16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília - DF, 4 a 7 de agosto de 2019

DOCUMENTO ORIENTADOR DE APOIO AOS DEBATES

Conselho Nacional de Saúde

APRESENTAÇÃO

Atualmente os desafios para a defesa da saúde se avolumaram para dimensões colossais, tendo dois pilares fundamentais. O primeiro pilar de desafios diz respeito à resistência aos mais violentos ataques aos princípios e diretrizes do SUS, realizados por forças que buscam uma contratação social para esse direito aos moldes anteriores a 1988. O outro pilar de desafios trata da formulação de políticas que possam desenvolver o SUS, na direção da superação de seus gargalos, que não são poucos. No último período, é possível tirar bons exemplos para comemorar e acumular forças. Realizamos a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, a Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, essa última presenteou o SUS, depois de 30 anos, com a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

No entanto, os desafios são muito grandes: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa nação, precisa transformar-se em soluções que permitam fazer que o Direito à Saúde seja materializado na garantia do acesso a ações e serviços de saúde.

Através das representações dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, o Conselho Nacional de Saúde foi buscar, na década de 1980, inspiração para ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos, cujos resultados já estão estampados nos principais jornais do Brasil. Assim, convocamos a sociedade brasileira para realizar a nossa "8ª + 8", a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tem a centralidade de seus debates numa agenda muito próxima daquela de 1986. E, é por esta razão que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª CNS (=8ª+8) são os mesmos, ou seja, o tema central é "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS". Os Eixos temáticos serão: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada na

Constituição Brasileira e o caráter de inovação da participação social na saúde está reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde.

A etapa nacional será realizada de 04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília, e será precedida por etapas municipais, de 02 de janeiro a 15 de abril, e pelas etapas estaduais e distrital, agendadas para acontecerem de 16 de abril a 15 de junho, as quais com caráter deliberativo no âmbito de suas competências devem contribuir para **formulação das políticas de saúde municipais e estaduais, ao mesmo tempo em que as propostas de cunho nacional serão levadas para deliberação na etapa nacional da 16ª CNS (=8ª+8**). A avaliação das condições de saúde e formulação de diretrizes, nesse momento, deverá levar em conta os avanços na definição organizativa e as diferentes dimensões da crise que vivemos, onde os componentes, político e organizativo, são muito relevantes.

CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

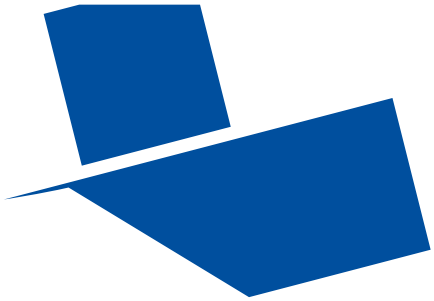
O presente Documento Orientador tem como objetivo orientar as discussões nas etapas municipais, etapas estaduais e do Distrito Federal; atende ao disposto no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª +8) que foi aprovado pela Resolução CNS no 594, de 09 de agosto de 2018; foi elaborado pela Comissão Organizadora da Conferência e aprovado pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

O documento aborda as questões relacionadas ao tema central e aos eixos temáticos definidos para a 16ª CNS (=8ª+8) a partir do acúmulo do que foi produzido no âmbito do CNS nos últimos anos e da consulta a documentos oficiais e produções acadêmicas relacionadas. Ao final do texto relacionado a cada um dos temas, estão sugeridas duas **Perguntas Estimuladoras para o Debate**.

A fim de possibilitar a mobilização de atores dos diferentes segmentos sociais em torno de debates fundamentais na defesa da democracia brasileira, do estado de bem-estar social, da saúde como direito humano, e do SUS como política pública brasileira, foram realizadas atividades formativas preparatórias que compõe a agenda do CNS, como: a Semana da Saúde 2018, o Fórum Social Mundial, o 13o Congresso Rede Unida e o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco); Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2018; Plenárias Populares.

Também, o Conselho Nacional de Saúde promoveu as seguintes atividades temáticas, que foram coordenadas pelas suas Comissões Intersetoriais: Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica; 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde; 1o Seminário de Saúde Mental; 2o Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; Seminário Nacional da Pessoa com Deficiência “Garantia da Assistência Integrada”; Oficinas sobre o financiamento em parceria com a CGU; 5o Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP).

