e unidades federadas dependem do financiamento via transferência federal, que por sua vez, está condicionado à existência de planos construídos no formato que a normas disciplinam.

Considerada a mesma temporalidade dos Planos de Saúde e do PPA, o primeiro por ser uma política setorial do governo precisa estar contido no segundo que a declaração de intenções do Governo que assume o mandato.

Assim, para cumprir com a elaboração dos Planos de Saúde que possuam a solidez necessária para transformar a realidade sanitária local, é preciso que se esteja inserido na proposição macro do PPA, com rígida formatação e quase sempre, à margem do conhecimento da sociedade.

Os recursos orçamentários e financeiros de que trata o PPA, são o foco principal de sua construção, pois em sua composição ficam expressas as prioridades de alocação por parte dos governos, revelando os montantes e respectivas ações com públicos a que se destinam. Nesse instrumento, são projetadas as receitas e respectivas despesas previstas para os próximos quatro anos do Executivo, sendo quase sempre, uma iniciativa coordenada por membros da burocracia estatal, gestores, gerentes e técnicos envolvidos, principalmente aqueles que atuam nas áreas de orçamento e finanças dos órgãos públicos.

Conforme analisa Germano (2011, p. 165) a respeito das considerações de Claus Offe “o Estado pode preservar a sua própria legitimidade, ou seja, o apoio e o reconhecimento dos cidadãos somente na medida em que logra manter a ficção da igualdade”. Nesse complexo jogo de abertura de oportunidades há também a presença de mecanismos que favorecem as desigualdades.

Há que se considerar uma hegemonia tecnocrática no processo de formulação dos planos institucionais, neste caso o Plano de Saúde, uma vez que, a determinação do orçamento para concretização das ações planejadas se encontra um patamar diverso do espaço das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Prazos muito exíguos, recursos tecnológicos reservados (sistemas computacionais para elaboração nos campos do planejamento e orçamento), linguagem técnica carregada de códigos, como elementos de despesa, funções programáticas, metas, indicadores e outros elementos, são fatores que expressam a criação de lacunas que promovem o afastamento daqueles que habitualmente não transitam nessa área.

Em síntese, o apelo tecnocrático da prática ritualística do planejamento na esfera pública e no setor saúde, assim como o uso de mecanismos pelo Estado que dificultam ao acesso ao entendimento e participação nesse processo, nessa perspectiva, caracterizam a limitação imposta pelo próprio Estado para prevalência de seus interesses e para o exercício do controle dos “grupos sociais sobre os quais a hegemonia será exercida” (GRAMSCI, 1979 *apud* GERMANO, 2011, p. 167).

3. AS CONFERÊNCIAS E OS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

O foco deste capítulo diz respeito à análise quanto ao caráter participativo do planejamento em saúde, assegurado nas diretrizes constitucionais (art. 198), nos princípios basilares do SUS defendidos na Lei Orgânica (art. 7º da Lei nº 8.080/1990), na concepção de planificação ascendente pautada no arcabouço técnico-jurídico do setor, voltando o olhar primordialmente para o papel propositivo das Conferências de Saúde no delineamento das políticas sanitárias desenvolvidas no país.

A participação da comunidade é um dos componentes do tripé que fundamenta as diretrizes constitucionais do SUS (art. 198 da Constituição Federal de 1988), está presente nos princípios que dão esteio ao sistema de saúde brasileiro (art. 7º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), dá sustentação ao funcionamento das instâncias colegiadas de gestão/controle social (art. 1º da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990); enfim, apresenta-se como substância que vivifica o corpo que se move rumo à maturidade e aperfeiçoamento.

Note-se que a estruturação das políticas de saúde no país, em sua composição normativa, apregoa que a participação social, qualificada em seus canais legítimos, conforme defendido na legislação acima, possui atribuições bastante relevantes, numa compreensão de controle social exercido por órgãos colegiados com caráter não só fiscalizador, mas também propositivo. Essa característica está expressa no texto da Resolução CNS nº 453 de 10 de maio de 2012 que assim especifica:

Primeira Diretriz: o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional 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 da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Nos conselhos de saúde, deve ser processado o amadurecimento das proposições e o espaço garantido de eleição e escolha das prioridades, inclusive no que se diz respeito aos recursos financeiros que devem ser aplicados pelos gestores. A lei nº 8.142/1990 aduz sobre sua importância como instância de privilegiada no controle da sociedade sobre o que realiza o poder estatal no campo dessa política pública específica.

De caráter permanente e composto por representações indicadas pelas entidades de defesa dos interesses de cada segmento social envolvido, o conselho deve ter representada a população usuária - 50% dos componentes; dos trabalhadores da saúde - 25% e dos gestores/prestadores de serviços do SUS - 25% restantes. As conferências possuem a mesma orientação normativa para sua composição, porém, é ressaltado na legislação de base que possui caráter apenas consultivo, pois suas formulações são recomendatórias para construção de planos de intervenção.

Todas as grandes decisões da saúde são processadas nas audiências (também chamadas plenárias) dos conselhos, havendo a necessidade de apresentar documentos que comprovem que há esse momento de diálogo e celebração de acordos entre as representações dos segmentos. As reuniões devem ser abertas à população em geral, com publicação do calendário desses encontros, pois são tratados assuntos que envolvem o destino da população local, nas ações, serviços e no dinheiro que é utilizado e prestado contas à sociedade periodicamente (hoje em relatórios quadrimestrais – Lei Complementar nº 141/2012).

Todo conselho precisa se organizar assumindo ampla comunicação com a população local, divulgando informações e convidando para participar do dia-a-dia das ações do sistema de saúde, em recordação daqueles momentos antes da Constituição de 1988 em que era praticamente proibido conhecer e interferir nas políticas de governo.

Faz-se necessário delimitar a conceitualização básica também no que concerne à participação social. Em se tratando das diretrizes do SUS, a participação da comunidade é um de seus pilares constitutivos (BRASIL, 1988) considerando as intensas lutas e reivindicações sociais para construção do sistema público de saúde com foco nas necessidades do cidadão.

Apesar da determinação legal da elaboração de planos desde a Lei Orgânica (Leis nº 8.080 e 8.142/1990) condicionar inclusive o financiamento do SUS e repasse de

montantes para os estados e municípios, essa prática de planificação com geração do plano não foi cumprida com o rigor necessário, ficando restrita a planos setoriais produzidos com viés predominantemente normativo, a exemplo de planos de cumprimento de metas para controle de doenças (tuberculose, hanseníase, DST/AIDS), para estruturação de serviços (Saúde da Mulher, Saúde da Criança) e para ações preventivas e promocionais (Melhorias Sanitárias, Controle da Dengue, Antirrábico).

A partir de 2006, com a edição do Pacto pela Saúde, um dos compromissos sanitários a serem assumidos pelos gestores do SUS diz respeito ao Controle Social do SUS, devendo o Poder Público estimular e apoiar o funcionamento dos Conselhos de Saúde e envidar esforços para a realização das Conferências de Saúde em seus prazos regulamentares de realização. O ato jurídico que dá tom normativo ao Pacto é a Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, sendo regulamentado por outra Portaria, a de nº 699 de 30 de março de 2006.

Com o Pacto pela Saúde, articulado nas dimensões do Pacto pela Vida, de Gestão do SUS e em Defesa do SUS, especialmente nessas duas últimas áreas de interesse e organização do sistema, são estipuladas responsabilidades que devem ser tomadas no eixo que trata da Participação e Controle Social, envolvendo os seguintes itens para a Direção Nacional do SUS representada pelo Ministério da Saúde:

- 7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
- 7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
- 7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde.
- 7.4 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde.
- 7.5 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
- 7.6 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS.
- 7.7 Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.
- 7.8 Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS (BRASIL, 2007, p. 12).

A política sanitária vigente, editada no Pacto pela Saúde, traz um compêndio normativo que defende e consagra a participação e controle social como eixo balizador da consolidação do SUS. Desde o ano de 2006, há uma profusão de atos normativos que regem essa nova condução para o setor. Na Portaria GM/MS nº 699/2006, são atribuídas responsabilidades aos entes gestores, consubstanciadas em Termo de Compromisso de Gestão:

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

7.2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

7.3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

7.4. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;

7.5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7.6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

7.7. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

7.8. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

A recente regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) por meio do Decreto nº 7.508/2011 trouxe o fortalecimento das ações de planejamento do SUS consagrada no capítulo que reúne os artigos 15 ao 19 do citado diploma legal:

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

Cada esfera administrativa assinava o Termo de Compromisso de Gestão – TCG possuindo interfaces federal (TCGF), estadual (TCGE), municipal (TCGM) e do Distrito Federal (TCGDF). Esses compromissos deveriam ser reavaliados anualmente, sendo aferidos por indicadores qualiquantitativos que permitissem mensurar o atendimento às metas associadas a cada item grafado no texto acima.

Na atualidade, com a publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e atos normativos (portarias) dele derivados, são estipuladas regras que estabelecem os mecanismos de transição para um novo instrumento de monitoramento e avaliação de compromissos, dessa vez intitulado de Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde – COAP que deve substituir gradativamente os TCG nos anos de 2012 e seguintes.

O COAP se encontra estruturado em quatro partes. Especialmente em sua parte IV, estão assinaladas as responsabilidades pelo monitoramento, avaliação e auditoria, que trazem em si, competências e atribuições no âmbito do controle interno e externo do sistema de saúde que serão acompanhadas por indicadores de desempenho do cumprimento das metas, reavaliadas anualmente e com vigência contratual prevista, inicialmente, para quatro anos. Nessa seção do COAP ficam implícitas as ações de controle que precisam ser desenvolvidas pelos membros do Controle Social, acompanhamento o desenvolvimento das políticas de saúde.

Apesar da existência de todo esse compêndio de atos normativos e documentos técnicos que amparam o SUS desde sua criação com a Constituição Federal de 1988 até o período atual em que estão sendo efetuadas as transformações estatutárias e organizativas do sistema de saúde em todo o país (2012 – 2013), nesses últimos vinte e quatro anos, vem-se tentando conceber e implementar mecanismos e dispositivos jurídicos, técnicos, políticos que favoreçam que cumpram com sua proposta basilar. Vigoram no momento presente o que a Gestão Nacional denomina de “regras de transição”.

Sendo assim, antes de existir todo esse aparato que legitima e institucionaliza o SUS, no que concerne ao Controle Social exercido sobre a política no setor sanitário, ao longo da história, tem-se verificado que a participação nas políticas de saúde de atores sociopolíticos, veio sofrendo evolução contínua, o que pode ser observado numa breve digressão história sobre como se processaram todas as transformações até adquirir o formato assumido no presente momento.

Entretanto, destaque-se que, historicamente, nem sempre houver participação ampliada para conceber, controlar e avaliar as ações de saúde no país, sendo essa prerrogativa reservada apenas às autoridades federais, o que pode ser percebido a partir do Governo Vargas (1930 – 1945), com a publicação do Decreto Presidencial nº 6.788 de 30 de janeiro de 1941 que convocou a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Educação. Entretanto, é preciso considerar que a Lei Federal nº 378 de 13 de janeiro de 1937, responsável pela estruturação administrativa do Ministério da Educação e Saúde Pública, também versa sobre a organização das conferências para desenvolvimento dessa política conjunta, de acordo com o que dispõe no seu art. 90, assim grafado originalmente:

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

Paragrapho único. A Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da Republica, com intervallos maximos de dois anos, nellas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Districto Federal e do Territorio da Acre.

A Exposição de Motivos apresentada no ano de 1941 pelo ministro Gustavo Capanema, responsável pela condução do órgão, apontava o atraso referente ao que preconizava a lei, pois se passaram quatro anos após sua publicação e ainda não havia sido deflagrada a conferência. No texto do documento, o ministro refere “motivos de força maior” como causadores do retardo, pleiteando ao presidente Getúlio Vargas a convocação do evento que viria acontecer em 22 e 23 de junho do mesmo ano. Porém, o Decreto nº 7.196 de 19 de maio de 1941 adiou a conferência para a segunda quinzena do mesmo ano, sem quaisquer esclarecimentos adicionais quanto à sua prorrogação.

Considere-se aqui o panorama político do país à época da realização dessa conferência, tratando-se do cenário de vigência do Estado Novo (1937-1945), período ditatorial em que se observava tendência de forte centralização das funções gestoras e busca de uma padronização para as diversas áreas da política pública objetivando a organização de meios e recursos para a execução compartilhada das ações de saúde e educação (PINHEIRO *et al.*, 2005).

A finalidade primordial do evento foi a consolidação de informações sobre a situação do ensino primário, normal e profissional, bem como, no aspecto sanitário, deveria permitir a estruturação de campanhas nacionais de combate à tuberculose e lepra, diretrizes para amparo à maternidade e à infância, discutindo ainda o problema de abastecimento de água e esgotamento sanitário nas municipalidades brasileiras.

Pinheiro e colaboradores (2005) esclarecem a tendência centralizadora que fundamentava a organização estatal à época, considerando a realização esporádica dessas conferências, em períodos que não atendiam ao disposto na lei de 1937. A 2ª em 1950 e a 3ª em 1963 demonstram esse perfil de pouca participação efetiva de outros segmentos que não fossem integrantes da estrutura da União.

Uma ressalva é apresentada para a 3ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, desta vez já sob a coordenação do Ministério da Saúde criado em 1953, pois se revestiu de caráter democrático, permitindo de modo inédito a participação de níveis subnacionais (estados e territórios), inclusive de atores sociais que não representavam órgãos de administração, conforme se observa nos art 6º e 17 do Regimento da 3ª CNS:

Art. 6º. Os secretários de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e os Diretores de Saúde dos Territórios poderão se fazer acompanhar de assessores técnicos.

.....

Art. 17. Nas Comissões Técnicas, os Secretários de Saúde dos Estados e Territórios poderão ser representados pelos seus assessores.

Mesmo diante desse contexto de restrita abertura à participação na avaliação das ações do setor, ainda não havia extensão de cobertura para envolver outros segmentos, não estatais, para que pudessem integrar os espaços de discussão colegiada da política de saúde. Essa prerrogativa somente viria a ser atendida após o período da Ditadura Militar (1964 – 1985), momento em que se realizaram da 4ª (1967) até a 7ª CNS (1980), no qual foram interrompidos quaisquer canais de participação, sendo retrocesso claro às propostas de descentralização pleiteadas na 3ª, ambientada no calor das “reformas de base” do Governo João Goulart (1961 – 1964).

A 8ª CNS ocorrida em 1986, ambientada no período em que se experimentava a redemocratização brasileira logo após os 21 anos de governo ditatorial (1964 – 1985), sendo a primeira a contar com a participação da população, trouxe uma ampla representação de cerca de 4.000 delegados discutindo e deliberando sobre o setor, encaminhando suas proposições para a Assembleia Nacional Constituinte (1987).

Segundo Castro (2008) a terminologia Reforma Sanitária Brasileira adotada em meio à profusão dessas discussões se deve a uma referência à reforma vivenciada na Itália, identificando-se com a extrema necessidade de total reformulação da política pública de saúde no País, amparada num conjunto de ideias que permitissem nova estrutura do Sistema Nacional de Saúde, à luz do *slogan* cunhado e defendido de “Saúde Direito de Todos e Dever do Estado”.

Em alusão ao termo “Reforma Sanitária” e seu caráter polissêmico, Conh (1989) refere sua compreensão não ser unívoca em se tratando de abrangência mundial, pois designa uma diversidade de transformações normativas e institucionais no campo da assistência às pessoas em diferentes países (Itália, Espanha, Portugal, Brasil, dentre outros), sendo no Brasil revestido de uma conotação de dinamismo que se traduz na acepção do termo Movimento da Reforma Sanitária.

Com efeito, as décadas de 1970 e 1980 marcam um processo crescente de mobilização contra o autoritarismo e as medidas adotadas pelas políticas públicas, frente às preocupantes condições de vida da época, numa verdadeira luta oposicionista, na qual esclarece Germano (2011, p. 244):

O contexto da época, caracterizado pelo crescimento da mobilização e da resistência contra a ditadura em amplos segmentos sociais: trabalhadores, jornalistas, advogados, setores da Igreja – que haviam feito “a opção preferencial pelos pobres” –, professores e mesmo por certas frações das classes dominantes, sinaliza claramente que as estratégias de hegemonia – a busca de legitimação, de consenso e de colaboração – postas em prática pelo Regime estavam falhando. Algumas vezes essas estratégias utilizadas pelo Regime contribuíram para ampliar o espaço da contestação social. Comportando ambiguidades e contradições, essas tentativas de “restauração” traziam em si elementos de “renovação”.

Fica demarcada assim a representatividade da mobilização política e social do setor saúde, envolvendo segmentos diversos, num contexto pluralista:

Foi essa pressão do movimento que fez com que os conselhos de saúde se tornassem um poder deliberativo sobre a agenda e as estratégias das políticas do setor. O poder dos conselhos depende dessa articulação de forças dos movimentos sociais em confronto/negociação com os representantes do governo, comparecendo com maior ou menor peso político e obtendo avanços e recuos. Os movimentos ecológicos, das mulheres, dos negros, dos homossexuais, dentre outros, têm também arrancado o reconhecimento de direitos e a implantação de políticas, graças às pressões exercidas no contexto democrático (BRASIL, 2006, p. 21).

Tratando da mobilização instituinte em prol da construção do novo modelo organizativo do sistema de saúde brasileiro durante as décadas de 1970 e 1980, o documento supramencionado que trata da construção história do SUS, descreve:

Assim, em uma conjuntura recessiva e de crise de legitimidade política do regime, a saúde passava a ser politizada e o complexo saúde-doença interpretado sob uma ótica social, tanto quanto o Estado o era em sua dimensão classista, portadora de desigualdades sociais, entre as quais a sanitária (BRASIL, 2006, p. 39).

Em face do exposto, assumindo o caráter de movimento, estando assim em contínua transformação, a Reforma Sanitária está em curso, transita rumo ao seu propósito que não se encerrou com a 8ª CNS (1986) e conquistas dela decorrentes, configurando-se como processo verdadeiramente revolucionário no pensamento e na *práxis* do modelo que se pretende adotar, caracterizando o MRSB como processo ainda inacabado e carregado de complexidade.

Em se tratando das conquistas advindas da 8ª CNS (1986), considere-se que o relatório gerado das discussões, foi fruto de três dias de trabalho de 135 grupos, cada um composto de quase 100 participantes. Esse relatório se ancorou em três dimensões, a saber: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Das formulações oriundas dos grupos foram dirigidas propostas às autoridades governamentais, destacando-se seu encaminhamento à Assembleia Nacional Constituinte, tornando-se o referencial da construção do Sistema Único de Saúde na Constituição da Nova República em 1988. Para implementação das deliberações da conferência, foi proposta a criação, pela Presidência da República, de um grupo executivo da Reforma Sanitária, denominado de Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986, editada em 20 de agosto de 1986.

Ainda com relação à expressividade da 8ª CNS, outro fator de relevância foi a deflagração prévia de discussões antecedentes ao evento como estratégia de fomento à participação massiva dos segmentos da sociedade em reuniões regionalizadas na perspectiva de mobiliza, qualificar e fortalecer os agentes políticos e suas proposições rumo à etapa nacional (CASTRO, 2008).



Figura 3. Plenária da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Fonte: acervo do Conselho Nacional de Saúde.