Os resultados e produtos destas atividades, e outros documentos que venham a ser produzidos com o objetivo de aprofundar ou apresentar recortes em relação aos temas da conferência ficarão



disponíveis na página eletrônica da 16ª CNS (=8ª+8) (conselho.saude.gov.br/16cns/) para contribuir com os debates e na formulação de diretrizes e propostas para a Etapa Nacional da conferência.

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (= 8ª+8) – GRANDE AÇÃO EM DEFESA DO SUS E DA DEMOCRACIA

Num contexto de retrocessos das políticas sociais, a 16ª Conferência Nacional de Saúde, sendo o maior evento de participação social no Brasil, torna-se ainda mais relevante como uma grande ação em defesa do SUS e da democracia.

O desafio atual é conseguir a contribuição de cada usuário, profissional de saúde, gestor e prestador, para que a gestão participativa, vestida da bandeira da Democracia e Saúde, possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde.

Defender o SUS **significa defender ações e serviços de saúde para a totalidade da população brasileira**, sendo que **para mais de 75% desta população o SUS é a única opção de assistência à saúde**, e defender conquistas que são exemplos para o mundo:

Sistema nacional de transplantes

Sistema de hemocentro

Resgate de emergências e atendimento pré-hospitalar em situações de acidentes

Tratamento da Sida (Síndrome da Imunodeficiencia Adquirida – Aids)

Distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes

Sistemas de vacinação capazes de imunizar milhões de brasileiros em apenas um final de semana,

Produção nacional de vacinas para as doenças negligenciadas ou emergentes

Expansão do programa saúde da família e a melhoria dos indicadores de saúde.1

Leia, reflita, debata, critique.
Traga sua voz e suas propostas para a 16ª CNS (=8ª+8)

Pleno do Conselho Nacional de Saúde
Brasília, 13 de dezembro de 2018.

1 Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras - PAULO HILÁRIO NASCIMENTO SALDIVA e MARIANA VERAS. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf

TEMA
EMOCRACIA E SAÚDE

Após a segunda Guerra Mundial, em 1948, estabeleceu-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre os quais, destaca-se aqui, o Direito Humano à Saúde e da proteção da vida. Contudo, demorou pelo menos 40 anos até que esse processo fosse introduzido no Brasil, que só passou a internalizar esses valores a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou, dos artigos 196 a 200, o conceito ampliado da saúde, bem como responsabilizou o Estado pela sua garantia e pela criação do Sistema Único de Saúde, processo motivado pela declaração AlmaAta de 1978, que ganhou forte aderência no Brasil a partir do processo de redemocratização, na década de 1980, tendo como pontos altos a 8o Conferência Nacional de Saúde e a própria promulgação da Constituição Federal.

Durante a abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o sanitarista Sergio Arouca em seu discurso defendeu a ideia de que “Democracia é saúde”. Naquele momento o país vivia o período de redemocratização política e a Conferência fez a associação da Democracia com a Saúde, mobilizando a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito sobre Saúde, elevando-a à condição de Direito. De acordo com Arouca conseguir a democracia era o “ponto de partida” para se ter saúde, ou seja, “a saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia”.

(...) saúde não é simplesmente ausência de doença: "é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)". Sergio Arouca, 1986.

> *A associação entre Democracia e Saúde, abordada na 8ª Conferência, permitiu-nos escrever um contrato social que reformulou a estrutura do Estado, que declarou a Saúde como direito de todos e responsabilidade do*

> *Estado mediante políticas públicas, bem como desenhou em seus artigos constituc ionais um Estado defensor e promotor do Bem -Estar Social, e os caminhos em direção à mudança do modelo de atenção e gestão de Saúde no Brasil.*

Entretanto, o Brasil foi um dos raros países que conseguiu produzir esse tipo de contratação social. Nos demais países, essa lógica estava sofrendo ataques brutais durante a década de 1980, seja com a Margaret Thatcher, na Inglaterra, ou com o Ronald Reagan, nos Estados Unidos, que apresentavam para o mundo o neoliberalismo.