Porém, era necessário que ocorressem mudanças estruturais que dessem conta da remodelação não somente da área assistencial em saúde capitaneada pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social, envolvendo a própria base de sustentação política do Governo, conforme está grafado no histórico do MRSB e da 8ª CNS:

O fato decorria de que não houvera, com o governo Sarney, uma substituição das forças políticas, mas apenas uma ocupação de espaços institucionais por determinadas pessoas comprometidas com a Reforma. Em suma, não houvera mudanças estruturais. A questão da saúde era, ainda, tratada de forma técnico-acadêmica e necessitava adquirir dimensão política e social. A convocação da 8ª CNS vinha concretizar uma linha teórica de movimento: “a saúde é determinada pela organização social”, superando práticas intra-setorializadas (BRASIL, 2006, p. 47)

No diagrama abaixo pode ser demonstrada a linha do tempo em que foram desenvolvidas as catorze edições de Conferências Nacionais de Saúde, identificando-se aos anos em que ocorreram os referidos eventos.

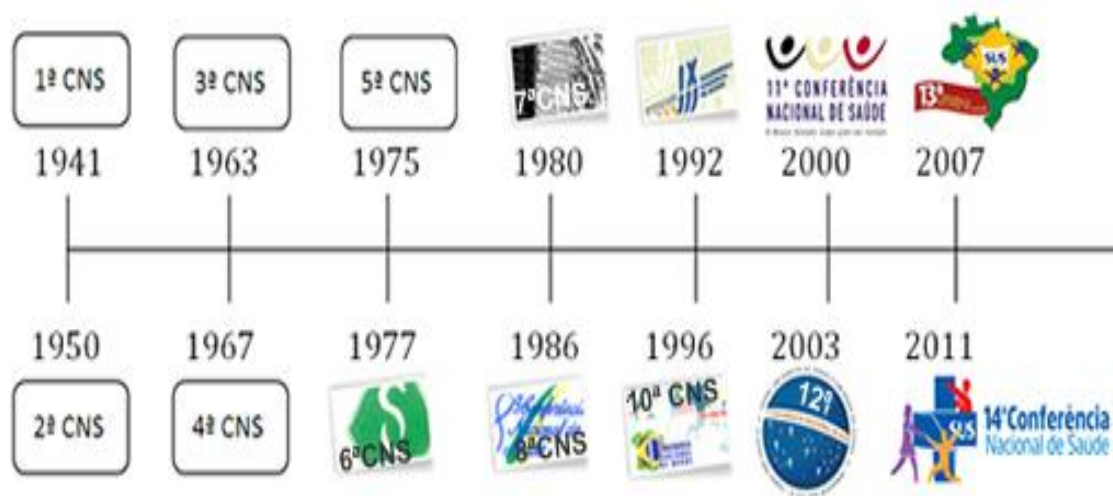


Figura 4. Linha do tempo das conferências nacionais de Saúde. Fonte: Acervo do Conselho Nacional de Saúde.

Segue uma visualização sintética das conferências promovidas ao longo de sete décadas da conformação desse espaço de discussão, concepção e avaliação de políticas de saúde no Brasil, sendo identificados os períodos de realização, os dirigentes nacionais (presidência da república e ministério da saúde) à época dos eventos e a sua temática.

Tabela 2. Conferências Nacionais de Saúde, ano de realização, gestores nacionais e tema segundo evento.

| Conferência | Data | Ministro da Saúde | Presidente da República | Tema |
|--------------------|---------------------------|---|---------------------------------|--|
| 1ª CNS | 06/ 1941 | Gustavo Capanema | Getúlio Vargas | Situação sanitária e assistencial dos estados |
| 2ª CNS | 12/ 1950 | Pedro Calmon M. de Bittencourt | Eurico Gaspar Dutra | Legislação referente à higiene e segurança do trabalho |
| 3ª CNS | 06/ 1963 | Wilson Fadul | João Belchior Goulart | Descentralização na área de saúde |
| 4ª CNS | 08-09/ 1967 | Leonel Tavares Miranda de Albuquerque | Arthur da Costa e Silva | Recursos humanos para as atividades em saúde |
| 5ª CNS | 08/ 1975 | Paulo de Almeida Machado | Ernesto Geisel | I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de saúde materno-infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de controle das grandes endemias e V. Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais |
| 6ª CNS | 08/ 1977 | Paulo de Almeida Machado | Ernesto Geisel | I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde e IV. Política Nacional de Saúde |
| 7ª CNS | 03/ 1980 | Waldyr Mendes Arcoverde | João Batista Figueiredo | Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos |
| 8ª CNS | 03/ 1986 | Roberto Figueira Santos | José Sarney | Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e III. Financiamento Setorial |
| 9ª CNS | 08/ 1992 | Adib Domingos Jatene | Fernando Collor de Mello | A Municipalização é o caminho |
| 10ª CNS | 09/ 1996 | Adib Domingos Jatene | Fernando Henrique Cardoso | I. Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde e VI. Atenção integral à saúde |
| 11ª CNS | 12/ 2000 | José Serra | Fernando Henrique Cardoso | Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social |
| 12ª CNS | 12/ 2003 | Humberto Sérgio Costa Lima | Luís Inácio Lula da Silva | Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. |
| 13ª CNS | 11/ 2007 | José Gomes Temporão | Luís Inácio Lula da Silva | Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento |
| 14ª CNS | 30/11 a 04/12/ 2011 | Alexandre Padilha | Dilma Houssef | Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro |

FONTE: Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS).

Em virtude da delimitação metodológica deste trabalho, considerando a formulação dos Planos Nacionais de Saúde e sua harmonização com as diretrizes emanadas das conferências nacionais, ressaltando que somente no quadriênio 2004-2007 há a formulação de uma política sanitária nacional expressa em documento institucional, serão focalizados aqui os elementos associados às 12ª, 13ª e 14ª CNS.

É importante recordar que mesmo com obrigatoriedade legal de existência de Planos de Saúde, para todas as esferas administrativas, inclusive como condição *sine qua non* para repasses financeiros e determinação da aplicação dos respectivos montantes, foi somente a partir do quadriênio 2004 a 2007 que é formulado o Plano Nacional de Saúde, sob a orientação e coordenação do grupo técnico do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria-Executiva, cuja iniciativa ficou conhecida como PlanejaSUS.

Essa nuance pode ser observada nas produções técnicas reconhecidas como Cadernos do PlanejaSUS que em seu volume 1 esclarece:

A necessidade de construção de um sistema de planejamento do SUS ficou evidenciada durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 –, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado no Diário Oficial da União em dezembro de 2004. Em meados de 2005, após a produção e distribuição do PNS, o Ministério da Saúde decidiu transformar essa ideia em proposta para discussão com os estados e municípios (BRASIL, 2009, p. 9).

Dessa forma, a 12ª CNS (2003) está contextualizada num cenário distinto dos demais, pois foi convocada extraordinariamente em decorrência do novo momento político do país com a vitória de Luís Inácio Lula da Silva para a presidência da República. A tônica reformista assumida pelo Governo Lula em seu primeiro mandato (2003-2006) vem ao encontro das respostas necessárias aos problemas enfrentados durante a crise econômica no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (1998-2002), mesmo considerando a estabilização econômica advinda do Plano Real, ainda assim, experimentava-se no período o crescimento do desemprego, da concentração de renda e do endividamento público.

Convocada em conformidade com o Decreto n.º 9.872, de 05/05/90, a 12ª CNS foi realizada de 07 a 11 de dezembro de 2003, tendo por tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, abordando dez eixos temáticos específicos. Contou com um contingente superior a 4.000 participantes.

Foi precedida por cerca de 3.100 conferências municipais e 27 estaduais. Os debates foram travados em 135 grupos de trabalho, com apresentação de 723 diretrizes relativas aos 10 eixos temáticos tratados, sendo apresentadas ainda 90 moções de caráter geral. O relatório final somente veio a ser concluído aproximadamente um ano após, contendo no prefácio assinado pelo Ministro Humberto Costa a mensagem “Aqui é permitido sonhar” em referência a esse cenário político de desafios e conquistas (BRASIL, 2009).

Após o conjunto de proposições da 12ª CNS, algumas conquistas podem ser elencadas, citando o eixo temático do Direito à Saúde, tais como o fomento à criação das Promotorias da Saúde e Centros de Apoio Operacional especializados na área da Saúde, bem como o estímulo à implantação de Ouvidorias para o setor e a publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Considerem-se ainda os avanços relativos às iniciativas de inclusão e proteção das diversidades, asseguradas às expressões "gênero, raça, etnia, orientação sexual", entre outras. O fortalecimento de ações com ênfase no cuidados com a pessoa idosa também pode ser destacado como diretriz que se acentuou nos anos seguintes. O Pacto pela Saúde é decorrente de suas discussões e acordos.

Em se tratando da Carta do Usuário, asseguraram-se os seguintes princípios:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Com relação ao eixo da Seguridade Social e Saúde pouco se tem a referir quanto ao êxito de materializar condições mais favoráveis à sociedade e cidadãos no que diz

respeito ao controle social dessa iniciativa que reúne as ações integradas da assistência social, previdência social e atenção à saúde.

No eixo que abordava a intersetorialidade das ações de saúde, a concepção de desenvolvimento sustentável alinhada às políticas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento, ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, dentre outras, como coadjuvantes às políticas de saúde, apontadas com importante indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, não logrou avanço em superar a fragmentação da atuação pouco articulada das políticas públicas.

Trazendo o foco para a 13ª CNS, ocorrida entre 14 e 18 de novembro de 2007, apresentou números significativos em seus anais, sendo enfatizado: 4.413 conferências municipais e 27 estaduais precedentes à etapa nacional, participação de 3.068 delegados, 302 observadores e 210 convidados, com a totalidade dos municípios representados (5.564 municipalidades). Totalizou quase 5.000 participantes.

A conferência teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, e seus debates foram organizados em torno de três eixos temáticos, sendo: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

Os debates em torno dos eixos temáticos assinalados no regimento geraram 691 resoluções e 157 moções. Foi coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde – CNS, o potiguar Francisco Batista Júnior e teve como secretário-geral Clóvis Adalberto Bouffleur, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007).

O Brasil vivenciava um momento de crítica e reflexão quanto aos vinte anos do SUS e questionava a consolidação desse sistema em um nível de maturidade que lhe permitisse ser efetivo na construção e desenvolvimento de ações articuladas que rendessem mudanças significativas nos quadros de vida e saúde da população brasileira. O que não se conseguiu materializar do contexto da transversalidade das políticas públicas agregadoras de valor nesse aspecto da qualidade de vida, novamente foi assinalado como bandeira de luta da sociedade.

De fato, muito se propôs para integrar as medidas estatais e também não governamentais voltadas para o controle do meio ambiente, para propagação do saneamento e para o alcance do desenvolvimento sustentável com fundamento no direito à vida. Entretanto, as proposições timidamente foram sendo transpostas do campo do ideário e do discurso pactuado para os planos e, sobretudo para o cenário concreto dos cidadãos. Diante de um quadro de crise que refletia a pouca priorização do tema na Agenda Política do País, às vésperas da realização da 14ª CNS, surgiu a preocupação em aferir os resultados das conferências anteriores, sobretudo a 13ª e reorientar os rumos da pactuação entre os atores envolvidos, tomando como subsídio a avaliação de todo o processo.

A última conferência realizada até a presente data foi a 14ª, transcorrendo entre os dias 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, preocupando-se, sobremaneira, com as questões atinentes aos modelos de atenção, de gestão e de desenvolvimento social em curso no país. Especificamente, no que se refere ao modelo de atenção, convida à reflexão para as práticas do cuidado exercidas pelos profissionais e dirigidas à população em geral, no intuito do atendimento não só às demandas que afluem ao sistema, mas se adequando às necessidades desses indivíduos e coletividade.

Os 2.937 delegados oriundos de todos os estados da Federação, representando a sociedade, os trabalhadores, prestadores e gestores da saúde se debruçaram sobre quinze diretrizes e propostas originárias das etapas preparatórias de caráter ascendente (conferências municipais e estaduais), trazendo à luz das discussões o tema central: “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do povo brasileiro”.

As discussões foram propostas em um eixo orientador decantado em subeixos, conforme disciplinou o seu regulamento amparado na Portaria GM/MS nº 935/2011:

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

Subeixos:

- Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- Participação da comunidade e controle social;

- Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).

Ficou patente a preocupação em analisar e oferecer respostas para questões transversais às discussões, sendo: “Avanços e Desafios para a Garantia do Acesso e Acolhimento com Qualidade e Equidade”, uma espécie de revisão acerca do cumprimento dos princípios e diretrizes basilares do SUS; “Avanços e Desafios para a Participação a Comunidade”, num esforço de aferir e consolidar um estágio de maturidade para os movimentos sociais e instâncias de Controle Social do SUS; e ainda, “Avanços e Desafios para a Gestão Pública do SUS”, no qual foram reafirmados preceitos indissociáveis ao SUS como: gestão pública, autônoma, profissionalizada, contratualizada e democrática dos serviços, com força de trabalho estável e qualificada.

Com propósito de cristalizar um sistema de saúde conforme defendido nos ditames do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB, a 14ª CNS, em sua organização, assumiu e estimulou uma potencialidade propositiva de suas etapas preparatórias com a viabilidade de analisar criticamente esse complexo sistema, formulando questões disparadoras para as discussões, desde sua base, questionando o que precisava ser melhorado na organização e oferta dos serviços, que medidas avançariam no incremento às redes assistenciais com base locorregional e quais estratégias seriam pautadas para que o SUS se integrasse com as outras políticas, sistemas e serviços de Seguridade Social (Previdência e Assistência Social).

O Conselho Nacional de Saúde, em seu sítio eletrônico, divulgou o processo da conferência, admitindo ter resultados significativos no último dia, momento em que ocorria a plenária final, registrando um “importante fato a celebrar”, caracterizado na proporção de 90% das propostas votadas (327) serem aprovadas pela maior parte dos Grupos de Trabalho (Fonte: Comissão de Relatoria da Conferência)¹

Afirma ainda, que das 17 propostas que receberam entre 50% e menos de 70% dos votos nos Grupos de Trabalho e que foram para a Plenária Final, apenas uma foi rejeitada, havendo também nove propostas restantes que foram suprimidas de forma integral pelos GTs por contarem com menos de 50% dos votos, em atenção ao disposto no regulamento aprovado pelos delegados presentes. Das 15 diretrizes analisadas, a nº 1

¹ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/noticias/04_dez_final_conferencia.html.

(Acesso e Acolhimento no SUS - Desafios na Construção de uma Política Saudável e Sustentável) e suas respectivas propostas foram aprovadas de forma integral pelos Grupos de Trabalho.

Todas essas propostas contidas no relatório final fazem parte do veio de alimentação da Política Nacional de Saúde para os anos vindouros, sendo referencial para a construção do Plano Nacional de Saúde para o quadriênio 2012 a 2015.

De fato, no próprio texto do Plano Nacional de Saúde (2012 – 2015) há a referência quanto ao seu processo de formulação ter lastro no que foi recomendado pelo pleno da 14ª CNS, podendo ser assim percebido na apresentação do documento:

A construção da proposta do PNS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, contribuiu para o planejamento do Ministério da Saúde e contemplou ampla discussão técnica e política sobre suas prioridades e desafios. Além do respeito à participação social, foi assegurado o diálogo com estados e municípios por meio da apresentação à Comissão Intergestores Tripartite – CIT (BRASIL, 2011, p. 4).

Entretanto, em meio às moções contidas no corpo do relatório da 14ª CNS (2011) uma delas aponta para o caráter diretivo da construção do PPA do Governo Federal para a mesma temporalidade do PNS, revelando as descontinuidades presentes na articulação de importantes instrumentos da gestão das políticas públicas. A crítica tomou como fundamento a decisão do Executivo em adotar uma modalidade terapêutica em Saúde Mental que se apresentava como contraditória às deliberações anteriores do Controle Social, ao mesmo tempo em que, contrapunha-se às concepções técnico-assistenciais e ideológicas do Movimento pela Reforma Psiquiátrica que preconiza a desospitalização da pessoa com transtorno mental e adoção de modelos alternativos, considerados como substitutivos e ainda, assumia uma postura “privatizante” da assistência. O teor da moção foi aprovado em plenário como segue:

Moção nº 4
Tipo: Repúdio
Destinatário: Presidente Dilma Rousseff.

As delegadas e delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2011, repudiam as propostas do Governo Federal para o Plano Plurianual (PPA 2012 – 2015) de financiamento das “chamadas Comunidades Terapêuticas”, pois consideram que isso se constitui em uma nova forma de privatização da assistência à saúde e afronta as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010).

Considerando que o financiamento seja direcionado à rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico de cuidados em saúde mental, (Caps I, II, III, Caps AD II, III, Capsi, SRT, leitos em hospital geral, consultório de rua, redução de danos etc.) (BRASIL, 2011, p. 138).

A moção de repúdio acima transcrita foi endossada por outras, de mesmo teor, grafada como as Moções nº 5 e 7, ressaltando as deliberações advindas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, realizado de 23 a 27/11/2011, em Angra dos Reis/RJ, sendo contrárias à implantação das Comunidades Terapêuticas e da utilização de iniciativas de internação compulsória para pessoas em tratamento (BRASIL, 2011).

Também cabe referenciar que as moções foram sinalizadoras de questionamentos em diversos aspectos e direcionadas para diversas áreas da política pública, ultrapassando os limites da atuação sanitária propriamente dita, tratando de assuntos, dentre eles:

- Presidência do Conselho Nacional de Saúde estar sendo assumida por um representante da Gestão do SUS (neste caso, o próprio Ministro Alexandre Padilha), mesmo que referendado mediante processo eleitoral;
- Avanço do setor privado em detrimento do público e as diversas formas de privatização do SUS (cooperativas, Organizações Sociais – OS);
- Afronta aos princípios da integralidade, universalidade e controle social, ao atribuir aos conselhos de saúde prerrogativas consultivas no Decreto nº 7.508/2011,
- Crise do escasso financiamento ainda sem regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 e definição clara de vinculação de recursos federais, principalmente após o final da vigência da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF em 2007.

Em se tratando da questão do financiamento do SUS, especificamente das iniciativas pela composição de uma base sólida para dar concretude ao sistema de saúde, a CPMF apresenta o seguinte histórico:

Tabela 3. Evolução histórica do financiamento do SUS via IPMF/CPMF destinação dos recursos e alíquota praticada pelo Governo Federal (1993 a 1997).

| Data | Fato | Destinação | Alíquota |
|-------------|--|--|--|
| 1993 | Criação do IPMF (Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira). A cobrança da IPMF findou-se em dezembro de 1994 | Aumento da arrecadação do Estado face à crise financeira em que se encontrava o país | 0,25% |
| 1996 | Aprovação da Emenda Constitucional que criou a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), que passou a vigorar no início de 1997 e nunca mais foi revogada. | Investimentos na área de saúde | 0,20% |
| 1999 | Prorrogação por 36 meses da cobrança da CPMF com aumento de alíquota e ampliação da destinação. | Investimentos na área de saúde e despesas de custeio da Previdência Social | 0,38% nos primeiros 12 meses e 0,30% no período restante |
| 2001 | Elevação da alíquota da CPMF em 0,08%, verba destinada ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Foi previsto ainda que a alíquota deveria ser reduzida para apenas 0,08% em 2004. | Fundo Nacional de Saúde: 0,20%; Previdência social: 0,10%; Fundo de Erradicação da Pobreza: 0,08%; | 0,38% |
| 2004 | Ao contrário do prometido em 2001, houve a reinstauração da CPMF com alíquota de 0,38% até dezembro de 2007. | Fundo Nacional de Saúde: 0,20%; Previdência Social: 0,10%; Fundo de Erradicação da Pobreza: 0,08%; | 0,38% |
| 2007 | A CPMF encontra seu fim. Após 11 meses de dura negociação, o governo perde a votação que estenderia a cobrança da contribuição até 2011. | --- | --- |

FONTE: Como funciona a CPMF (por Celso Monteiro). Disponível em: <http://empresafinancas.hsw.uol.com.br/cpmf3.htm>. Acesso em 12 mar 2013.

A justificativa de criação no Brasil da CPMF de acordo com técnicos do Governo Federal estava associada pela sua abrangência e simplicidade, pelo fato de incidir sobre a economia informal e por dificultar a evasão fiscal, o que, supostamente, produziria uma arrecadação altamente eficiente. Todavia, Albuquerque (2001) comenta sobre a crítica promovida a respeito de sua implantação por ferir os princípios gerais das Finanças Públicas e do Direito Tributário, ressaltando suas diversas características negativas, como: a desigualdade tributária, a cumulatividade (efeito cascata e dupla incidência), a ausência de seletividade e a ausência de progressividade.

Não havendo a substituição da CPMF por outro mecanismo que vinculasse recursos para o SUS os embates se voltam para a definição legal clara de vinculação de recursos federais para o Orçamento da União.

Ainda analisando o relatório da 14ª CNS (2011), com foco na Carta de Intenções produzida ao final do evento e aprovada pelo plenário, é possível identificar a pluralidade das representações por segmentos organizados da sociedade, traduzida na

visibilidade que os distintos grupos deixaram marcada no documento final da conferência. Dentre os diversos enfoques propositivos de tom recomendatório, cabe assinalar:

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra deve estar voltada para o entendimento de que o racismo é um dos determinantes das condições de saúde. Que as Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da População LGBT, recentemente pactuadas e formalizadas, se tornem instrumentos que contribuam para a garantia do direito, da promoção da igualdade e da qualidade de vida dessas populações, superando todas as formas de discriminação e exclusão da cidadania, e transformando o campo e a cidade em lugar de produção da saúde. Para garantir o acesso às ações e serviços de saúde, com qualidade e respeito às populações indígenas, defendemos o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se viabilizar por meio da integração entre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e as Vigilâncias em Saúde Estaduais e Municipais. Buscamos o desenvolvimento de um indicador universal de acidentes de trabalho que se incorpore aos sistemas de informação do SUS. Defendemos o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e Álcool e outras Drogas, alinhados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira e coerente com as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011, p. 87).

Está posta nessa formulação a demanda social que se equipara com o preceito constitucional do atendimento integral à saúde, combinando ações assistenciais e preventivas, sobretudo no contexto da promoção da qualidade de vida de múltiplos atores, para além da perspectiva da compreensão reducionista de um SUS voltado para doenças, ou ainda, desconectado da ótica da Seguridade Social como atribuição do Estado e direito de cidadania.

Finalizando as discussões quanto à 14ª CNS (2011), outro fato interessante foi a aprovação de diretrizes de contribuição para a 15ª Conferência Nacional de Saúde tendo elemento como norteador o “sentido de melhorar e aperfeiçoar o processo organizativo das Conferências de Saúde, com vistas à garantir o acesso e acolhimento de todos os participantes do maior evento do controle social do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012, p. 190). Abaixo, podem ser visualizadas informações sintéticas sobre o teor das três conferências aqui destacadas.

Tabela 4. Temas, eixos temáticos e diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde (12ª à 14ª).

| Conferência | Ano | Temas | |
|-------------|------|---|--|
| 12ª | 2003 | <p>Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.</p> <p>Eixos temáticos:</p> | |
| | | <p>1) Direito à saúde. 2) A Seguridade Social e a saúde. 3) A intersetorialidade das ações de saúde. 4) As três esferas de governo e a construção do SUS. 5) A organização da atenção à saúde.</p> | <p>6) Controle social e gestão participativa. 7) O trabalho na saúde. 8) Ciência e tecnologia e a saúde. 9) O financiamento da saúde. 10) Comunicação e informação em saúde.</p> |
| 13ª | 2007 | <p>Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento</p> <p>Eixos temáticos:</p> | |
| | | <p>1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento.</p> | <p>2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. 3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.</p> |
| 14ª | 2011 | <p>Tema central: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro</p> <p>Eixos temáticos:</p> | |
| | | <p>DIRETRIZ 1: Em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à seguridade social DIRETRIZ 2: Gestão participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS DIRETRIZ 3: vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS DIRETRIZ 4: O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde DIRETRIZ 5: Gestão pública para a Saúde Pública DIRETRIZ 6: Por uma Política Nacional que valorize os trabalhadores de saúde DIRETRIZ 7: Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços DIRETRIZ 8: Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família</p> | <p>DIRETRIZ 9: Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde DIRETRIZ 10: Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral DIRETRIZ 11: Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis DIRETRIZ 12: Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS DIRETRIZ 13: Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química DIRETRIZ 14: Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador DIRETRIZ 15: Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as)</p> |

FONTE: BRASIL, CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/ 2009. Conselho Nacional de Saúde/ 2012.

Abordar o processo massivo de construção do SUS mediante realização de fóruns legítimos e institucionalizados, consubstanciados nas Conferências Nacionais de Saúde que assumem importante papel na possibilidade de direcionar o foco de definição das políticas de saúde, constitui uma relevante estratégia que reafirma a magnitude da experiência do setor saúde no Brasil em promover radicais mudanças em sua estruturação e desenvolvimento em diversos contextos históricos, sociais, econômicos e políticos.

As três Conferências Nacionais de Saúde que balizam o escopo deste estudo permitem enxergar um sistema de saúde que busca a maturidade de sua existência, diante de um complexo jogo de forças no qual a política de saúde, no contexto do SUS, insere-se numa perspectiva contra-hegemônica às estruturas da centralização decisória, dos interesses econômicos e da conjuntura política vivenciada.

O teor dos relatórios das 12ª a 14ª Conferências Nacionais de Saúde apontam para avanços e desafios. Percebe-se que algumas proposições elencadas, migram de um evento ao outro dando mostras de que os embates ainda não foram resolvidos, sendo ao contrário, um indicativo de que as estratégias precisam ser revistas na planificação do setor.

Há também, clara mostra que o caráter participacionista aumenta, porém ainda com inconsistências que necessitam de novo olhar e atitude. Nesse ponto, têm-se o alerta de Guimarães (2008, p. 67):

[...] o fenômeno da participação não alcança grande destaque, devido a fatores relacionados não apenas a um dos lados envolvidos, mas a ambos, sociedade civil e executivo local. [...] Por um lado, observa-se uma falta de interesse e desconhecimento das populações locais a respeito da participação nos conselhos. [...] Por outro lado, [...] há falta de vontade política para promover um compartilhamento das decisões com a sociedade civil, o que sem dúvida alguma, representa um grande empecilho para a concretização desses espaços como promotores da democracia participativa.

A autora destaca ainda a necessidade de que seja observada a adoção de um conjunto de práticas definidoras de uma renovada “cultura entre o Estado e a sociedade civil, destacando ainda, a premência em elevar o “estoque de capital social”, compreendido como a reunião de uma série de características (normas, confiança, reciprocidade, civismo, altruísmo) que conferem maior intensidade, eficiência e qualidade ao processo participacionista (GUIMARÃES, 2008, p. 69).

4. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS DA PLANIFICAÇÃO NA GESTÃO SUS: UMA CARTOGRAFIA SIMBÓLICA

Propõe-se neste capítulo a abordagem sobre o processo de elaboração dos Planos Nacionais de Saúde no momento em que ocorre uma normatividade técnica e jurídica, bem como, iniciativas de articulação interfederativa promovida em âmbito nacional pelo PlanejaSUS, momento demarcado entre os anos de 2004 a 2011, especialmente verificando a identificação desses instrumentos da Gestão com as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde ocorridas no mesmo período.

Em que pese à obrigatoriedade da elaboração dos Planos de Saúde haver sido consagrada na norma jurídica desde a publicação da Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), sendo condição *sine qua non* para transferência de recursos para o setor, somente a partir do quadriênio 2004 a 2007 é cumprida essa determinação, com a aprovação do Plano Nacional de Saúde, em conformidade com o disposto na Portaria Nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004 e Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, no dia 4 de agosto de 2004, tendo como referência as deliberações da 12ª CNS (2003) e o Plano Plurianual – PPA do Governo Federal para a mesma temporalidade.

Diante desse cenário, foi promovida uma série de medidas, em abrangência nacional, resultando na formalização do Sistema de Planejamento do SUS, reconhecido pela marca PlanejaSUS, num esforço de qualificar as práticas de gestão/gerência e atenção, realizando-se processos de capacitação técnica junto aos técnicos do Ministério da Saúde, Estados e municípios, a partir do ano de 2005.

De início foram priorizados municípios com população superior a 50 mil habitantes para participar do contexto inicial, selecionando técnicos com vínculo permanente no SUS, preferencialmente, na perspectiva de consolidar uma nova forma de pensar e agir, representada no propósito-mestre divulgado no Caderno nº 4 do PlanejaSUS (BRASIL, 2007, p. 10):

O PlanejaSUS tem por objetivo coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população brasileira. Inicialmente, a atuação do PlanejaSUS terá expressão concreta na formulação dos instrumentos assumidos como comuns às três esferas de gestão, conforme conceitos, estrutura básica e processos mínimos definidos.

Dessa experiência, gradativamente foram sendo estruturadas áreas de planejamento de instituições gestoras do SUS nas unidades federadas e municipalidades que veio a resultar na formação de uma “consciência e prática de planificação sanitária”, mediante processos de educação permanente, financiamento tripartite e normalização.

Fica caracterizada, dessa forma, a situação ainda incipiente de várias instâncias gestoras de esfera estadual e municipal em construir suas propostas consubstanciadas no rigor agora estipulada em normas, sobretudo no Pacto pela Saúde, atual política sanitária vigente no Brasil.

Registre-se como relevante a posição do planejamento em saúde nas Diretrizes do Pacto pela Saúde, sendo um dos eixos de responsabilidade definidos no termo de compromisso de gestão para os entes gestores, conforme Portaria GM/MS nº 699/2006:

Art. 8º Estabelecer que a construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

I - Gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - Gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;

III - Gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - O Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;

V - Os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - Os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

Mais precisamente o Termo de Compromisso de Gestão Federal - TCGF, anexo à Portaria nº 699/2009, apresenta detalhadamente as responsabilidades nesse campo:

3 RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

3.2 Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

3.3 Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 Formular, pactuar, no âmbito da CIT, e aprovar, no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com estados e municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

3.5 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional.

3.6 Gerenciar, manter e elaborar, quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos.

3.7 Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

(BRASIL, 2007, p. 8-9).

Adiante-se aqui a temporalidade distinta para União, estados e municípios na apresentação de seus Planos de Saúde, visto sua sintonia com o Plano Plurianual – PPA que difere segundo esfera de governo, por determinação constitucional. Assim, os planos nacional e estadual tem calendário, para este estudo, PNS 2004 a 2007, 2008 a 2011 e 2012 a 2015. Para os municípios o período se altera em conformidade com o mandato de seus chefes do Executivo.

Compreendendo esses compromissos sanitários, e a situação em que os calendários do ciclo de planificação entre as esferas apresentam descontinuidade, apresenta-se enquanto ilustração para o cenário da construção dos planos, os dados da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEPE/MS demonstram que, para o atual período de composição dos planos municipais de saúde, calcados no quadriênio 2009 a 2013, menos de 70% dos municípios tem planos elaborados e aprovados pelo controle social local (50,8% em 2009 e 68,3% em 2010).

Em se tratando do volume de recursos de maior monta nos orçamentos do SUS nos sistemas municipais serem oriundos de fontes transferidas do Governo Federal, esse critério delimita a formatação dos Planos Municipais de Saúde, estruturado em eixos, diretrizes e metas que se coadunem com as linhas mestras emanadas da União.

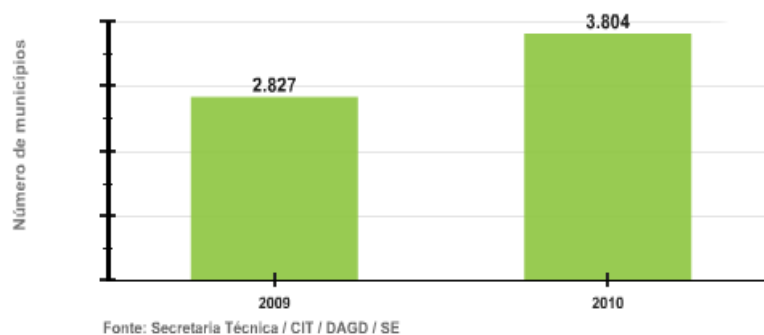


Figura 5. Municípios brasileiros com Plano Municipal de Saúde elaborado (2009-2010)

Para efeito de ilustração, em se tratando do Rio Grande do Norte esse indicador se retrai para aproximadamente 30%, conforme figura abaixo:



Figura 6. Municípios do RN com Plano Municipal de Saúde elaborado (2009-2010)

Fica explicitada aqui a razão de se operar a análise dos Planos Nacionais, em virtude de sua orientação para as outras esferas, apesar de se revestir contraditoriamente, em termos normativo-metodológicos ao que diz a legislação de base, apregoando o seu necessário e obrigatório caráter ascendente, ou seja, do município para a União.

Sem dúvida, são as diretrizes da Política Nacional de Saúde que dão a trajetória que os outros entes seguirão, até mesmo pelo fato de que o adequado financiamento segue uma lógica normativa, o que seria um elemento complicador se houvesse divergência entre o que estipula um ente individual da federação enquanto meta referencial e o seu correspondente montante orçamentário e financeiro, responsável pela materialidade das ações empreendidas e dos resultados esperados.

Seguindo a apreciação do PNS 2004-2007, o qual teve enquanto um de seus fundamentos o Plano Plurianual – PPA do Governo Federal, que definiu como orientação estratégica, os itens abaixo, conforme o Relatório de Avaliação (BRASIL, 2007):

1. A inclusão social e a desconcentração de renda, com vigoroso crescimento do produto e do emprego;
2. O crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e por elevação da produtividade;
3. A redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam o crescimento sustentado; e
4. Fortalecimento da cidadania e da democracia.

O Ministério da Saúde, à época do citado PNS, adotou como orientação o uso de cinco dimensões – a social, a econômica, a regional, a ambiental e a democrática –, contemplando nos três megaobjetivos do PPA de referência, a saber:

1. “inclusão social e redução das desigualdades sociais”;
2. “crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais”; e
3. “promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia”.

Considerando as pactuações efetuadas junto às instâncias do Conselho Nacional de Saúde (Colegiado de Controle Social do SUS) e Comissão Intergestores Tripartite – CIT (Colegiado de Negociação do SUS), foram delimitadas áreas estratégicas:

1. Ampliação do acesso a medicamentos com ênfase na implantação do projeto de farmácias populares;
2. Qualificação da atenção à saúde (Qualisus);
3. Saúde bucal;
4. Saúde mental;

5. Saúde da mulher;
6. Controle da hanseníase e tuberculose;
7. Incremento do sistema de transplantes;
8. Implantação do serviço civil profissional em saúde;
9. Investimentos em saneamento;
10. Garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados, imunobiológicos e fármacos;
11. Saúde indígena;
12. Monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e Instituições no âmbito do SUS;
13. Regulamentação da Emenda Constitucional 29;
14. Aprovação do Plano Nacional de Saúde;
15. Qualificação da gestão e regionalização no SUS;
16. Aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados.

Metodologicamente, o PNS traz diretrizes para conformação das metas nacionais que são assimiladas e adaptadas para os planos de estados e municípios. Esse critério facilita o agrupamento das metas e permite a definição de um conjunto de indicadores básicos para aferição de resultados.

De modo geral, o Conselho Nacional de Saúde define as grandes linhas de atuação que a Direção Nacional do SUS, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, deverá adotar na definição das macropolíticas. Esses consensos precisam ocorrer também no plenário da Comissão Intergestora Tripartite – CIT, espaço no qual a pactuação ente os gestores das esferas administrativas ocorre, retornado para aprovação do Conselho Nacional de Saúde e posterior publicação de ato normativo.

Para efeito de compreensão da existência de dialogia entre política estatal (expressa no PNS) e demanda social (emanada da CNS), procedeu-se a contraposição dessas informações como forma de identificar coerência e correspondência dessas intenções.

Assim, para efeito de análise do conteúdo dos instrumentos referenciais deste trabalho, dispõe-se numa matriz comparativa, uma coluna contendo as diretrizes da CNS de referência e em outra coluna, a proposta disposta como diretriz/linha de ação e meta do PNS. Com apoio nas ideias de SANTOS (1988), optou-se pela demonstração dos dados e informações colhidos dos documentos supramencionados, apresentando-os de modo que se torne facilitada a argumentação de seu conteúdo, a partir do recurso da Cartografia Simbólica para contextualização dos elementos de análise.

Os elementos de cartografia delineados no corpo desse trabalho, de acordo com o aporte teórico em referência, distinguem e ressaltam três componentes: a escala, a projeção e a simbologia. Para a escala que aproxima os detalhes da averiguação, o recorte trabalhado é o período temporal das conferências nacionais e dos quadriênios dos planos. A projeção permite lançar o olhar sobre o campo da representação: os relatórios das conferências e os planos nacionais. Para a simbologia, têm-se as convenções trabalhadas nas metodologias dos documentos citados, sendo as diretrizes e metas os principais elementos de observação da identidade das proposições.

Na intenção de dar “voz e visibilidade” aos elementos analisados num sentido de dialogia, seguiu-se a proposta metodológica da Cartografia Simbólica trabalhada por Toscano (2006, p. 190) que propõe a disposição visual das informações e sua respectiva “tradução”, a fim de que sejam significativos os componentes em investigação.

A disposição dessas categorias de análise em um Mapa Temático ou Cartográfico correlaciona informações dispostas em sequência matricial. Nas colunas são distribuídos os elementos da projeção analisada, neste caso os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e dos Planos Nacionais de Saúde em exame. Nas linhas, por sua vez, estão os itens da simbolização assinalados na temática referida, visualizados nos títulos dos eixos, diretrizes e metas presentes nos documentos, transcritos sinteticamente para análise, de acordo com a escala temporal em destaque. São apresentadas ainda, argumentações com base na leitura interpretativa do pesquisador, situadas abaixo de cada quadro demonstrativo, amparando a discussão sobre o objeto em tela.

Quadro 1. Modelo do Mapa Cartográfico de análise de correspondência entre Relatório de Conferências Nacionais de Saúde (12ª a 14ª) e dos Planos Nacionais de Saúde (2004-2007, 2008-2011 e 2012-2015).

| TEMÁTICA: EIXO/DIRETRIZ/META DO QUADRIÊNIO _____ A _____ | |
|---|---|
| RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE | PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004 A 2007 |
| Transcrição sintética do teor das formulações da temática presentes no documento de referência. | Transcrição sintética do teor das formulações da temática presentes no documento de referência. |
| OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: | |
| Neste espaço o pesquisador realiza o trabalho de “tradução” e estabelece as conexões teóricas. | |

FONTE: Modelo de Mapa Temático ou Cartográfico sugerido por Toscano (2008).