OS ATAQUES AO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO COLOCAM A SAÚDE EM RISCO

A Constituição Federal de 1988 vem sendo atacada desde sua promulgação, o que impôs barreiras para efetivação de políticas públicas que dessem materialidade aos seus apontamentos, como o Direito à Saúde e ao Bem -Estar Social. Todavia, os mais duros ataques ao Estado Democrático de Direito, preconizado pela Constituição Federal de 1988, foram feitos justamente ao seu caráter Democrático e de Direito.

> *O Estado Democrático diz respeito à soberania, à vontade popular e ao respeito às minorias*
>
> *O Estado de Direito significa o acesso ao direito à cidadania através de políticas públicas.*

Dessa forma, ao não respeitar a soberania da vontade popular de uma eleição majoritária e ao instituir a Emenda Constitucional no 95 de 2016, que cong ela os gastos públicos por 20 anos, romperam com nosso contrato social.

Tal investida precisa ser compreendida dentro das disputas de rumos, não só do Brasil, mas do mundo, não só do nível nacional, mas também do nível local, do território onde vivemos, c omo dizem “do global ao local”, pois, o que está em disputa é como vivemos e como morremos, quem vive e quem morre, e a disputa entre a vida e a morte.

As consequências dessas disputas podem ser o avanço civilizacional ou uma tragédia humanitária, pois seu s desdobramentos impactam diretamente em vidas humanas. A escolha é: Todos têm Direito à Vida? Alguns podem ser eliminá veis? O conhecimento humano, a ciência e a tecnologia impactarão nas relações de produção da vida; no avanço ou na tragédia, no local e n o global. É possível ver o espectro da morte cobrir vastos territórios pelo mundo, como tem sido

divulgado nos diversos meios de comunicação nacional e internacional: são as gaiolas com crianças na fronteira dos Estados Unidos; são os novos navios negreiros no Mediterrâneo; é a xenofobia e a intolerância ganhando força no Brasil e no mundo; é a violência como solução de conflitos; é uma brutal e cruel concentração de riqueza no mundo, diante disso, a defesa da vida passa a ter um caráter civilizatório na contemporaneidade.

LUTAR PELA SAÚDE É LUTAR PELA DEMOCRACIA

Objetivamente, essas disputas travadas num amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito proporcionam avanços e conquistas, como os que experimentamos nas três últimas décadas e resultam em aprimoramento e fortalecimento do SUS. Contudo, diante das ameaças a direitos, da redução de investimentos, da retração das políticas públicas sociais, tanto o processo de construção do SUS está em xeque quanto a própria consolidação da democracia.

Foram, portanto, os enfrentamentos em um ambiente democrático que permitiram que as diferentes forças sociais (majoritariamente sem ligações partidárias, vinculadas ao um amplo leque de organizações da sociedade civil que vai de organizações de usuários representantes de patologias, passando por organizações religiosas, indo a profissionais de saúde, a gestores e a populações em situação de vulnerabilidade) conseguissem, mesmo de forma subfinanciada, importantes vitórias na defesa do SUS e da Saúde como Direito, como a Lei 8142/90, que deu materialidade ao princípio do SUS, da participação da comunidade na gestão da saúde, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos, sendo fundamental para os defensores dos avanços do SUS, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa tivesse "força de lei", consagrando o papel do Controle Social em relação a saúde, permitindo a formulação, fiscalização e mobilização da sociedade.

O PAPEL DO [illegible] LUTA PELA DEMOCRACIA E SAÚDE

As Conferências de Saúde têm sua relevância reconhecida para fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS, e para construção de diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde que atendam os anseios e necessidades da população.

O reconhecimento está centrado na sua potencialidade de fortalecer o arranjo democrático do estado brasileiro e no caráter de inovação que introduz na formulação e execução de políticas

públicas. Sempre é oportuno lembrar o registro legal e o acúmulo produzido até o momento, principalmente quando se prepara uma Conferência Nacional de Saúde em um contexto de tamanha complexidade como o atual, onde os níveis de saúde da população mostram contradições e perigosos retrocessos.

Esse processo de conferência, assim como os Conselhos, representam uma verdadeira reforma na condição de funcionamento democrático do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, de caráter ascendente, iniciando seu processo nos níveis municipais, estaduais, distrital, culminando com a etapa nacional.