Encontra-se sugerida, assim, uma possibilidade de diálogo entre os elementos estudados, que são extraídos, de modo sintetizado, sob a forma de enunciados ou títulos do contexto presente em cada documento segundo a temporalidade correspondente. Por se tratar de uma leitura e posterior expressão do teor das formulações elaboradas por distintos atores sociais ao longo dos períodos estratificados, a matriz traz uma interpretação sobre essa dialogia, cuja tradução remete a outros olhares e contribuições.

Assim, como forma de viabilizar ampliada discussão das significações presentes no Mapa, são disponibilizadas tabelas anexas ao corpo deste documento, nas quais há o detalhamento dos elementos aqui demonstrados cartograficamente.

Por outro lado, o teor completo dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pode ser acessado no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Saúde, disponível em www.conselho.saude.gov.br, no qual estão presentes os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde na opção biblioteca. Para os Planos Nacionais de Saúde, as versões na íntegra, suas edições podem ser visualizadas, ou ainda, pode ser efetuado o download desses materiais na biblioteca virtual do Ministério da Saúde: <http://bvsmis.saude.gov.br>, utilizando-se no campo de busca o descritor “Plano Nacional de Saúde”, que após pesquisa no acervo, tem-se relacionados os respectivos documentos em referência para consulta pública.

| TEMÁTICA: INTERFACE SOCIAL-SANITÁRIA (QUADRIÊNIO 2004 A 2007) | |
|---|---|
| SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL NA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (2003) | DESAFIOS DA PLANIFICAÇÃO NO SUS PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004 A 2007 |
| <p><u>Eixo Temático II - A Seguridade Social e a Saúde (12 diretrizes gerais e 42 específicas em 04 linhas de ação) = 54 diretrizes</u></p> <p>Garantir processo de Reforma Tributária que fortaleça a Seguridade Social</p> <p>Dar caráter intersetorial às ações da Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social)</p> <p>Participação da comunidade na discussão sobre inclusão em programas sociais</p> <p>Perenizar ações de cidadania para além do “campanhismo”</p> <p>Assegurar recursos orçamentários e financeiros próprios para a Seguridade Social evitando contingenciamentos</p> <p>Definir percentual mínimo de 5% do Orçamento da União para financiamento da Assistência Social</p> <p>Reativar o Conselho Nacional de Seguridade Social para fortalecimento do Controle Social no Setor</p> <p>Previdência Social com distribuição equitativa de renda e combate à exclusão social</p> <p>Alterar alíquota de 20% para 5% do valor referencial do salário mínimo nas contribuições previdenciárias de trabalhadores autônomos</p> <p>Rever critérios de definição de cotas para programas sócias a partir do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH</p> <p>Criar estratégias de profissionalização de pessoas beneficiadas com programas assistenciais</p> | <p>Não há referência de eixo, diretrizes ou prioridades com foco na Seguridade Social no PNS 2004-2007</p> <p><u>Eixo 5: Prioridades em relação ao investimento em saúde (1 diretriz)</u></p> <p>Elaboração e implementação de Plano Nacional de Investimentos em Saúde.</p> <p>Com relação ao eixo acima, não é encontrada correspondência com prioridade elencada no relatório da 12ª CNS, a não ser no Eixo Temático VIII – Ciência e Tecnologia em Saúde e Eixo Temático IX – Financiamento da Saúde.</p> |
| OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: | |
| <p>Na confrontação entre as informações acima não houve alinhamento de conteúdos considerando os documentos em estudo. Os registros denotam que na 12ª CNS havia uma preocupação com a articulação que deve pautar as ações da seguridade, em suas três vertentes (políticas de saúde, de assistência social e previdenciária) constituindo uma rede de proteção social numa perspectiva incluyente dos cidadãos, garantindo “o cuidado às pessoas, do nascimento ao fim da vida” (BRASIL, 2012).</p> <p>Percebe-se, entretanto que esse eixo da 12ª CNS se aproxima do que está posto no eixo 3 do PNS 2004-2007 no que tange à gestão do sistema nacional de saúde de um modo geral. Isso pode ser verificado nas proposições atinentes ao financiamento do SUS, sobretudo quando se refere à regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, tratando da vinculação de recursos orçamentários e financeiros dos entes federados, sempre com compromissos crescentes de alocação de montantes. Daí a priorização da luta em favor da Reforma Tributária enquanto possível caminho de viabilidade para tal conquista.</p> <p>Entretanto, é preciso assinalar que quando se trata de definição de responsabilidade, a Gestão Nacional, representada pela União Federal, não fixou para o próprio ente federal o percentual de comprometimento de sua receita de recursos próprios na saúde, fazendo-o para as esferas municipais e estaduais. O mecanismo disciplinado na EC 29 faz referência ao cálculo de projeções de montantes financeiros da União com base no que fora aplicado no ano anterior, atualizado com indexação do percentual de variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.</p> <p>No PNS 2004-2007 não há qualquer referência ao cumprimento dessa prerrogativa pela Gestão Federal.</p> | |

FONTE: Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Plano Nacional de Saúde (2004 a 2007) disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>.

Considerando a proposta de sintetizar os conteúdos dispostos nos documentos em referência para estudo, outras prioridades integram a versão completa de ambos, porém, foram demonstrados nos mapas cartográficos os itens que permitem, a título de representação do contexto, comentários quanto ao esforço de planificação sanitária com fulcro nas recomendações da sociedade.

Comparando-se as informações presentes nos quadros acima, cabem algumas argumentações no intuito de proceder a análise sobre a existência de identificação, no processo de construção das políticas de saúde, entre a tessitura dos planos, e o cumprimento do preceito legal e princípio ideológico do SUS de abertura à participação social para o planejamento das ações do sistema de saúde.

Antes de qualquer discussão direta dos elementos da cartografia articulados nos mapas acima, é imprescindível que se contextualize que no processo de formulação dos Planos de Saúde – PS, há uma diretriz normativa e metodológica ditada em material técnico publicado pelo PlanejaSUS que orienta:

No tocante a sua elaboração, o PS compreende dois momentos: (I) o da análise situacional; e (II) o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. [...]

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados; diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas. As metas são as expressões quantitativas de um objetivo.

Por se tratar de instrumento técnico-político, a elaboração do PS deve ser feita de forma participativa, tomando como subsídio privilegiado as proposições das Conferências de Saúde. Ao Conselho de Saúde respectivo, cabe aprovar o PS. Ressalte-se que, ao final da vigência de um Plano, é necessária a realização de uma avaliação geral, dada a sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e a efetividade dos serviços e das ações desenvolvidas, contribuindo assim para a consolidação do sistema de saúde (BRASIL, 2009, p. 198).

Na conceitualização básica presente no documento em epígrafe, encontra-se referência de que “define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2009, p. 55). Também há uma gama de elementos cognitivos em evidência para explicar:

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.

[...] As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.

[...] Prioridades são as medidas que serão privilegiadas ou que terão caráter essencial.

[...] As metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando” (BRASIL, 2009, p. 60).

Há ainda outras orientações básicas emanadas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 63), sob a coordenação da equipe técnica do PlanejaSUS:

Cabe reiterar preliminarmente que, tendo em conta os dispositivos constitucionais e legais, os instrumentos básicos adotados pelo PlanejaSUS – Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão – devem orientar o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação.

Assim, considerando que o último ano de vigência do Plano corresponde ao primeiro ano de um novo governo, o processo de formulação deve começar logo no início deste governo.

De acordo com o documento técnico-metodológico do MS, o Plano de Saúde deve conduzir as ações do Poder Executivo na concepção da política pública e inclusive orientando a composição orçamentário-financeira que configura o PPA e respectiva Lei Orçamentária Anual – LOA.

Essa qualificação e sequencia de ritos para elaboração dos Planos de Saúde pressupõem um “ajustamento” entre as proposições advindas dos plenários das Conferências de Saúde e os propósitos declarados da política governamental. Esse alinhamento é efetuado, eminentemente, pelo corpo de profissionais que integram as áreas técnicas de planejamento dos órgãos gestores da política governamental, neste caso, não somente saúde, como também, das áreas de orçamento e finanças.

Implica dizer que há nesse contexto uma grande margem para os conflitos entre as proposições que emergem dos fóruns legítimos (Conferências de Saúde) e dos interesses da burocracia estatal declarada nos Planos de Saúde. Em meio a essas convergências e divergências, aflora a manifestação de “atos de retaliação que o planejamento provoca” com clara retração de investimento, ainda, “deslocamento dos investimentos no tempo e no espaço” (OFFE, 1975 *apud* GERMANO, 2011, p. 227).

É preciso reiterar que o contexto em que houve a realização da 12ª CNS se reveste num cenário de expectativas da sociedade brasileira, em função do novo quadro político em que o próprio relatório do citado evento destaca:

A posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de sua equipe em janeiro de 2003 marcou um novo momento histórico para o Brasil. A participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta. Consoante com esse compromisso, o Ministério da Saúde propôs, ainda no início da gestão, antecipar a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde para aquele mesmo ano e, com isto, conseguir articular as mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade.

[...] Programada para acontecer em 2004, a 12ª Conferência foi antecipada por decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que optou pelo fio condutor da revisão dos 15 anos do Sistema Único de Saúde e os rumos a serem seguidos a partir de agora (BRASIL, 2012, p. 13 e 15).

A última conferência (11ª CNS) havia ocorrido em 2000 e de acordo com a legislação em vigor (Lei nº 8.142/1990), o período de quatro anos de sua realização demarcaria a data da 12ª CNS para o ano de 2004. Pretendendo compor um novo conjunto de prioridades, o Governo Federal naquele mandato (2003 – 2006) tenta alinhar as metas do PPA para a temporalidade 2004 a 2007 e conseqüentemente as prioridades para os planos e propostas das políticas públicas decorrentes dessa prerrogativa de planejamento quadrienal obrigatória para o Poder Executivo.



Figura 7. Logomarca da 12ª CNS. (FONTE: Acervo CNS)

Assim, é nesse cenário que se realiza a 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília no período de 07 a 11 de dezembro de 2003, tendo como tema “A saúde que temos, o SUS que queremos”. Foi denominada Conferência Sérgio Arouca em homenagem a esse grande sanitarista brasileiro, militante do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, falecido dias antes da realização do evento. Contou com a participação de aproximadamente 4 mil pessoas, sendo 3 mil delegados e cerca de mil observadores.



Figura 8. Antônio Sérgio da Silva Arouca.

(FONTE: Acervo FIOCRUZ)

Dos grupos de discussão, resultaram 900 emendas e mais de 4.000 destaques que deveriam ser votados em apenas dois dias. Representou grande avanço no sentido da participação popular, bem próximo ao que ocorreu na 8ª Conferência.

Trouxe uma profusão de propostas de diversas áreas da política pública, uma vez que, tratava-se de um pensar coletivo no sentido de obter ganhos no que preconiza o SUS em toda sua amplitude.

O sistema de Planejamento do SUS foi estruturado durante o período do Governo Lula da Silva, sendo responsável pela “disseminação” da metodologia do Planejamento em Saúde em todo o País.



Figura 9. Ícone do Planejasus.

(FONTE: Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/planejasus)

O ícone ou logomarca do PlanejaSUS trouxe o dístico “uma construção coletiva”, marcando o momento da criação de uma rede de colaboradores do planejamento em saúde, atrelando aspectos normativos, técnico-metodológicos e recursos financeiros para fortalecimento da Gestão no âmbito local (unidades federadas, Distrito Federal e municípios).



Figura 10. Caderno 4 do PlanejaSUS. Avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2007
(FONTE: Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/planejasus)

No ano de 2007 o Ministério da Saúde publicou um documento da Secretaria Executiva/PlanejaSUS, contendo a avaliação do PNS 2004 a 2007. São apresentados os procedimentos e iniciativas que antecederam a construção do Plano, comentários sobre sua execução, inclusive com grau de alcance das metas, calculado proporcionalmente às formulações previstas e recomendações para o plano da temporalidade seguinte.

Outra consideração cabível nesse ponto da análise é a conduta que historicamente foi adotada pelo aparelho de Estado, numa referência que Germano (2011, p. 231) assinala sobre a “estratégia compensatória” adotada do planejamento participativo presente na agenda estatal na busca de obter consenso junto às organizações populares, organização de trabalhadores e outros organismos.

Fica caracterizada, mesmo diante de tantas iniciativas de transformações na forma de tecer as políticas públicas, uma situação em que há questionável sintonia entre os fins declarados e aquilo que efetivamente se constitui no contexto da realidade, denotando uma discrepância ou “dissonância entre fins declarados e orientação operativa de ação” (OFFE, 1990, p. 11). Para além do momento da formulação das políticas está o desenvolvimento das ações no espaço concreto, o que traz consigo outras preocupações, não as inerentes diretamente ao objeto deste estudo, porém, configuram uma situação que está contextualizada nas elaborações teóricas de Offe (1990) e destacada por Germano (2011, p. 31) quando alerta para a diferença existente entre o momento da elaboração e o momento da implementação das políticas de Estado.

Quadro 2. Mapa Cartográfico de análise de correspondência entre Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) e do Plano Nacional de Saúde 2008-2011.

| TEMÁTICA: SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS (QUADRIÊNIO 2008 A 2011) | |
|---|--|
| SAÚDE & DIREITO À VIDA NA 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (2007) | INTERVENÇÕES TÉCNICAS NO SUS PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2008 A 2011 |
| <p><u>Eixo I: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento) = 282 propostas</u></p> <p>Síntese e Palavras-Chave: Antitabagismo; políticas saúde mental/ dependência química; política ambiental; controle de resíduos sólidos; controle de agrotóxicos; atenção pessoas com deficiência; controle sanitário sobre produtos (ANVISA); melhoria do acesso/acessibilidade aos serviços de saúde; fomento ao emprego; política habitacional; política agrícola/agrária; intersectorialidade e desenvolvimento sustentável; fortalecer a democracia; incentivo à cultura de paz e não violência; proteção à mulher, criança e adolescente; promoção à saúde; políticas afirmativas para segmentos mais vulneráveis; respeito à diversidade; atenção população confinada; assistência às situações de aborto; assistência social aos desabrigados e outras populações sob vulnerabilidade social; monitoramento da qualidade da água de consumo humano; saneamento básico universal; punição para infrações sanitárias; saúde do homem; erradicação do trabalho infantil; ampliação dos mecanismos de financiamento do SUS; fomento à ciência e tecnologia; fortalecimento do controle social, apoio às caravanas da saúde; defesa da seguridade social articulada; saúde do trabalhador; fortalecimento da atenção básica.</p> <p><u>Eixo II: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde = 406 propostas</u></p> <p>Palavras-chave: defesa da reforma sanitária; efetivar saúde como cidadania; responsabilidade sanitária; reforço ao financiamento da vigilância em saúde; interiorização das ações do INSS; redução das iniquidades; CPMF integral para SUS; cumprimento da EC nº 29/2000 – vinculação receita União; reforço à PPI de base locorregional e recomposição de tetos; financiamento da rede hospitalar (HPP); defesa da gestão pública do SUS; vinculação e harmonização dos instrumentos de gestão estatal e específicos do SUS (PPA, LDO, LOA, PDR, PDI); monitoramento e avaliação (M&A) de ações e serviços do SUS; apoiar a adoção de mecanismos de referência/contrarreferência; planejamento ascendente; despreciação do trabalho no SUS; gestão do trabalho e educação permanente; interiorização das ações do SUS/articulação MEC; regulação assistencial/cartão SUS; concurso público ACS; garantia de direitos previdenciários; apoio matricial ESF/Saúde Mental; Atenção Domiciliar;</p> | <p><u>Três macro-objetivos: (1) Condições de saúde da população; (2) Determinantes e condicionantes de saúde e (3) Gestão em Saúde.</u></p> <p>1ª. Vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos.</p> <p>2ª. Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.</p> <p>3ª. Aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde.</p> <p>4ª. Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada.</p> <p>5ª. Implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos.</p> <p>6ª. Aperfeiçoamento da assistência no âmbito da saúde suplementar.</p> <p>7ª. Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas.</p> <p>8ª. Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde.</p> <p>9ª. Implementação da ciência, tecnologia e inovação no complexo da saúde.</p> <p>10ª. Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS.</p> <p>11ª. Ampliação e fortalecimento da participação e do controle social.</p> <p>12ª. Fortalecimento da cooperação internacional.</p> |

FONTE: Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Plano Nacional de Saúde (2008 a 2011) disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>.

| TEMÁTICA: SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICA- QUADRIÊNIO 2008 A 2011 (continuação) | |
|--|--|
| SAÚDE E DIREITO À VIDA NA 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (2007) | INTERVENÇÕES TÉCNICAS NO SUS PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2008 A 2011 |
| <p><u>Eixo III: A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde = 169 propostas</u></p> <p>Síntese e Palavras-Chave:</p> <p>Palavras-chave: regularização vínculos trabalhistas; transparência ações ANVISA; conferências temáticas; infraestrutura dos conselhos; educação popular em saúde; fortalecer e integrar controle público e social; saúde indígena; plenárias estaduais de conselhos de saúde; implantação de Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (CIST); Ética na Pesquisa em Saúde.</p> | <p><u>Três macro-objetivos: (1) Condições de saúde da população; (2) Determinantes e condicionantes de saúde e (3) Gestão em Saúde.</u></p> <p>1ª. Vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos.</p> <p>2ª. Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.</p> <p>3ª. Aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde.</p> <p>4ª. Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada.</p> <p>5ª. Implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos.</p> <p>6ª. Aperfeiçoamento da assistência no âmbito da saúde suplementar.</p> <p>7ª. Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas.</p> <p>8ª. Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde.</p> <p>9ª. Implementação da ciência, tecnologia e inovação no complexo da saúde.</p> <p>10ª. Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS.</p> <p>11ª. Ampliação e fortalecimento da participação e do controle social.</p> <p>12ª. Fortalecimento da cooperação internacional.</p> |
| OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: | |
| <p>As estruturas de composição dos documentos acima seguem distintas orientações conforme observado inicialmente. A forma de disposição dos elementos constitutivos do relatório da 13ª CNS segue orientação do temário sugerido nas discussões, portanto, guarda relação com o formato aprovado para a realização desse fórum. No que tange ao PNS 2008-2011, segue orientação normativo-metodológica da elaboração dos instrumentos de gestão em caráter nacional, neste caso, o Plano Nacional de Saúde.</p> <p>A Portaria GM/MS nº 3.332/2006 traz a estrutura em que são elaborados os Planos de Saúde em todas as esferas administrativas do SUS, assim, em seu conjunto, o Plano articula seus componentes constitutivos numa lógica técnica e jurídica e “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2006, §1º do art.2º).</p> <p>Em que pesem esses comentários, há que se considerar a aproximação existente entre algumas propostas que figuram em ambos os documentos pesquisados. As ações de atenção/assistência à saúde são focalizadas como prioritárias desde a Atenção Básica ou Primária de Saúde, enfatizando a adoção de medidas que venham a fortalecer a Estratégia Saúde da Família como opção estruturante desse nível de complexidade mais simplificado da atenção. Outra importante referência foi a ampliação das prioridades do Pacto pela Saúde, manifestadas na inclusão de novas responsabilidades como Saúde do Homem, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde da Pessoa com Deficiência, dentre outras.</p> <p>O processo de regularização de vínculos trabalhistas dos profissionais foi também uma das conquistas no período, fruto da atuação combinada entre organismos do Controle Social e do Controle Externo (Ministério Público, em especial).</p> | |

FONTE: Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Plano Nacional de Saúde (2008 a 2011) disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>.

Em vias de completar a segunda década de existência, o SUS alcançava o que o relatório da 13ª CNS classificou de estágio de maturidade e de complexidade não visto em anos anteriores (BRASIL, 2008). Com participação ampliada para cerca de cinco mil pessoas distribuídas em segmentos diversos (usuários, trabalhadores da saúde, gestores) e com características diferenciadas de inserção no fórum (delegados e observadores), a 13ª CNS ressaltava os desafios presentes conforme segue:

Apesar de sua caminhada vitoriosa rumo aos 20 anos de existência, o SUS apresenta desafios, vinculados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, à ampliação do aporte de recursos financeiros e à utilização dos mesmos de maneira eficiente, entre outros (BRASIL, 2008, p. 8).

Outra marca desse período é que pela primeira vez uma Conferência Nacional é coordenada por um presidente eleito no plenário do Conselho Nacional de Saúde, neste caso, um potiguar, o senhor Francisco Batista Júnior, representante do segmento dos trabalhadores de saúde com assento no órgão máximo do Controle Social do SUS no País (BRASIL, 2008).

As reflexões da 13ª CNS trouxeram um teor de preocupação em deliberar sobre a intersetorialidade, a transformação/mudança no modelo de atenção do SUS, a regulamentação do financiamento do sistema de saúde, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública de ações e serviços, o combate à precarização do trabalho e a implantação de cargos de carreira única do SUS, dentre outras expectativas expressas no conjunto de propostas.



Figura 11. Plenária da 13ª CNS (2007).

FONTE: Acervo CNS

Registre-se aqui que o PNS 2008-2011 somente foi aprovado no plenário do Conselho Nacional de Saúde em 15 de outubro de 2009, durante a 202ª Reunião Ordinária (BRASIL, 2008). Era o momento da consolidação do PlanejaSUS como elemento fundamental na construção de uma lógica articulada de planejamento no País, num esforço de ampla capacitação dos agentes políticos no âmbito das instituições gestoras do SUS, técnicos e dirigentes.

Era ressaltada, na época, a necessidade de dar capilaridade a essa qualificação no processo de planejamento, conforme se visualiza na apresentação do PNS 2008-2011 (BRASIL, 2009, p. 3):

Por fim, considero indispensável manifestar que o PlanejaSUS, os seus instrumentos e aqui, em particular, o Plano de Saúde dependem necessária e fundamentalmente de sua apropriação por todos aqueles que fazem do SUS o seu ideal de vida profissional, cuja vivência até agora tem mostrado, no meu entendimento, alto grau de satisfação pessoal. O desafio no momento, que acredito ser praticamente infundável, é transformá-los e utilizá-los como ferramentas efetivas de prover saúde a todos e, portanto, contribuir para a qualidade de vida da população.

No entanto, não se pode deixar de perceber um caráter tecnicista nesse processo quase sempre “inalcançável” do ponto de vista da proposta metodológica de construção de eixos, diretrizes, metas e indicadores, de conformidade com as normas técnicas divulgadas pelo MS.

Essa linguagem e metodologia carregadas de elementos específicos do fazer da burocracia pública trazem evidências quanto a possíveis distanciamentos entre os atores que planejam, numa perspectiva que Santos (2010, p. 102) refere na “monocultura do saber e do rigor do saber”.

Na proposta de criar uma nova oportunidade, o autor sugere uma superação dessa concepção rígida de “culturas” e “cânones”, a partir da natureza transgressiva da “sociologia das ausências” como alternativa de transgressão à forma indolente como tem sido tratadas as experiências não legitimadas e colocadas como “invisíveis” ao todo, por movimentos ou iniciativas que negam ou desconsideram as múltiplas expressões do cotidiano. Na proposta da ecologia dos saberes há um alargamento na compreensão sobre o conhecimento como via de superação da monocultura técnico-científica (SANTOS, 2010).

Entraves foram identificados na questão de estímulo à participação, dentre eles a o despreparo e pouca mobilização de membros do Controle Social, conforme ressalta Guimarães (2008, p. 101):

Em relação aos problemas como o baixo grau de escolaridade da população, tem-se observado um grande número de programas e cursos de capacitação de conselheiros e associações civis envolvidos na participação política.

Sobre essa perspectiva, entre 2003 a 2008, especialmente, são desenvolvidas ações que tinham por finalidade a qualificação dos membros dos organismos do Controle Social do SUS (Conselhos de Saúde e movimentos sociais), sob a forma do Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde, desenvolvido de forma modulada em “oficinas” com abordagens temáticas distintas e complementares. Esse esforço foi fruto de reivindicação das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, logo após as discussões da 11ª CNS (2000).

Juntamente a essa iniciativa, nesse mesmo período, foram tomadas medidas para fortalecimento da estrutura desses Conselhos de Saúde, qualificando assim a consolidação do processo de monitoramento e avaliação do sistema de saúde, mediante agenda própria desses organismos, à luz também das recomendações das Conferências Nacionais. Essas iniciativas estiveram voltadas para aquisição e disponibilização de equipamentos como computadores, impressoras, aparelhos de TV e antenas parabólicas, para os Conselhos de Saúde em todo o território nacional, desde que comprovadas estruturas físicas para guarda e correta utilização desses artefatos.

Cabem ainda discussões quanto às recorrentes propostas oriundas de Conferências Nacionais anteriores às estudadas nesta pesquisa. O não atendimento às questões do financiamento do SUS, da intersectorialidade das políticas públicas, da responsabilização sanitária dos gestores, transparência dos atos administrativos e, sobretudo, do avanço na conquista do que se encontra defendido na Reforma Sanitária, constituem pauta constante nos relatórios de Conferências Nacionais e outros fóruns.

Destaque-se que as políticas afirmativas são ponto de referência para conquistas observadas na participação política e respectivas proposições e ações do PNS 2008-2011, voltadas para segmentos como indígenas, população negra (quilombolas), assentados, ciganos, mulheres (questão do aborto, por exemplo), grupos afirmativos de direitos e da identidade sexual homoafetiva (LGBT), dentre outros.

Outras importantes conquistas foram pautadas no fortalecimento à participação social com a proposta das caravanas da saúde desenvolvidas nos anos seguintes à aprovação do PNS 2008-2011. Também pode ser considerada uma vitória para as políticas de vigilância em saúde, a aprovação de seu regulamento, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009, estipulando competência e estabelecendo os mecanismos de financiamento de suas ações, importantes para o controle dos riscos sobre a saúde individual e coletiva, estando além das iniciativas assistenciais.

O foco da 13ª CNS esteve assentado na qualidade de vida, na ampliação de acesso não somente aos serviços de saúde, mas o que está delimitado no campo dos “determinantes e condicionantes da saúde” presentes na legislação de base do SUS como sendo “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” (BRASIL, 1990a, art. 3º).

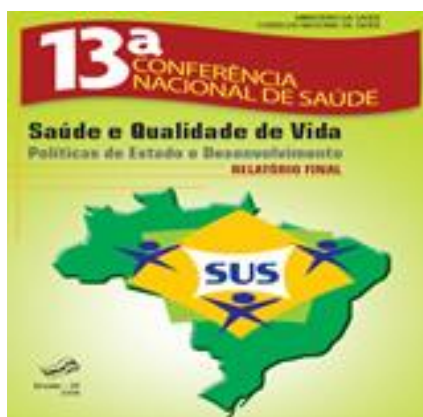


Figura 12. Capa do Relatório Final da 13ª CNS (2007).

FONTE: Acervo CNS

Entretanto, as proposições do PNS 2008-2011 não trazem em seu corpo prioridades que tratem do que está assinalado no relatório da 13ª CNS, a exemplo de questões como reforma agrícola/agrária, saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos), política ambiental, dentre outras áreas de interface com a política pública que tem como escopo o bem estar geral. Reitera-se assim, a visão de Offe (1990) de desarmonia entre projetos declarados e ações efetivamente encampadas pelo Estado.

Quadro 3. Mapa Cartográfico de análise de correspondência entre Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011) e do Plano Nacional de Saúde 2012-2015.

| TEMÁTICA: SAÚDE & CIDADANIA (QUADRIÊNIO 2012 A 2015) | |
|---|--|
| GESTÃO PARTICIPATIVA NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (2011) | MACROPOLÍTICAS PARA O SUS PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 A 2015 |
| <p><u>Diretriz 1: Em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à Seguridade Social = 35 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Defesa da seguridade social; SUS público e estatal (patrimônio do povo brasileiro); Humanização do SUS e SUAS; Reativar conselhos da seguridade social; extinção da Desvinculação de Receitas da União - DRU; redefinir recursos do orçamento da seguridade social - OSS; integração SUS, o SUAS e o FNDE; revisão critérios previdência e assistência social.</p> <p><u>Diretriz 2: Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS = 42 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Fortalecimento do controle social; fomento à regionalização do controle social; fomento à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS; apoio aos movimentos sociais; transparência pública; formação continuada dos conselheiros; articulação instâncias do controle público e social; ouvidoria SUS; educação permanente integrada MS-MEC; informação, comunicação e divulgação ampla em saúde; apoio ao funcionamento e estrutura dos conselhos de saúde; punição pelo mau uso dos recursos SUS; revisão da Carta dos Direitos do Usuário do SUS; controle social e avaliação dos serviços de saúde.</p> <p><u>Diretriz 3: Vinte anos de subfinanciamento: Lutar pelo recurso necessário para o SUS = 27 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Regulamentação da EC nº 29/2000/vinculação de recursos (10% PIB); fortalecimento da Saúde Bucal; revisão da LRF com foco na responsabilidade sanitária; dinamizar investimentos no setor (Bloco Financiamento); reduzir orçamento do legislativo redirecionando para a saúde (cerca de 50%); orçamento participativo; ampliar recursos do financiamento da atenção básica (PAB) em 100%; câmara de compensação dos gastos de áreas fronteiriças.</p> | <p><u>14 Diretrizes Gerais:</u></p> <p>Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.</p> <p>Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</p> <p>Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p> <p>Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.</p> <p>Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.</p> <p>Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.</p> <p>Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p>Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> <p>Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.</p> <p>Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.</p> |

FONTE: Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Plano Nacional de Saúde (2012 a 2015) disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br>.

| TEMÁTICA: SAÚDE & CIDADANIA NO QUADRIÊNIO 2012 A 2015 (continuação) | |
|---|---|
| GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS 14ª CNS (2011) | MACROPOLÍTICAS PARA O SUS PNS 2011 A 2015 |
| <p><u>Diretriz 4: O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: Garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde = 9 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Instituir os Contratos Organizativos da Ação Pública; Implantar um Sistema Nacional de Regulação do SUS; instituir carreira de gestão do SUS; desenvolvimento de ações intersetoriais integradas mediante políticas conjuntas.</p> <p><u>Diretriz 5: Gestão Pública para a Saúde Pública = 14 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Rejeitar gestão fundacional no SUS e iniciativas similares; combate à “porta-dupla”; profissionalizar a gestão do SUS; hospitais universitários com atendimento 100% SUS; fim dos subsídios públicos à saúde suplementar; fortalecer mecanismos de regulação.</p> <p><u>Diretriz 6: Por uma Política Nacional que valorize os trabalhadores de saúde = 38 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Instituir mesa de negociação permanente do SUS e Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV); aprovar o piso salarial nacional para o Sistema Único de Saúde; regulamentar carga horária de 30 horas semanais; Instituir o Serviço Civil Obrigatório no SUS; criar estratégias para fixar profissionais em áreas de difícil acesso do País; aposentadoria especial para trabalhadores da saúde pública; Educação Permanente; Estágios vivenciais no SUS; qualificação na PNH; Política de Saúde do Trabalhador.</p> <p><u>Diretriz 7: Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços = 30 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Práticas integrativas no SUS; fitoterapia na Assistência Farmacêutica; regularizar e expandir serviços (PID, TFD, SAMU, NASF); Saúde do Idoso; efetividade no planejamento do SUS.</p> | <p><u>14 Diretrizes Gerais (continuação):</u></p> <p>Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.</p> <p>Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p> <p>Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p> <p>Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.</p> <p>Incorpora-se 2 diretrizes transversais que fazem interface com este Plano Nacional de Saúde:</p> <p>a) Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.</p> <p>b) Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.</p> |
| OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: | |
| <p>No contexto geral, os dois documentos são estruturados numa lógica de organização de prioridade segundo área temática e macropolítica dentro do conjunto de atribuições compreendidas para o SUS.</p> | |

FONTE: Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Plano Nacional de Saúde (2012 a 2015) disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>.

| TEMÁTICA: SAÚDE & CIDADANIA NO QUADRIÊNIO 2012 A 2015 (continuação) | |
|--|--|
| GESTÃO PÁRTICIPATIVA NO SUS 14ª CNS (2011) | MACROPOLÍTICAS PARA O SUS PNS 2011 A 2015 |
| <p><u>Diretriz 8: Ampliar e fortalecer a rede de Atenção Básica (Primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de Saúde da Família = 28 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Atenção Básica/Primária estruturante do cuidado em saúde; qualificar a atenção/assistência domiciliar; fortalecer controle social nas unidades básicas de saúde; revisão de critérios de cobertura populacional e financiamento; instituir avaliação por resultados na AB; redefinir política de formação profissionais médicos.</p> <p><u>Diretriz 9: Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde = 20 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Promoção e Vigilância da saúde; universalização da Política de Saneamento Ambiental e de implantação de Planos de Resíduos Sólidos; instituir conjuntamente política de segurança alimentar e nutricional; controle da qualidade da água de consumo humano.</p> <p><u>Diretriz 10: Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral = 37 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Ampliação da rede de saúde e facilitação do acesso aos serviços; acolhimento com regionalização solidária; Aumentar o valor da Tabela de Procedimento SUS; apoio técnico-financeiro aos hospitais municipais com atuação de referência regional; Fortalecer a Política de Atenção à Saúde da Mulher e implantar/implementar o Programa Saúde do Homem; criar novos parâmetros de avaliação para além do índice populacional, admitindo as características epidemiológicas locais.</p> | <p><u>14 Diretrizes Gerais (continuação):</u></p> <p>Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.</p> <p>Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</p> <p>Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p> <p>Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.</p> <p>Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.</p> <p>Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.</p> <p>Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p>Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> <p>Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.</p> <p>Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.</p> |
| OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: | |
| <p>As áreas específicas da atuação do SUS estão bem articuladas e delineadas no corpo do relatório da 14ª CNS, chegando ao detalhamento propositivo para cada recorte da atenção/assistência articulando ações e iniciativas típicas da Gestão do sistema de saúde, como também políticas transsetoriais. No PNS 2012-2015 há uma clareza e síntese que demonstra um “enxugamento” da proposta do MS no período.</p> | |

FONTE: Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Plano Nacional de Saúde (2012 a 2015) disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

| TEMÁTICA: SAÚDE & CIDADANIA NO QUADRIÊNIO 2012 A 2015 (continuação) | |
|--|---|
| GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS 14ª CNS (2011) | MACROPOLÍTICAS PARA O SUS PNS 2011 A 2015 |
| <p><u>Diretriz 11: Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis= 28 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Política equitativa de alocação de recursos; atendimento às diversidades regionais; Saúde do Adolescente; apoio ao transporte sanitário.</p> <p><u>Diretriz 12: Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS = 15 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS; garantia de recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS; criar prontuário nacional para os usuários do SUS; divulgação midiática das ações, programas e serviços.</p> <p><u>Diretriz 13: Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para Saúde Mental, deficiência e dependência química = 13 propostas</u></p> <p><u>Palavras-Chave:</u></p> <p>Flexibilizar os critérios de base populacional para implantação dos serviços de saúde mental (CAPS); campanhas publicitárias de esclarecimento sobre saúde mental, por meio da mídia; Criar um Fundo Nacional de Reabilitação para usuários de drogas; Efetivar as políticas de saúde dirigidas a pessoas portadoras de necessidades especiais nas deficiências: física, motora, auditiva, visual, transtorno mental, entre outras.</p> <p><u>Diretriz 14: Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador = 4 propostas</u></p> <p><u>Diretriz 15: Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o Cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as) = 3 propostas</u></p> | <p><u>14 Diretrizes Gerais (continuação):</u></p> <p>Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.</p> <p>Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p> <p>Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p> <p>Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.</p> <p>Incorpora-se 2 diretrizes transversais que fazem interface com este Plano Nacional de Saúde:</p> <p>a) Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.</p> <p>b) Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.</p> |
| OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: | |
| <p>O caráter “enxuto” do PNS 2012-2015 não chega a contemplar proposições de caráter ampliado que constam no relatório da 14ª CNS. Porém, ao ser promovida uma avaliação das Conferências Nacionais anteriores e realizada uma síntese no capítulo da “Análise Situacional” do Plano, tratando do diagnóstico situacional ou “linha de base” para a formulação de diretrizes, objetivos e metas, são atendidas áreas da política pública que não exclusivamente da esfera de responsabilidade do SUS, inclusive transversais.</p> | |

FONTE: Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Plano Nacional de Saúde (2012 a 2015) disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

A última Conferência Nacional em foco neste estudo, em sua 14ª edição (2011), destacou a importância da defesa do SUS como patrimônio do povo brasileiro, reforça as discussões anteriores de conexão entre as políticas públicas, sobretudo no campo da Seguridade Social. O tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro” foi discutido por cerca de quatro mil pessoas, sendo 2.937 delegados e 491 convidados, em cinco dias de intensa reflexão que geraram 343 propostas oriundas de cada um dos 17 grupos de trabalho desse fórum.

No relatório da 14ª CNS fica destacada a mobilização ocorrida nas etapas anteriores ao evento, constituída de “4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 27 estados brasileiros, o que significa a realização de 78% do total de conferências esperadas” (BRASIL, 2012, p. 9).

Duas características importantes foram ressaltadas pelos que fazem parte da Rede Humaniza SUS, sendo o caráter de não inclusão de novas propostas na etapa nacional, respeitando as proposições advindas das conferências estaduais e municipais; outro destaque foi para a publicação, ao final do evento, da “Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira”, iniciativa inédita até então em evento dessa natureza, mesmo havendo questionamentos quanto à validade do documento em representar democraticamente os interesses da sociedade ali representada, em face deste ato não constar no regimento aprovado para a conferência. (Fonte: Rede Humaniza SUS. Disponível em <http://www.redehumanizausus.net/12365-participacao-na-14-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em 17 mar 2013).



Figura 13. Plenária de aprovação do Relatório Final da 14ª CNS (2011).
FONTE: Acervo CNS

Em se tratando do PNS 2012-2015, o Ministério da Saúde destaca a importância do acúmulo de experiência adquirida na planificação sanitária ao longo dos anos de implantação do SUS, de acordo com o teor de sua apresentação no documento:

Ao longo dos últimos cinco anos, o SUS acumulou experiência de planejamento, com base no fortalecimento e aperfeiçoamento de sua lógica federativa e no reforço do controle e participação social. Este plano está estruturado em 14 diretrizes, que compreendem as ações estratégicas e os compromissos para o setor, tendo sido discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS), incorporando 2 diretrizes transversais que fazem interface com o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, p. 4).

O plano em referência possui a estrutura mais sintética em relação às edições anteriores, pois apresenta apenas um objetivo geral e 14 macrodiretrizes somadas com duas diretrizes transversais que tratam da interface entre o SUS e outras políticas públicas. O detalhamento de cada diretriz é alcançado a partir de metas, descritas em formulações-síntese das intenções da gestão para o quadriênio em vigência.