> *Democracia Representativa: os cidadãos devem escolher representantes políticos através de eleições. Assim, os indivíduos eleitos passam a ser responsáveis por representar, em tese, os interesses do povo na tomada das decisões de âmbito público.*
>
> *Democracia Participativa Direta: os cidadãos debatem e votam diretamente sobre as principais questões de seu interesse, sem a necessidade de haver intermediários.A população tem o direito de participar diretamente das tomadas de decisões.*

As Conferências de Saúde, constituem-se, portanto, como espaços potentes de participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e de coletividades, do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros. Como registra o Parágrafo 1o, do Artigo 1o, da Constituição Brasileira de 1988, “Todo poder emana do povo” e deve ser exercido pelos representantes eleitos na perspectiva de fortalecer o Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e no pluralismo político. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, que respondem a essa condição primeira, devem operar pautados nos objetivos fundamentais de construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, religião ou credo e quaisquer outras formas de discriminação (CF, Art. 3o2).

dispositivo previsto na legislação brasileira e compõem a arquitetura do Estado Democrático de Direito, conforme determina a Constituição Brasileira.

Por outro lado, o caráter de inovação está justamente no reconhecimento de que o "Poder emana do povo", ou seja, não é apenas na escolha direta ou indireta de representantes políticos que se exerce a cidadania, no contexto da arquitetura institucional prevista na Constituição. É também, no caso da saúde, na participação direta, vocalizando suas opiniões e necessidades, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) expressa o caráter democrático do Estado Brasileiro por meio de políticas que devem ser formuladas e geridas pelos representantes na estrutura do Estado de forma a responder às necessidades de saúde da população e também na participação de representantes de grupos e instituições na avaliação e definição de diretrizes. Essa dupla inserção da participação cidadã, na escolha de representantes para a gestão governamental e na definição de diretrizes e avaliação das políticas e da situação de saúde, dá um caráter de inovação, fortalecendo o slogan que ecoou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de que "Saúde é Democracia", constituindo a ideia de que não basta um sistema de assistência às doenças.

É preciso um sistema que, sob responsabilidade do Estado brasileiro, também atue nas condições que fortaleçam a saúde individual e coletiva,

Conforme determina a Lei Federal no 8142/90, as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas que, sem prejuízo das funções das instâncias de governo, têm a representação dos vários segmentos sociais que constituem os diferentes territórios de abrangência, "para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes" (Lei Federal no 8142/90, Art. 1o, Parágrafo 1o). As Conferências são, portanto,

porque a saúde, "como direito fundamental do ser humano", inclui a "formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (Lei Federal no 8080/90, Art. 2o). Trata-se do reconhecimento, como registra o Art. 3o da Lei Federal no 8080/90, que

> *"os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais".*

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

1 Em quais situações do cotidiano podemos perceber o respeito à vontade popular, ou seja, como percebemos as conquistas do Estado Democrático de Direito na vida cotidiana no pleno exercício da cidadania?

2 Quando a vontade popular é desrespeitada os direitos à saúde são diminuídos? É possível perceber isso no dia-a-dia da vida das pessoas, em seus territórios?

EIXO TEMÁTICO I
DIREITO

A definição de que a saúde compõe um direito de todas as pessoas e grupos não é uma invenção do processo de reforma sanitária brasileira e tampouco foi inserido na Constituição Brasileira de forma inédita. A Declaração Universal dos Direitos Humanos promul gada em 1948 menciona em seu artigo 25 que:

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

O conceito de saúde decorrente dessa declaração exige que saúde seja entendida como direito humano, o qual deve ser universal, indivisível e interdependente. O conceito de "pessoa" que está registrado no documento reconhece a diversidade humana e as condições de adversidade que mulheres e homens estão submetidos por condições estruturais e conjunturais que não est ão totalmente sob sua capacidade de superação.

> *Entender a saúde como direito universal significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situação de rua, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. No entanto, precisamos respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com a s necessidades específicas, significando, assim, equidade. Essa condição está associada ao reconhecimento que as pessoas são expostas a fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a sua saúde.*

A **indivisibilidade** dos direitos significa que direitos outros, como: educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde, portanto, não devemos separar os direitos, entendendo que um não é mais importante que o outro, pois todos são fundamentais para o bem viver. A Constituição brasileira de 1988 registra

esse reconhecimento, quando absorve o conceito ampliado de saúde no entendimento do que ela representa para as pessoas e coletividades.