É importante destacar que ocorreram mudanças nesse momento, pois entre 2011 e 2012 há uma alteração na estrutura organizativa do Ministério da Saúde e a coordenação do processo de planejamento do SUS migra da Secretaria Executiva – SE para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, deixando de existir a formação anterior, caracterizada como PlanejaSUS, apesar de ainda continuarem em vigor as formulações técnicas e incentivos financeiros de apoio com a titulação original, sem quaisquer alterações de denominação.

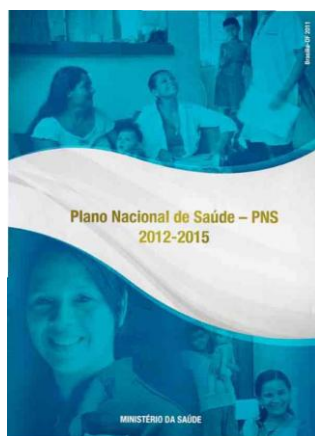


Figura 14. Plano Nacional de Saúde (2012-2015).

FONTE: Acervo da Biblioteca Virtual do MS. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/alerta_eletronico/2012_03/2012_03_mon_01.php

Em síntese, analisando-se o conjunto dos documentos aqui postos em evidência para investigação, podem ser consideradas as nuances que aproximam as formulações, assim como, elementos que revelam distanciamentos entre os seus processos, ritos, focos de prioridades e atores envolvidos.

Não se pode deixar de considerar o processo político de transição para o regime democrático no Brasil pós-regime militar (1964 – 1985), no qual se identificam experiências de “modelo minimalista de democracia representativa” adotado no País entre meados dos anos 1970 até a segunda metade dos anos 1980 (GUIMARÃES, 2008, p. 25).

Germano (2011) e Guimarães (2008) são enfáticos em analisar criticamente o processo de redemocratização no País, fazendo referência ao período do Governo Geisel (1974 – 1979) no qual a transição deveria se dar de forma “lenta, gradual e segura” pautado por acordos e ajustes intra-elites dominantes.

Nesse ritmo, os autores comentam a morosidade em que se deu a abertura à contestação por parte da sociedade em meio ao processo conhecido também como de “distensão política” no qual os mecanismos de repressão praticados pelo Estado, representado por sua classe dominante, já manifestavam diminuição de intensidade (GERMANO, 2011; GUIMARÃES, 2008).

É nesse momento que os movimentos populares de característica múltipla (movimento dos trabalhadores sem-terra, sindicatos, organizações estudantis, dentre outros) se diversificam e provocam o fortalecimento da sociedade civil, considerando também, que ganhava projeção e força a classe empresarial, fruto do processo de acelerada e contínua industrialização e urbanização, denotando avanço no modo de produção e acumulação capitalista no Brasil (GERMANO, 2011; GUIMARÃES, 2008).

Essa diversificação social é apontada também noutras análises que evidenciam os conflitos de interesses que estavam se cristalizando num cenário de crises internas ditadas por problemas como concentração de renda, pobreza extrema, desigualdades regionais que fugiam ao controle da burocracia de Estado, tecnocrática, corporativista e autoritária, situação na qual a sociedade civil não encontra canais de representação (SPINELLI, 1997).

Spinelli (1997) também assinala que a legitimidade do governo, à época, sofria com a oposição ao regime por parte de grupos diversos como hierarquia da igreja, imprensa, elites capitalistas, dentre outros.

A real consolidação da democracia trilhava árduos caminhos para efetivar de forma contra-hegemônica aos modelos adotados pela estrutura política em curso no País ao longo da história, considerando ainda o interesse do grupo dirigente em realizar uma distensão que resultasse em democratização nada efetiva, em função das medidas que se pretendia adotar, revestidas de caráter meramente paliativo (GUIMARÃES, 2008).

Guimarães (2008, p. 39) aborda ainda a qualidade da participação, em se tratando de experiência participacionista nos organismos do Controle Social do SUS, com fundamento na crítica à concepção minimalista de democracia no qual “o problema da representação se coloca a partir do um hiato que se cria entre representantes e representados”.

Analisando o desenvolvimento das políticas públicas, especialmente o caso da política educacional, Offe (1990) critica a situação em que a transformação política nem sempre alcança o ideal planejado, pois a definição das finalidades por vezes se encontra fora da perspectiva dos atores sociais em jogo.

O referido autor chama a atenção para considerações importantes (OFFE, 1990, p. 12):

O ponto de partida de tal análise não são as intenções estratégicas dos indivíduos e grupos, mas os problemas estruturais e funcionais que resultam da constituição e organização concretas do sistema social como um todo e da forma como ele se reproduz.

Essa via de análise cabe também no caso da planificação do Setor Saúde, quando numa verificação crítica, o “método de feitura das políticas sociais” assume a característica na qual o Estado busca “incessante legitimação” (GERMANO, 2011, p. 213).

O autor vai mais além e reforça que o conteúdo das políticas sociais traçadas pelo Estado, possui regras formais, mesmo que ocultas, que determinam metas e problemas que integrarão a agenda do sistema político, determinando também, os temas potenciais e suas respectivas soluções, caracterizando possíveis tensões entre sociedade civil e sociedade política (OFFE, 1975 *apud* GERMANO, 2011, P. 213).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elencados os elementos-chave da discussão desta pesquisa, cabem algumas considerações quanto ao delineamento do conjunto de informações que se entrelaçaram ao longo desse percurso.

Com efeito, no setor saúde se avançou na construção de uma lógica de planejamento e organização do sistema calcada na participação democrática, com garantias constitucionais e formatação de espaços que vem se consolidando ao longo das últimas duas décadas.

A institucionalização dos conselhos e conferências, existentes desde a década de 1940, representa um avanço no quesito da participação social, pois legitima esses espaços como indispensáveis ao funcionamento e inclusive o financiamento do sistema de saúde nas esferas administrativas de gestão por entes federados.

Dessa forma são assinalados os **mecanismos horizontais** (instâncias institucionais de controle e avaliação) e **verticais** (aqueles através dos quais os cidadãos exercem controle sobre as ações do governo) do exercício desse direito republicano de penetrar na política pública (PRZEWORSKI, 1989).

De fato, Bresser Pereira, em entrevista concedida à Revista Gestão Pública & Desenvolvimento na edição de Junho de 2009 (p.5), clarifica o entendimento dessa questão dos “direitos republicanos”:

[...] no século XVIII, apareceram os direitos civis (ou seja, o direito à propriedade e à liberdade); no final do século XIX, os direitos políticos (o direito de votar e ser votado); e, durante o século XX, foram conseguidos os direitos sociais – o direito à saúde, a uma velhice segura, à educação. [...] Está surgindo um quarto direito, desde o último quartel do século XX, que eu chamo de “republicano” – que é o direito que cada cidadão tem de que o patrimônio público seja utilizado para bens públicos e não capturado por capitalistas que obtêm vantagens imerecidas do Estado.

Nessa tônica de representação social nos fóruns das conferências, destaca-se o seu caráter consultivo como expressão da participação horizontal, nessa análise, sendo pouco expressiva para o exercício de uma formulação mais concisa e madura para orientar os diversos recortes da política do setor.

Ao se verificar o período e formato em que se processam as conferências, no tempo limite de até quatro anos, nota-se que as etapas municipais e estaduais dessas plenárias são desenvolvidas durante aproximadamente um semestre, ou tempo inferior, visando sua contribuição para a etapa nacional. Algumas conferências no âmbito municipal ocorrem em apenas um dia, ou tempo menor que esse.

Até mesmo a Conferência Nacional tem pouco mais que quatro dias para o seu efetivo cumprimento, sendo reprocessadas as discussões advindas das iniciativas locais, numa espécie de mecanismo em cascata, ascendente, além de adicionar outras proposições que sejam formuladas pelos participantes e eleitas pelos delegados, em conformidade com o regimento aprovado ao início de todo o processo de discussão nacional.

Com tão pouco tempo para processamento de ideias que possam vir a transformar a realidade do sistema de saúde, corrigindo falhas e ensejando novas oportunidades de sua consolidação, esses eventos, as Conferências de Saúde, necessitam de contínua vigilância dos Conselhos de Saúde para efetivar o SUS, no modelo que defende a Reforma Sanitária. O caráter permanente e deliberativo dos conselhos traduz sua importância nesse aspecto.

Percebe-se no teor de algumas propostas, mesmo no âmbito nacional, que em alguns aspectos, são formulações genéricas, desprovidas de análise mais sucinta quanto a sua viabilidade técnico-política, trazendo fragilidade no quesito da concretude que se necessita para as mudanças a serem operadas no sistema, com execução pelos órgãos gestores e monitoramento/avaliação pelos organismos do Controle Social (Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde) e do Controle Externo (Ministério Público, Tribunais de Contas, Controladorias, dentre outros).

Esse pensamento remete ao caráter extremamente tecnicista em que está assentado o processo de planificação, desde a apropriação da metodologia e até mesmo na linguagem disciplinada pelos “manuais” que, numa terminologia moderna, tutoriam formas de construir os cenários favoráveis mediante a elaboração dos planos de intervenção. Um exemplo disso é a existência de processos de capacitação e materiais instrucionais voltados para essa dinâmica, voltados para profissionais de saúde, gestores, conselheiros, membros dos movimentos sociais e até membros de órgãos do Controle Externo.

Aprofunda-se assim, a divergência, quando a ritualização e tecnificação do processo estão em evidência, em detrimento do verdadeiro sentido, a construção e viabilização da política, ou “das políticas”. Nesse aspecto, dá-se mais valor à forma que ao conteúdo, preenche-se de expectativas a edificação do corpo da formulação teórico-operacional e pouco se considera a substância e a essência por ela afetada. A prática eminentemente instrumental do planejamento mistifica e confere rigidez.

Torna-se particularmente difícil alinhar Plano Plurianual de Ações, numa linguagem de cunho orçamentário-financeiro, com Termo de Compromisso de Gestão e outros instrumentos típicos do setor saúde, centrado numa lógica de direção dos sistemas de saúde e de resolução dos seus problemas estruturais e de alcance de objetivos estratégicos, com as recomendações oriundas das discussões das conferências.

Outro ponto importante de sua análise está na afirmação que é na reunião entre as pessoas que vem a tona o discurso e a ação, revelando assim os seus agentes. O fato de discutir proposições para a política de saúde, orientando e dirigindo os atos do administrador público traz consigo intencionalidades. No momento da conferência se desvendam e se desvelam as pessoas, sujeitos individuais e coletivos, como também se projetam as vontades e aspirações sociais, de forma legítima e legal. Os interlocutores nesse processo dialógico atuam num contexto em que a palavra não prescinde da ação. A desconexão entre ambos pode alimentar as divergências.

As próprias formulações de Carlos Matus (1991) consideram que o planejamento não é e nem pode ser determinístico, em função das incertezas, da condição imperativa do “pode ser” em detrimento do “vai ser”. Daí a ideia de plano como aposta e cálculo, no qual existem jogadores que se digladiam em lados opostos e manifestam interesses distintos, cabendo o diálogo, a negociação e o consenso.

Há um desafio claro na harmonização do processo de planificação e orçamentação pública nas três esferas de governo, que não sintonizados, prejudicam a ascendência do planejamento defendida nas normas e na concepção ideológica do SUS, pois a temporalidade presente no calendário proposto para alinhamento entre esses instrumentos de gestão (Plano de Saúde e PPA) favorece exatamente o oposto, ou seja, as políticas terminam por se alinhar às diretrizes ditadas pela alocação dos recursos orçamentários e financeiros, tornando as proposições no campo sanitário, bem como de outras políticas sociais, subjacentes aos interesses de natureza econômica .

O exercício da democracia participativa com inserção direta nas representações dos Conselhos e das Conferências de Saúde é marcado por situações que envolvem contradições, pois se constitui de espaço plural com representação de distintos segmentos sociais. A pouca visibilidade dessas instâncias de controle do SUS perante a sociedade e o incipiente estímulo à participação, no qual, muitas vezes, os gestores impõem barreiras ao livre trânsito no processo, desde a concepção das políticas até a prestação de contas das ações do sistema. Esse cenário denota pouco espaço de convergências.

Mesmo com tensões e conflitos são identificadas aproximações entre os documentos aqui analisados, pois emergem dos segmentos representados nos fóruns de discussão da política setorial (profissionais de saúde, usuários do sistema e gestores/prestadores), aspirações comuns quanto à consolidação do SUS em um ou outro aspecto. O acesso ampliado às ações e serviços, a transformação do modelo assistencial, a intersetorialidade das políticas públicas e o financiamento do setor são exemplo de tendências harmônicas entre o que se declara nos PNS e nas CNS.

Porém, há que se considerar que o critério da representatividade condiciona a defesa de opiniões, interesses e prioridades, mais precisamente essas últimas, em relação ao que se propôs analisar, evidenciando a possibilidade das tendências divergentes no equacionamento entre diversas propostas oriundas de diferentes segmentos.

Essas reflexões sugerem que o diálogo entre as proposições que emanam das reivindicações sociais e as intenções declaradas nas propostas construídas, coordenadas e conduzidas pelo Estado ocupam um palco de disputas e uma arena de lutas diuturnas.

Um quarto de século após a implantação dessa complexa política pública a tessitura do cenário ainda se encontra em franca construção, com acordes harmônico-dissonantes, fruto do palco-arena, espaço de lutas que configura a necessidade de múltiplos atores sociopolíticos, destacando os movimentos sociais, em sua mais diversa composição, as estruturas governamentais e sem dúvida, a Academia.

Não tendo a pretensão de representar o desenho geral da situação e visão única da realidade, essas últimas considerações aqui delineadas, remetem ao campo das expectativas, em que, credulamente, apoiados no processo histórico desencadeado, tenha-se no porvir, uma margem fértil de experiências transformadoras da realidade.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. H. *“How Bad Is BAD Taxation? Disintermediation and Illiquidity in a Bank Account Debits Tax Model”*, mimeo. Madison: University of Wisconsin – Madison, 2001.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação OswaldoCruz, 1993.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Pactos pela Saúde. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.229, de 24 de maio de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.985, de 1º de dezembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Termo de compromisso de gestão federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde na reunião de 4 de agosto de 2004 e publicado no Diário Oficial da União em dezembro subsequente (Portaria Nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004). Brasília, 2005.

_____. Sistema de Planejamento do SUS. Documento construído e revisto em Oficinas Macrorregionais com os profissionais que atuam em planejamento nas três esferas de gestão do SUS, realizadas em out/nov-2005 e em mar/abr-2006. Brasília, 2006. 52p.

_____. Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990a).

- _____. Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990b).
- _____. Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1992.
- _____. Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1986.
- _____. Relatório da X Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1998.
- _____. Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2002.
- _____. Relatório da XII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2004.
- _____. Relatório da XIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2008.
- _____. Relatório da XIV Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2011.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18).
- CASTRO, J. L. Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal: UFRN (Tese de Doutorado), 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 333 de 04 de novembro de 2003.
- FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- GERMANO, J. W. Estado militar e educação no Brasil (1964-1985). São Paulo: Cortez; Unicamp, 2011.
- _____. Globalização, reestruturação do Estado e políticas neoliberais. In Revista Vivencia, Natal, v. 11, n1/2, 1997.
- _____. A transformação da questão social e a educação. In: BAGNATO, Maria Helena Salgado et al. (Orgs). Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea, 1999. p. 111 – 132.
- GUIMARÃES, A. A. M. . Democracia possível: Espaços institucionais, participação social e cultura política. 1. ed. Campinas: ÁTOMO E ALÍNEA, 2008. v. 1. 118p.
- GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 6 (2): 129-153 abr/jun, 1990.
- LAFER, B. M. Planejamento no Brasil, São Paulo-SP, Editora Perspectiva, 1970.

MATUS, C. O Plano como Aposta. São Paulo em perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991.

_____. Estrategia y plan. Mexico: Siglo Veintiuno Editores; 1993a.

_____. Política planejamento & governo. Brasília: IPEA; 1993b.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In E Gallo (org.) Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo (tradução do francês: Eliane Lisboa). — Porto Alegre: Sulina, 2006.120 p.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-2.pdf. Acesso em 03mai2012.

OFFE, C. Capitalismo desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política. São Paulo, Brasiliense, 1989.

_____. Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

PAIM, J. Planejamento em saúde para não especialistas In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.767-782, tab. (Saúde em debate, 170).

PEREIRA, L. C. B. (org.) Sociedade e Estado em Transformação. Unesp, S. Paulo, 2001.

_____. Reforma do Estado Para a Cidadania. Editora 34 ENAP, DF, 2002.

_____, A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2008.

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

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em 03maio2012.

PRZEWORSKI, A. Capitalismo e social-democracia. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SANTOS, B. S. O discurso e o poder: ensaio sobre a sociologia da retórica jurídica. Porto Alegre, Fabris, 1988.

_____. A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política. Porto: Afrontamento, 2006.

_____. Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social. São Paulo: Boitempo. 2007

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local. In: MENDES, E. V. (org.). Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Brasília, OPS/Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde/ Representação do Brasil, 1994. p. 19-44.

SCHRAIBER, L.B. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):221-242, 1999

TEIXEIRA, C.F. Epidemiologia e planejamento de saúde *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):287-303, 1999.

_____. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências / Carmen Fontes Teixeira (organizadora). Salvador: EDUFBA, 2010.

TESTA, M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 226p.

_____. Pensamento estratégico e lógica da programação. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.

TOSCANO, G. Extensão universitária e formação cidadã: a UFRN e a UFBA em ação. Natal, RN, 2006 (Tese de Doutorado em Ciências Sociais – Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

WANDERLEY, L. E. O Plano Trienal (1963-1965) e o desenvolvimento no Brasil. São Paulo: Tese de mestrado apresentada ao departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1972.



7. ANEXO

Tabela 5. Análise comparativa das formulações das Conferências Nacionais de Saúde (12^a à 14^a) e sua correspondência com os Planos Nacionais de Saúde (2003 a 2015).


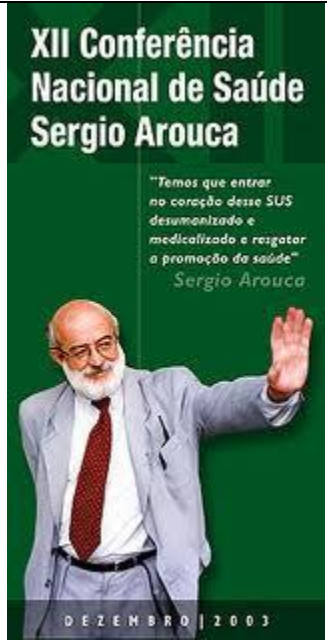
Tabela 5. Análise comparativa das formulações das Conferências Nacionais de Saúde (12ª à 14ª) e sua correspondência com os Planos Nacionais de Saúde (2003 a 2015)

| 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004 A 2007 | | |
|---|---|--|
| DIRETRIZES E EIXOS DA CNS | DIRETRIZES, EIXOS E METAS DO PNS | OBSERVAÇÕES |
| 12ª CNS (2003) | PNS 2004 A 2007 | |
| <u>Eixo Temático 1 – Direito à Saúde – 44 diretrizes gerais</u> | 1. Em relação às linhas de atenção à saúde | |
| <p>1. Defender a soberania nacional.</p> <p>2. Resguardar o papel mantenedor da seguridade social.</p> <p>3. Exigir o cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29/00 (EC 29/00).</p> <p>4. Assegurar políticas sociais amplas (alimentação saudável e adequada, emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia, a um meio ambiente saudável, educação e lazer), articulando-as com as políticas de saúde, assistência social e previdência).</p> <p>5. Defender a democratização com maior participação política da população, com a garantia de respeito à diversidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiência e orientação religiosa.</p> <p>6. Garantir o acesso aos documentos básicos que asseguram os direitos de cidadania plena, tais como certidão de nascimento, prontuários e o Cartão Nacional de Saúde.</p> <p>7. Criar ou fortalecer ouvidorias públicas, centrais de denúncia, comissões, Conselhos de Saúde, integradas com Legislativo e Judiciário e o Ministério Público.</p> <p>8. Criar e garantir acesso aos cidadãos a promotorias de justiça e/ou centros de apoio operacional especializados na área da Saúde, bem como de delegacias de polícia especializadas em crimes relativos à saúde.</p> <p>9. Aprovar o código de defesa do usuário do SUS, no Congresso Nacional, incentivando a formação de fóruns de discussão sobre o mesmo, com ampla divulgação e participação dos trabalhadores.</p> | <p>Qualificação e humanização na atenção à saúde.</p> <p>Expansão e efetivação da atenção básica de saúde.</p> <p>Reorganização da atenção hospitalar.</p> <p>Reorganização da atenção ambulatorial e atendimento de urgências e emergências.</p> <p>Reorganização da atenção de alta complexidade.</p> <p>Implementação do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p>Efetivação da política nacional de assistência farmacêutica.</p> <p>Implantação de farmácias populares.</p> <p>Implementação da suficiência nacional em imunobiológicos, hemoderivados, fármacos e insumos estratégicos.</p> <p>Ampliação das ações de regulação de mercado.</p> | <p>A 12ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em Brasília no período de 07 a 11 de dezembro de 2003, tendo como tema “A saúde que temos, o SUS que queremos”, denominada Conferência Sérgio Arouca, em homenagem a esse grande sanitarista brasileiro. Teve a participação de aproximadamente 4 mil pessoas, sendo 3 mil delegados e cerca de mil observadores.</p> <p>Dos grupos de discussão, resultaram 900 emendas e mais de 4.000 destaques que deveriam ser votados em apenas dois dias.</p> <p>Representou grande avanço no sentido da participação popular, bem próximo ao que ocorreu na 8ª Conferência.</p> <p>Traz uma profusão de propostas de diversas áreas da política pública, uma vez que, tratava-se de um pensar coletivo no sentido de obter ganhos no que preconiza o SUS em toda sua amplitude.</p> <p>O PNS 2004-2007 foi a primeira formulação do Ministério da Saúde enquanto documento que explicita a Política Nacional de Saúde em período quadrienal, pois a legislação de base até o momento (Lei nº 8.080/1990) fazia referência a Planos Quinquenais de Investimento na rede de serviços de saúde. Não havia até então orientação normativa ou metodológica para a construção dos planos nesse novo formato.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>10. Aprovar no Congresso Nacional o Código Nacional de Saúde, incentivando a formação de fóruns de discussão sobre o mesmo, com ampla divulgação de sua produção.</p> <p>11. Assegurar o cumprimento da Constituição Federal (título VIII, capítulo II, seção II) que determina: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”.</p> <p>12. Efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) com atendimento humanizado em conformidade com a Resolução n.º 287/98 do Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>13. Reafirmar o papel central do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de suas respectivas atribuições.</p> <p>14. Efetivar, por intermédio do SUS, a qualidade na atenção integral à saúde no sistema prisional.</p> <p>15. Ampliar e implementar políticas públicas afirmativas, inclusivas e de combate a preconceitos, em particular as ações sociais do governo na área da Saúde.</p> <p>16. Garantir o acesso da população indígena às ações de promoção, prevenção e demais serviços de saúde, respeitando a diversidade cultural e as tradições.</p> <p>17. Ampliar os Sistemas de Informação, incentivar a implantação de sistemas descentralizados de geoprocessamento em saúde.</p> <p>18. Definir e implementar uma política de Reforma Agrária que inclua a atenção integral à saúde.</p> <p>19. Garantir ações de combate ao tabagismo, ao alcoolismo e a outras dependências químicas.</p> <p>21. Criar varas especializadas em Direito à Saúde com o objetivo de julgar as ações decorrentes do descumprimento das leis.</p> <p>22. Garantir às pessoas com deficiência e com necessidades específicas ações preventivas, de diagnóstico e intervenção precoce, reabilitação por equipe interprofissional, conforme a Resolução n.º 287/98 do CNS.</p> | <p>2. Em relação às condições de saúde</p> <p>Estruturação da vigilância ambiental em saúde SUS.</p> <p>Prevenção e controle das doenças imunopreveníveis</p> <p>Prevenção e controle da malária, da dengue e outras doenças transmitidas por vetores.</p> <p>Prevenção e controle da AIDS e outras doenças sexualmente transmitidas.</p> <p>Controle da tuberculose e eliminação da hanseníase.</p> <p>Prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis.</p> <p>Prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis.</p> <p>Promoção da equidade na atenção à saúde da população negra.</p> <p>Promoção da saúde da população indígena as suas especificidades.</p> <p>Implementação de política de saúde para a população do campo.</p> <p>Adoção de linhas de cuidado na atenção integral à saúde da criança.</p> <p>Promoção da saúde do adolescente e jovem de forma articulada com outras políticas intersetoriais.</p> | <p>O PNS foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 4 de agosto de 2004 e publicado em Portaria ao final do mesmo ano (Portaria BM/MS n.º 2.607 de 10 de dezembro de 2004), sua construção teve como referência as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003 e o Plano Plurianual – PPA do mesmo período.</p> <p>Traz uma forte vinculação com as políticas específicas da Saúde Pública, caracterizada por um viés mais assistencial (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade) com algumas ações de prevenção (fortalecimento das “vigilâncias”) e menos incorporador de ações de promoção da saúde e qualidade de vida, que pressupõem íntima relação transetorial.</p> <p>Apesar disso, novidades foram trazidas para a Política de Saúde nos anos vindouros, a exemplo da edição do Pacto pela Saúde, fruto de processo de pactuação intensa nos anos de 2004 e 2005, sendo publicado na Portaria GM/MS n.º 399/2006. Desse ato normativo derivam as outras normas que regulamentam o SUS até os dias atuais.</p> <p>Um avanço no sentido de modelo de atenção é a publicação de inúmeras portarias enfocando a promoção da saúde, a educação permanente, a gestão estratégica e participativa, dentre outras.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>23 e 24. Assegurar o cumprimento do artigo 7º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, e demais artigos relacionados à saúde, garantindo a sua implementação, conforme a Resolução n.º 287/98 do CNS.</p> <p>25 e 26. Implementar a Política de Saúde do Idoso.</p> <p>27 a 32. Garantir políticas públicas integrais para pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites crônicas virais (HCV), contemplando a garantia de direitos.</p> <p>33 e 34. Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva, respondendo as especificidades de saúde das mulheres.</p> <p>35. Instituir, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra.</p> <p>36. Garantir a acessibilidade universal às pessoas com deficiência, de acordo com as normas da ABNT.</p> <p>37. Recomendar políticas de incentivo aos empresários que contratarem pessoas acometidas de doenças crônicas e/ou degenerativas, com deficiências físicas, ou transtornos psíquicos.</p> <p>38. Recomendar ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de ações de “Justiça Terapêutica”.</p> <p>39. Realizar Conferência Nacional sobre Sistema Prisional, em 2004.</p> <p>40. Implementar ações de atenção à saúde do trabalhador em todos os estados e municípios, com implantação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST).</p> <p>41. Realizar a Conferência Nacional da Criança e do Adolescente com a atenção especial à Saúde Mental.</p> <p>42. Garantir a regionalização do Programa de Anemia Falciforme (PAF).</p> <p>43. Assegurar o direito de ir e vir dos portadores de agravos que acarretam dificuldade no uso do transporte público regular.</p> <p>44. Garantir à população que reside e/ou trabalha no campo acesso às ações e serviços de saúde.</p> | <p>Promoção da atenção integral à saúde da mulher.</p> <p>Promoção da atenção à saúde do idoso voltada qualidade de vida.</p> <p>Promoção da saúde do trabalhador com melhoria das condições de vida e da atenção à saúde.</p> <p>Consolidação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência.</p> <p>Implementação da atenção à saúde da população prisional.</p> <p>Promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição.</p> <p>Ampliação da atenção em saúde mental.</p> <p>Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal.</p> <p>Redução da morbimortalidade por acidentes e violências.</p> <p>3. Em relação à gestão em saúde</p> <p>Qualificação e humanização na gestão do SUS.</p> <p>Aperfeiçoamento da gestão descentralizada e regionalização do SUS.</p> <p>Revisão da lógica de alocação de recursos na direção do estabelecimento de compromissos e metas de saúde e de gestão.</p> |  <p>Logomarca da 12ª CNS. (FONTE: Acervo CNS)</p>  <p>Antônio Sérgio da Silva Arouca (FONTE: Acervo) FIOCRUZ</p> |
|---|---|---|

| | | |
|--|---|--|
| <p><u>Eixo Temático 2 - A Seguridade Social e a Saúde – 54 diretrizes em 04 linhas de ação e 1 macrodiretriz geral</u></p> | | |
| <p>1. Garantir processo da reforma tributária que fortaleça a Seguridade Social nas três esferas de governo. 2. Manter os atuais ministérios da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, garantindo-se o Orçamento. 3. Dar caráter intersetorial às ações da seguridade social (saúde, assistência social, previdência). 4. Construir, aprimorar e utilizar indicadores sociais e do setor da Saúde que permitam avaliar as iniquidades. 6. Prover a reforma agrária, com a titulação e homologação das terras com controle social. 7. Garantir a participação da comunidade na discussão dos critérios de inclusão das famílias e indivíduos a serem beneficiados com os programas sociais, assegurando a divulgação dos critérios. 8. Garantir que as ações de cidadania dos programas descontínuos, pontuais ou “campanhistas” 12. Assegurar que os recursos próprios da seguridade social (COFINS, CPMF, loterias, 50% do Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito, Salário Educação, contribuições obrigatórias do INSS) não sofram qualquer tipo de contingenciamento.</p> <p>Controle Social:</p> <p>13. Garantir que o controle social e a participação dos diversos segmentos da sociedade sejam fortalecidos em todas as áreas do Sistema de Seguridade Social. 14. Reativar o Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS) implantando-se o conceito de seguridade consagrado na Constituição de 1988. 17. Definir o percentual de no mínimo 5% do orçamento da União, dos estados e dos municípios para a assistência social.</p> | <p>Regulamentação da Emenda Constitucional 29.</p> <p>Aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS.</p> <p>Estabelecimento e implementação de código de defesa dos usuários do SUS.</p> <p>Consolidação do processo de reforma sanitária no País.</p> <p>Implementação de práticas de gestão participativa.</p> <p>Fortalecimento da gestão do trabalho no SUS.</p> <p>Implementação da educação permanente e da qualificação profissional no SUS.</p> <p>Instituição e operacionalização do serviço civil profissional em saúde.</p> <p>Construção de rede de informações para a gestão do SUS e a atenção integral à saúde.</p> <p>Difusão do conhecimento em saúde.</p> <p>Construção da consciência sanitária da população.</p> <p>Monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros despendidos pelo SUS.</p> <p>Fortalecimento da atuação internacional do SUS.</p> | <p>No campo do financiamento, sempre presente nas discussões de plenárias do controle social e noutros espaços, a regulamentação da Emenda 29 é item evidente por se tratar de questão crucial para a concretização da política sanitária.</p> <p>Destaca-se a publicação da Portaria GM/MS nº 204/2007 que trouxe a viabilidade da aplicação financeira em blocos reservados para macroações (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e logo mais, em 2008, Investimento na rede de serviços). A dinâmica dos blocos permitiu mais flexibilidade na execução financeira do SUS, porém ainda não houve significativo avanço na alocação de montantes.</p> <p>As propostas que tratam de questões inter ou transeitoriais pouco tem expressão no plano e menos ainda concretude na execução das políticas.</p> <p>Em relação à seguridade social também pouco se enxerga de identidade entre conferência e plano de saúde. Também há pouca referência sobre conquistas nesse campo, advindas de ações combinadas entre as áreas que integram o conjunto das políticas de proteção social.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Previdência Social:</p> <p>23. Garantir que a Previdência Social tenha como objetivo a distribuição equitativa de renda e o combate à exclusão social.</p> <p>24. Promover a reforma de todo o sistema previdenciário do País, de forma progressiva e equitativa.</p> <p>25. Estabelecer que as ações de saúde do trabalhador executadas pela Previdência sejam atribuídas ao SUS.</p> <p>26. Agilizar e desburocratizar os sistemas de documentação para a concessão de aposentadorias e outros benefícios previdenciários.</p> <p>36. Alterar a contribuição dos trabalhadores autônomos de 20% para 5% do salário mínimo.</p> <p>37. Estabelecer a contribuição voluntária individual para o INSS, de pessoas desempregadas ou sem ocupação definida.</p> <p>38 e 39. Garantir que os recursos da seguridade social cubram o pagamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), estendendo para as famílias com duas ou mais pessoas com deficiências e com filhos menores de 18 anos.</p> <p>41. Criar campanhas de esclarecimento, estimulando os trabalhadores informais a contribuir para a Previdência.</p> <p>43. Buscar meios para que os ministérios da Previdência e do Trabalho estendam o período de licença e do auxílio-maternidade para seis meses.</p> <p>45. Incluir automaticamente no Sistema de Assistência Social as pessoas com deficiências, necessidades especiais e os idosos com mais de 65 anos, sem considerar renda per capita.</p> <p>46. Rever a obrigatoriedade da contribuição previdenciária dos órgãos públicos nas contratações de trabalhadores.</p> | <p>4. Em relação ao setor saúde</p> <p>Ampliação da cobertura dos serviços de saneamento ambiental.</p> <p>Destinação adequada dos resíduos sólidos urbanos.</p> <p>Construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.</p> <p>Regulação da incorporação de tecnologias em saúde.</p> <p>Fomento ao desenvolvimento tecnológico.</p> <p>Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes.</p> <p>Defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.</p> <p>5. Em relação ao investimento em saúde</p> <p>Elaboração e implementação de Plano Nacional de Investimentos em Saúde.</p> <div data-bbox="896 1061 1310 1220" style="text-align: center;">  <p>Caderno 4 - PlanejaSUS: Avaliação do desempenho do PNS 2004-2007 Clique para baixar (385Kb)</p> </div> <p>Documento do MS/PLANEJASUS, contendo a avaliação do PNS 2004 a 2007. (FONTE: MS/PLANEJASUS)</p> | <div data-bbox="1579 228 1904 869" style="text-align: center;">  </div> <p>Cartaz promocional da 12ª CNS</p> <p>Homenagem ao médico sanitário e ex-presidente da Fiocruz Sérgio Arouca, falecido aos 61 anos de câncer em 2 de agosto de 2003.</p> <p>Arouca recuperou o prestígio da Fundação no campo da pesquisa científica e do desenvolvimento tecnológico, o que a notabilizou por ter sido a instituição de ponta na formulação e discussão da política brasileira de saúde. Arouca presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a primeira que conclamou o usuário a debater o tema. Neste período foram realizadas pré-conferências em todos os estados. Os resultados da Conferência subsidiaram o texto da saúde na Constituição Federal, em 1988 (FONTE: FIOCRUZ).</p> |
|--|---|--|

Atendimento aos Beneficiários da Previdência Social:

- 47. Implantar no Ministério da Previdência Social, em especial no INSS, uma política de humanização, de combate ao racismo e a outras formas de discriminação no atendimento aos trabalhadores.
- 48. Realizar concurso público para todos os profissionais de saúde trabalhando na perícia.
- 49. Constituir equipes multiprofissionais e interdisciplinares para a avaliação da capacidade laboral dos segurados requerentes de benefícios.
- 50. Garantir o encaminhamento à junta médica forense dos diagnósticos médicos questionados pelo segurado.
- 51. Instalar postos de atendimento do INSS também nos municípios com menor população.

Assistência Social:

- 52. Rever os critérios de definição das cotas para programas sociais nos municípios, a partir do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).
- 53. Garantir, por meio de programas de governo, a manutenção de renda e acesso à alimentação aos doentes de tuberculose, hanseníase, hepatites B, C e D, diabetes, doença de Chagas, epilepsias, HIV, HTLV-I e II, hemofilias, anemias falciformes, renais crônicos, pessoas com deficiência, portadores de diabetes tipo I, desde que comprovada a insuficiência de renda para fazer face ao tratamento.
- 54. Criar estratégias de profissionalização e inclusão no mercado de trabalho das pessoas beneficiadas pelos programas assistenciais.



O sistema de Planejamento do SUS foi estruturado durante o período do Governo Lula da Silva, sendo responsável pela “disseminação” da metodologia do Planejamento em Saúde em todo o País.



O ícone do PlanejaSUS traz o dístico “uma construção coletiva”, marcando o momento da criação de uma rede de colaboradores do planejamento em saúde, atrelando aspectos normativos, técnico-metodológicos e recursos financeiros para fortalecimento da Gestão no âmbito local (UF, Distrito Federal e municípios).



Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa - Experiências Exitosas e Trabalhos Acadêmicos - Ministério da Saúde

O Prêmio de Gestão Participativa, com o título de Sergio Arouca, foi instituído pela Portaria GM nº 836, de 2 de junho de 2005.

FONTE: Ministério da Saúde/SGEP

Eixo Temático 3 – A intersectorialidade das ações de saúde – 80 diretrizes distribuídas em 2 linhas de ação específicas e 1 macrodiretriz geral

1. Ampliar a compreensão da saúde no sentido de qualidade de vida.... 2. Assegurar que as políticas sociais e econômicas se orientem pela garantia de uma vida saudável. ... 3. Romper com a prática de políticas setoriais isoladas, garantindo a construção de agendas intersectoriais.

7. Intermediar o financiamento dos serviços de saúde com regulação da assistência da iniciativa privada.

8. Realizar avaliações anuais de impacto das políticas públicas intersectoriais implementadas.

10. Promover a construção compartilhada de conhecimentos, estabelecendo o diálogo entre os diferentes campos dos saberes populares e conhecimentos científicos.

16. Considerar a violência, em todas as suas modalidades, como expressão das iniquidades sociais e assunto prioritário de saúde pública. 20. Formar uma rede de âmbito nacional para a cultura da paz, coordenada pelas diversas instituições governamentais e não-governamentais para reduzir os índices de violência.

17. Incentivar a conscientização da população em relação à importância de diversos setores condicionantes e indispensáveis à saúde 19. Estimular as organizações da sociedade civil a promover ações judiciais coletivas – quando esgotada a possibilidade de solução direta do conflito – para a defesa da saúde e reparação dos danos sofridos.

Articulação Intersectorial das Políticas Públicas:

Intersectorialidade em Políticas Públicas Específicas:



Cadernos do Planejasus
(FONTE: www.saude.gov.br/planejasus)

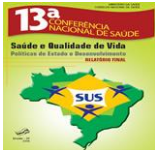


Plenária da 12ª CNS





Dr^a Zilda Arns participando da 12ª CNS em representação à Pastoral da Criança/CNBB.