Ainda, para que a saúde seja tratada como direito humano, além de **universal e indivisível**, os direitos devem ser **interdependentes**, o que significa que para termos saúde de qualidade, depende que outros direitos não especificamente de ações e serviços de saúde, mas que condicionam e determinam o bem viver, sejam também garantidos. Colocar a saúde como um direito humano significa considerar que a saúde é uma prerrogativa de todo cidadão, ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida.

Este conceito de saúde como **direito humano** teve sua concepção referendada pelo movimento da reforma sanitária brasileira, que agregou profissionais de saúde, professores universitários, lideranças sindicais e comunitárias, que juntos lutavam por um novo modelo de sociedade e de estado que garantisse direitos sociais a todos os brasileiros.

Este movimento culminou com a realização da **VIII Conferência Nacional de Saúd**e, realizada em 1986 e que, até os dias de hoje, é considerada um marco na história da construção das conferências de saúde e do SUS. Para muitos, esta conferência é lembrada como "um divisor de águas" da democracia participativa, por ter sido a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à participação da sociedade, e que confirmou o **conceito ampliado de saúde**, onde saúde deixa de ser um conceito estanque – ausência de doenças, e passa a agregar fatores determinantes e condicionantes, de forma intersetorial.

Além dessa importante contribuição, a 8ª CNS foi inspiradora para formulação das bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988, a qual definiu a Saúde como Direito de todos e Dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

A **CF/1988** deu materialidade legal para a "Saúde como Direito de todos e Dever do Estado", o que não significa que a conquista legal tenha deixado de travar disputas com a tendência mercantilista de saúde e com o modelo de sociedade que a sustenta. Esta conquista constitucional foi apenas um passo deste processo de luta que vem sendo desencadeado cotidianamente pela mobilização da sociedade, principalmente pelas instâncias de Controle Social, ao longo destes 30 anos.

O momento atual, que inclui uma crise moral e ética relevante, também coloca em questão o processo histórico que antecedeu à Constituição atual. Mas é importante lembrar que os

problemas de saúde que vivemos atualmente não são idênticos aqueles que o Brasil vivia até o final da década de 1980.

Avanços importantes no acesso às ações e serviços de saúde são visíveis e a negação dessa condição é argumento político dos setores que pretendem destruir essa conquista. Um exemplo, apenas, para recuperar a memória.

> *Até o início da década de 1980, o acesso à assistência à saúde no sistema público era restrito na maior parte das condições aos contribuintes da previdência social, ou seja, aos trabalhadores do mercado formal de trabalho (com carteira assinada) e uma parte importante da população, sem emprego formal ou em situação de desemprego, somente tinha acesso a ações de saúde pública e prevenção de doenças.*

Para esses segmentos de população, nas cidades e no campo, a assistência centrada nas doenças era feita em serviços filantrópicos, quando disponíveis, ou com o pagamento dos serviços. Ou seja, essa assistência, que vulnerabilizavam as pessoas, gerava ainda mais vulnerabilidade, com maior afastamento ao trabalho e fragilização econômica. Pertence ao registro da história da saúde no Brasil, principalmente em populações do campo e das periferias urbanas, a necessidade de venda de patrimônio pessoal e familiar, inclusive aquele que garantia o sustento, para acessar meios de tratamento das doenças.

A partir da Constituição, com o reconhecimento legal da saúde como direito e dever do Estado, o acesso a ações e serviços se torna universal, ficando assim reconhecido que é direito de cidadania e que o conjunto de impostos e contribuições que todos os brasileiros e brasileiras recolhem regularmente às esferas de governo deve ser a fonte da sustentabilidade dessas ações. Não há gratuidade na sustentação do sistema de saúde: as fontes que mantém os orçamentos fiscais e da seguridade social tem como contribuintes as pessoas físicas e jurídicas que circulam pelo território.

Uma vez aprovada a Constituição federal, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica que a regulamentasse. **No caso, a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 - Lei 8080/90** que dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O CONTROLE SOCIAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Como esta lei sofreu vários vetos do presidente da república, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela lei 8142/90.

A **Lei no 8142/90** regula a participação social, por meio de instâncias oficiais de Controle Social, quais sejam: **Conselhos de Saúde e Conferencias de Saúde**. Busca-se, desta maneira, a participação de atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

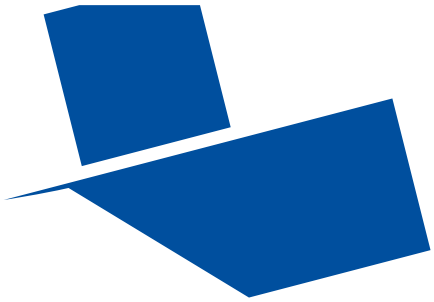
> *O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública: fiscalização, monitoramento e controle das ações da Administração Pública. É um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo a oportunidade de os cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão da coisa pública.*

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Juntamente com a gestão destas instâncias e de outras redes de articulação em prol da garantia da participação social, o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.

Neste contexto, destaca-se ainda, o papel estratégico que tem o controle social na avaliação ética em pesquisa envolvendo seres humanos e na autêntica defesas dos sujeitos de pesquisa. No Brasil, esse controle vem sendo realizado por meio da atuação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, formada por especialistas, gestores e conselheiros nacionais de saúde representantes dos segmentos de trabalhadores e de usuários do SUS. Com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho, tem caráter

consultivo, deliberativo, normativo e educativo, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa - CEP- organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.



A regulação social da ética em pesquisa tem uma missão primordial de assegurar a autonomia e os direitos dos participantes de pesquisas, garantindo-lhes dignidade e pleno exercício de sua cidadania e toda e qualquer estratégia de afastar do controle social a prerrogativa desta regulação e acompanhamento deve ser frontalmente combatida, face em vista ao que acontece esporadicamente com algumas propostas de lei que tenta retirar, ou descaracterizar, o papel do controle social junto aos Comitês de Ética em pesquisa.

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

1. Quais obstáculos/dificuldades são percebidos no seu território para que as pessoas tenham o direito à saúde? Os condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, moradia, lazer, alimentação ...) estão acessíveis a todas as pessoas? As especificidades de cada pessoa são respeitadas? As condições e fatores que expõe as pessoas a condições de vulnerabilidade são reconhecidas?

2 Como tem sido a sua participação e do seu grupo social na garantia do direito a saúde no seu território?

O TEMÁTICO II
O SUS

REAFIRMAR OS PRINCÍPIOS DO SUS

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito.

O SUS pode ser entendido a partir de um núcleo comum (único) no qual concentram-se os seus princípios, sejam eles doutrinários ou organizativos.

Os princípios doutrinários , aqueles chamados de princípios ideológicos do SUS conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação.

Universalidade

Universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, tenham direito ao acesso às ações e serviços de saúde.

Historicamente quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS isto é diferente. A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda , ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio. **Equidad**

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades, o que não significa que equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, tem suas peculiaridades e, portanto, necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de servi ços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.

Integralidade

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, não fragmentado e integrado a comunidade, o que significa que para atender as suas necessidades de ações em saúde deve-se levar em conta os aspectos envolvidos na vida do ser humano. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Os princípios organizativos que, como o nome diz, tratam da sua organização a partir dos princípios doutrinários e orientam o processo afim de concretizar o SUS na prática.

Regionalização e Hierarquização

De acordo com a CF, "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada". A regionalização e a hierarquização são formas de organização e funcionamento do SUS, o que vale dizer que os serviços devem ser organizados em rede de atenção, em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida.

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, de modo a garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, de tal sorte que o cidadão tenha a garantia de acesso ao cuidado no tempo oportuno e de forma qualificada. Deve ainda incorporar- se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento e de retorno de informações do nível básico do serviço. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

Descent ínico

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. No SUS, a descentralização deve se dar até o município, o qual deverá ter garantido condições de gestão, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Quanto mais perto estiver do cidadão, mais chance de acerto, pois está mais próximo da realidade e da possibilidade de a sociedade exercer o Controle Social.

Participação Social

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar conectado com o de democracia participativa, onde a população tornase sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. É a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja, participando do poder decisório, e radicalizando na democracia.