FONTE: Acervo da Revista Radis. Comunicação em Saúde/ENSP/FIOCRUZ

| 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E PLANONACIONAL DE SAÚDE 2008 A 2011 | | |
|---|--|---|
| DIRETRIZES E EIXOS DA CNS | DIRETRIZES, EIXOS E METAS DO PNS | OBSERVAÇÕES |
| 13ª CNS (2007) | PNS 2008A 2011 |  <p>Cartaz promocional com logomarca da 13ª CNS</p> |
| De modo sintético, têm-se as seguintes proposições: = 998 propostas somadas de formulações das etapas anteriores com outras inéditas, adicionadas de 132 moções aprovadas. | Três macro-objetivos: (1) Condições de saúde da população; (2) Determinantes e condicionantes de saúde e (3) Gestão em Saúde. | |
| Eixo I: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento. = 193 propostas + 89 “inéditas” | Diretrizes do PNS: | Considerada um momento histórico na consolidação do SUS em função da comemoração dos seus 20 anos, a 13ª conferência reuniu cerca de 4.700 pessoas. |
| Palavras-chave: antitabagismo; políticas saúde mental/ dependência química; política ambiental; controle de resíduos sólidos; controle de agrotóxicos; atenção pessoas com deficiência; controle sanitário sobre produtos (ANVISA); melhoria do acesso/acessibilidade aos serviços de saúde; fomento ao emprego; política habitacional; política agrícola/agrária; intersetorialidade e desenvolvimento sustentável; fortalecer a democracia; incentivo à cultura de paz e não violência; proteção à mulher, criança e adolescente; promoção à saúde; políticas afirmativas para segmentos mais vulneráveis; respeito à diversidade; atenção população confinada; assistência às situações de aborto; assistência social aos desabrigados e outras populações sob vulnerabilidade social; monitoramento da qualidade da água de consumo humano; saneamento básico universal; punição para infrações sanitárias; saúde do homem; erradicação do trabalho infantil; ampliação dos mecanismos de financiamento do SUS; fomento à ciência e tecnologia no setor; fortalecimento do controle social, apoio às caravanas da saúde; defesa da seguridade social articulada; saúde do trabalhador; fortalecimento da atenção básica. | <p>1ª. Vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos.</p> <p>2ª. Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.</p> <p>3ª. Aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde.</p> <p>4ª. Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada.</p> <p>5ª. Implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos.</p> <p>6ª. Aperfeiçoamento da assistência no âmbito da saúde suplementar.</p> <p>7ª. Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas.</p> <p>8ª. Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde.</p> <p>9ª. Implementação da ciência, tecnologia e inovação no complexo da saúde.</p> | <p>Segundo informações registradas por entidades representativas dos trabalhadores da saúde e dos movimentos sociais organizados, a 13ª Conferência Nacional de Saúde buscou superar desafios de organização, de conteúdo, de contextualização e de participação de todas as conferências nacionais de saúde, tendo por paradigma o exercício do controle social da política pública de saúde no Brasil.</p> <p>Abordou, sobretudo a intersetorialidade como estratégia de alcance dos objetivos e prerrogativas defendidas pelo SUS, obtendo-se tímidos avanços.</p> <p>Porém, é visível como propostas da conferência anterior (a 12ª) são relançadas com praticamente o mesmo teor.</p> <p>Um dos grandes avanços dessa conferência foi abordar assunto polêmico como a questão do aborto, trazendo ainda as discussões sobre inclusão de políticas nacionais não contempladas no conjunto de metas do Pacto pela Saúde, tais como: Saúde Mental, a questão das hepatites e das DST/AIDS, a atenção às pessoas com deficiência e a Saúde do Homem, incorporados em 2008.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Eixo II: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde</p> | | |
| <p>= 244 propostas + 162 “inéditas”</p> | | |
| <p>Palavras-chave: defesa da reforma sanitária; efetivar saúde como cidadania; responsabilidade sanitária; reforço ao financiamento da vigilância em saúde; interiorização das ações do INSS; redução das iniquidades; CPMF integral para SUS; cumprimento da EC nº 29/2000 – vinculação receita União; reforço à PPI com base locorregional e recomposição de tetos; financiamento da rede hospitalar (HPP); defesa da gestão pública do SUS; vinculação e harmonização dos instrumentos de gestão estatal e específicos do SUS (PPA, LDO, LOA, PDR, PDI); monitoramento e avaliação (M&A) de ações e serviços do SUS; apoiar a adoção de mecanismos de referência/contrarreferência; planejamento ascendente; desprecarização do trabalho no SUS; gestão do trabalho e educação permanente; interiorização das ações do SUS/articulação MEC; regulação assistencial/cartão SUS; concurso público ACS; garantia de direitos previdenciários; apoio matricial ESF/Saúde Mental; Atenção Domiciliar;</p> | <p>10ª. Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS. 11ª. Ampliação e fortalecimento da participação e do controle social. 12ª. Fortalecimento da cooperação internacional.</p> <div data-bbox="974 539 1254 946" data-label="Image"> </div> | <p>Com foco no PNS 2004-2011, ressaltam-se os conflitos em seu processo de construção, uma vez que somente foi aprovado em fins de 2009.</p> <p>São visualizadas praticamente as macrodiretrizes que estão presentes no Pacto pela Saúde, em especial o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) com pouca identidade com as discussões voltadas para a Seguridade Social e outras políticas de relevância para a construção de melhores oportunidades de alcance de saúde com qualidade de vida.</p> <p>Entretanto, destaque-se o avanço e conquistas no âmbito da Vigilância em Saúde que vem sofrer fortalecimento no ano de 2009 com a publicação da Política Nacional com fulcro na Portaria GM/MS nº 3.252.</p> |
| | <p>Plano Nacional de Saúde 2008 a 2011</p> | |
| <p>Eixo III: A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde</p> | | |
| <p>= 78 propostas + 91 “inéditas”</p> | | |
| <p>Palavras-chave: regularização vínculos trabalhistas; transparência ações ANVISA; conferências temáticas; infraestrutura dos conselhos; educação popular em saúde; fortalecer e integrar controle público e social; saúde indígena; plenárias estaduais de conselhos de saúde; implantação de Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (CIST); Ética na Pesquisa em Saúde.</p> | <div data-bbox="913 1042 1317 1270" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">Plenária Final da 13ª CNS (FONTE: Acervo do CNS)</p> | <div data-bbox="1574 1042 1906 1270" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">Plenária da 13ª CNS (FONTE: Acervo do CNS)</p> |

| 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012 A 2015 | | |
|---|--|--|
| DIRETRIZES E EIXOS DA CNS | DIRETRIZES, EIXOS E METAS DO PNS | OBSERVAÇÕES |
| 14ª CNS (2011) | PNS 2012 A 2015 | |
| 343 propostas votadas e aprovadas nos Grupos de Trabalho (GTs) e na Plenária Final. | O PNS orientado por 14 diretrizes a seguir explicitadas e pelo conjunto de metas assim estabelecido: | Segundo informações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram realizadas 4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 27 estados brasileiros, o que significa a realização de 78% do total de conferências esperadas. Somente com base neste aspecto, a 14ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um marco na história das lutas pela saúde pública no País. Participaram 2.937 delegados, sendo mais de 4.000 participantes no total. |
| 15 diretrizes elencadas: | | |
| EM DEFESA DO SUS – PELO DIREITO À SAÚDE E À SEGURIDADE SOCIAL | Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada. |  <p>Logomarca da 14ª CNS (FONTE: Acervo CNS)</p> |
| <u>Palavras-chave:</u> Defesa da seguridade social; SUS público e estatal (patrimônio do povo brasileiro); Humanização do SUS e SUAS; Reativar conselhos da seguridade social; extinção da Desvinculação de Receitas da União - DRU; redefinir recursos do orçamento da seguridade social - OSS; integração SUS, o SUAS e o FNDE; revisão critérios previdência e assistência social. | Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção. | |
| GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTADO: AMPLIAR E CONSOLIDAR O MODELO DEMOCRÁTICO DE GOVERNO DO SUS | Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. | Foi apontado no corpo do relatório da 14ª CNS que houvesse mecanismos visando garantir que as propostas aprovadas nas conferências de saúde anteriores sejam utilizadas como subsídios para aprimorar os planos municipais de saúde, com acompanhamento dos conselhos, fiscalizando e cobrando sua execução. |
| <u>Palavras-chave:</u> Fortalecimento do controle social; fomento à regionalização do controle social; fomento à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS; apoio aos movimentos sociais; transparência pública; formação continuada dos conselheiros; articulação instâncias do controle público e social; ouvidoria SUS; educação permanente integrada MS-MEC; informação, comunicação e divulgação ampla em saúde; apoio ao funcionamento e estrutura dos conselhos de saúde; punição pelo mau uso dos recursos SUS; revisão da Carta dos Direitos do Usuário do SUS; controle social e avaliação dos serviços de saúde. | Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. | Um dos grandes objetivos da 14ª CNS era promover uma ampla discussão que viabilizasse a consolidação do SUS tal e qual nos idos das décadas de 1980 e 1990, fruto das intensas lutas calcadas numa participação social ativa, articulada e propositiva. |
| | Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. |  <p>SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro. ACESSO E ACOELHIMENTO COM QUALIDADE UM DESAFIO PARA O SUS Todos Usam o SUS!</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>VINTE ANOS DE SUBFINANCIAMENTO: LUTAR PELO RECURSO NECESSÁRIO PARA O SUS</p> | <p>Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.</p> | |
| <p><u>Palavras-chave:</u> Regulamentação da EC nº 29/2000/vinculação de recursos (10% PIB); fortalecimento da Saúde Bucal; revisão da LRF com foco na responsabilidade sanitária; dinamizar investimentos no setor (Bloco Financiamento); reduzir orçamento do legislativo redirecionando para a saúde (cerca de 50%); orçamento participativo; ampliar recursos do financiamento da atenção básica (PAB) em 100%; câmara de compensação dos gastos de áreas fronteiriças.</p> | <p>Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p>Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> | <p>O PNS 2012 a 2015 é o “mais enxuto” que os anteriores, cuja estrutura é mais bem trabalhada a configuração do cenário de linha de base, ou diagnóstico situacional. Não houve tantas tensões na sua elaboração, o que resultou em sua aprovação no início do exercício 2012.</p> |
| <p>O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE É ÚNICO, MAS AS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS NÃO O SÃO: GARANTIR GESTÃO UNIFICADA E COERENTE DO SUS COM BASE NA CONSTRUÇÃO DE REDES INTEGRAIS E REGIONAIS DE SAÚDE.</p> | <p>Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.</p> | <p>As formulações de diretrizes assume a conotação de descrição de objetivos e as metas guardam consonância com o que consta no PPA do Governo Federal.</p> |
| <p><u>Palavras-chave:</u> Instituir os Contratos Organizativos da Ação Pública; Implantar um Sistema Nacional de Regulação do SUS; instituir carreira de gestão do SUS; desenvolvimento de ações intersetoriais integradas mediante políticas conjuntas.</p> | <p>Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.</p> | <p>Os enunciados e formulações do PNS demonstram um caráter mais tecnicista da burocracia estatal do setor saúde, afastando-se em alguns pontos do que está posto nas reivindicações da sociedade constantes no relatório da 14ª CNS.</p> |
| <p>GESTÃO PÚBLICA PARA A SAÚDE PÚBLICA</p> | <p>Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.</p> | |
| <p><u>Palavras-chave:</u> Rejeitar gestão fundacional no SUS e iniciativas similares; combate à “porta-dupla”; profissionalizar a gestão do SUS; hospitais universitários com atendimento 100% SUS; fim dos subsídios públicos à saúde suplementar; fortalecer mecanismos de regulação.</p> | <p>Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p> |  |
| | <p>Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p> | <p>Plenária da 14ª CNS (FONTE: Acervo do CNS)</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>POR UMA POLÍTICA NACIONAL QUE VALORIZE OS TRABALHADORES DE SAÚDE.</p> | <p>Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.</p> | |
| <p><u>Palavras-chave:</u></p> | <p>Incorpora-se 2 diretrizes transversais que fazem interface com este Plano Nacional de Saúde:</p> | |
| <p>Instituir mesa de negociação permanente do SUS e Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV); aprovar o piso salarial nacional para o Sistema Único de Saúde; regulamentar carga horária de 30 horas semanais; Instituir o Serviço Civil Obrigatório no SUS; criar estratégias para fixar profissionais em áreas de difícil acesso do País; aposentadoria especial para trabalhadores da saúde pública; Educação Permanente; Estágios vivenciais no SUS; qualificação na PNH; Política de Saúde do Trabalhador;</p> | <p>a) Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.</p> |  <p>Cartaz Promocional da 14ª CNS (FONTE: Acervo co CNS)</p> |
| <p>EM DEFESA DA VIDA: ASSEGURAR ACESSO E ATENÇÃO INTEGRAL MEDIANTE EXPANSÃO, QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS.</p> | <p>b) Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.</p> | |
| <p><u>Palavras-chave:</u></p> |  <p>Plenária da 14ª CNS (FONTE: Acervo do CNS)</p> | <p>No momento atual, com o Decreto nº 7.508/2011 e celebração dos Contratos Organizativos de Ações Públicas de Saúde – COAP estão sendo mais bem definidas iniciativas de convergência entre ações.</p> |
| <p>Práticas integrativas no SUS; fitoterapia na Assistência Farmacêutica; regularizar e expandir serviços (PID, TFD, SAMU, NASF); Saúde do Idoso; efetividade no planejamento do SUS;</p> | | <p>As redes assistenciais se encontram delineadas enquanto prioridade para constituição da Rede Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, na perspectiva de consolidar a integralidade do cuidado, como base em iniciativas locais regionais.</p> |
| <p>AMPLIAR E FORTALECER A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA): TODAS AS FAMÍLIAS, TODAS AS PESSOAS, DEVEM TER ASSEGURADO O DIREITO A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.</p> | <p>Apesar das diretrizes de fortalecimento da Atenção Primária, o subfinanciamento para esse recorte dos níveis de assistência é considerado um dos grandes entraves ao processo de ampliação de cobertura por equipes profissionais para atendimento à população.</p> | |
| <p><u>Palavras-chave:</u></p> | | |
| <p>Atenção Básica/Primária estruturante do cuidado em saúde; qualificar a atenção/assistência domiciliar; fortalecer controle social nas unidades básicas de saúde; revisão de critérios de cobertura populacional e financiamento; instituir avaliação por resultados na AB; redefinir política de formação profissionais médicos.</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>POR UMA SOCIEDADE EM DEFESA DA VIDA E DA SUSTENTABILIDADE DO PLANETA: AMPLIAR E FORTALECER POLÍTICAS SOCIAIS, PROJETOS INTERSETORIAIS E A CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA E DA PROMOÇÃO À SAÚDE.</p> |  | |
| <p><u>Palavras-chave:</u> Promoção e Vigilância da saúde; universalização da Política de Saneamento Ambiental e de implantação de Planos de Resíduos Sólidos; instituir conjuntamente política de segurança alimentar e nutricional; controle da qualidade da água de consumo humano;</p> | | <p>As ações de Vigilância em Saúde preconizadas na Política definida na Portaria GM/MS nº 3.252/2009 possuem um amplo escopo e visível reflexo sobre condicionantes e determinantes da saúde, porém, ainda são desenvolvidas de modo pouco conexo com as outras áreas ou níveis da atenção como a Promoção e Recuperação/Reabilitação da saúde.</p> |
| <p>AMPLIAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, DE URGÊNCIA E HOSPITALAR INTEGRADAS ÀS REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL.</p> | | |
| <p><u>Palavras-chave:</u> Ampliação da rede de saúde e facilitação do acesso aos serviços; acolhimento com regionalização solidária; Aumentar o valor da Tabela de Procedimento SUS; apoio técnico-financeiro aos hospitais municipais com atuação de referência regional; Fortalecer a Política de Atenção à Saúde da Mulher e implantar/implementar o Programa Saúde do Homem; criar novos parâmetros de avaliação para além do índice populacional, admitindo as características epidemiológicas locais.</p> | <p>O Plano Nacional de Saúde (PNS) orienta a gestão federal no período de 2012 a 2015. Este plano é estruturado em duas partes. A primeira destaca o resumo das condições de saúde da população brasileira, o acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS. A segunda aponta as diretrizes e metas a serem alcançadas que contribuirão para o atingimento do objetivo de aprimoramento do SUS, visando o acesso universal, de qualidade, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros. (FONTE: Brasília: Ministério da Saúde; jan. 2012. 110p. – Série B. Textos Básicos de Saúde)</p> |  |
| <p>POR UM SISTEMA QUE RESPEITE DIFERENÇAS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DE REGIÕES E POPULAÇÕES VULNERÁVEIS.</p> | | <p>Material informativo promocional da 14ª CNS</p> |
| <p><u>Palavras-chave:</u> Política equitativa de alocação de recursos; atendimento às diversidades regionais; Saúde do Adolescente; apoio ao transporte sanitário.</p> | | <p>(FONTE: Acervo do CNS)</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>CONSTRUIR POLÍTICA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO QUE ASSEGURE GESTÃO PARTICIPATIVA E EFICAZ AO SUS.</p> | | |
| <p>Palavras-chave:</p> | | |
| <p>Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS; garantia de recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS; criar prontuário nacional para os usuários do SUS; divulgação midiática das ações, programas e serviços.</p> | <p>A apresentação da Proposta do Plano Nacional de Saúde 2012/2015 marcou o encerramento da 226ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ainda no final de 2011, algo inédito no processo de formulação desse importante instrumento da gestão do SUS.</p> |  |
| <p>CONSOLIDAR E AMPLIAR AS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE MENTAL, DEFICIÊNCIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.</p> |  <p>Logomarca do CNS (FONTE: Acervo do CNS)</p> | <p>Manifestações públicas em favor da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000</p> |
| <p>Palavras-chave:</p> | | <p>(FONTE: Acervo do CNS)</p> |
| <p>Flexibilizar os critérios de base populacional para implantação dos serviços de saúde mental (CAPS); campanhas publicitárias de esclarecimento sobre saúde mental, por meio da mídia; Criar um Fundo Nacional de Reabilitação para usuários de drogas; Efetivar as políticas de saúde dirigidas a pessoas portadoras de necessidades especiais nas deficiências: física, motora, auditiva, visual, transtorno mental, entre outras;</p> | | <p>A esperada regulamentação veio com a publicação da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, porém, sem trazer consigo a necessária vinculação de recursos da fonte federal, continuando a mesma metodologia aprovada no texto original da EC 29.</p> |
| | | |
| <p>INTEGRAR E AMPLIAR POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA ASSEGURAR ATENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR.</p> |  <p>Logomarca das Conferências Nacionais de Saúde (FONTE: Acervo do CNS)</p> | <p>As ações e serviços na área da Saúde do Trabalhador ainda necessitam de articulação, tanto no que tange à rede de atenção no SUS como externa ao setor.</p> |
| <p>RESSARCIMENTO AO SUS PELO ATENDIMENTO A CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS, TENDO O CARTÃO SUS COMO ESTRATÉGIA PARA SUA EFETIVAÇÃO, E PROIBIR O USO EXCLUSIVO DE LEITOS PÚBLICOS POR ESSES (AS) USUÁRIOS (AS)</p> | | <p>A regulação do SUS via Cartão Nacional de Saúde – CNS, popularizado como Cartão SUS ainda figura como uma das prioridades da gestão federal, tendo em vista a integração dos bancos de dados referentes aos cidadãos, como recurso de organização da atenção e viabilização de acesso qualificado às ações do SUS.</p> |