Ao estabelecer como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação Comunitária/Social, a Constituição Federal de 1988 apontou para a relevância da inserção da população brasileira na definição e acompanhamento de políticas púb licas em defesa do direito à saúde, considerando que quanto maior o envolvimento da sociedade em todo o processo de implementação do SUS, maiores as chances de êxito. Haja visto, que diminui o distanciamento entre quem define a política de saúde, e a quem se destina esta política. Além disso, este princípio atribuiu importância a instâncias populares na fiscalização e controle das ações do Estado, considerando as especificidades de cada região brasileira.

O MODELO DE GESTÃO FU L PARA EFETIVAÇÃ

Discutir e pensar sobre Modelo de Gestão, em todas as áreas, significa fazer escolhas ou tomar decisões sobre qual o melhor caminho para atingirmos nossos objetivos. Do ponto de vista das organizações (públicas e privadas), o modelo de gestão representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor, de como as coisas devem acontecer.

A gestão está além da prática gerencial. Os aspectos políticos, econômicos e sociais influenciam o modelo de gestão a ser adotado, que não se restringe apen as aos aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais da gestão. A gestão é um processo técnico, político e social de produzir resultados.

Sendo assim, do ponto de vista do Estado, o modelo de gestão caracterizase como sendo o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas e estratégias de ação para levar a política pública a cumprir sua missão com eficácia e atendendo com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade.

Para a consolidação do sistema de saúde há necessidade do desenvolvimento de um modelo de gestão condizente com suas diretrizes. A principal característica da gestão concebida no SUS é a **Gestão Estratégica e Participativa**, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os Conselhos e as Conferências de Saúde, instrumentos essenciais na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Neste modelo, a gestão estratégica e participativa do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios, cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, operar e executar as ações e serviços de saúde; definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; monitorar o nível de saúde da população e seus indicadores; gerenciar e aplicar de maneira suficiente os recursos orçamentários e financeiros; definir políticas de recursos humanos; realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, com a participação ativa da comunidade em todas essas ações.

Os conselhos de saúde, pelo seu papel de grande relevância pública, constituem uma das principais expressões da democracia participativa, integram a gestão administrativa e participam da formulação, planejamento e controle das políticas públicas, contribuindo, assim, para o fortalecimento da relação Estado e Sociedade e para o pleno exercício da cidadania.

Neste momento, em que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) tem como um dos seus objetivos reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e leis orgânicas, é fundamental a reafirmação das diretrizes que devem nortear o modelo de gestão a ser

implementado no SUS:

Gestão de caráter estratégico e participativo

Formulação e execução de políticas econômicas e sociais com impacto na redução de riscos de doenças e de outros agravos

Formulação e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde

Execução, direta pelo Estado, de ações e serviços de saúde

Caráter complementar da participação da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, que devem estar submetidas às diretrizes do SUS, incluindo o controle social.

Organização das ações e dos serviços de saúde de forma regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade crescente e articulada em redes de atenção

Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, com promoção de equidade

Aplicação de recursos financeiros em ações e serviços de saúde públicos de forma constante, crescente e suficiente por parte da União, do Estados, do Distrito Federal e dos Municípios

IMPORTÂ MODELO DE ATENÇÃO Q S PRINCÍPI A RESOLUTIVO

Os **Modelos de Atenção à Saúde** referem-se a combinações e estruturação de tecnologias que devem servir para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades, individuais ou coletivas, de saúde da

população. Em suma, um modelo de atenção reflete as escolhas técnicas, as decisões políticas e os financiamentos estruturados para esse atendimento.

Considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais, culturais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades, **a avaliação da situação de saúde da população** que configura a realidade sanitária vivida pelo Brasil deve ser a base para a estruturação do modelo de atenção.

> *Complementando, podemos dizer que o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.*

Por essa característica, a definição, ou as escolhas em torno do modelo de atenção é palco de disputas por projetos no campo da saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, ou seja, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

Com o SUS, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, torna-se necessária a mudança do modelo de atenção à saúde. Ao longo dos anos de implementação do SUS trava-se uma disputa para a substituição do modelo centrado nas ações médico-curativas, excessivamente especializado, de alto custo e baixa resolutividade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado no cidadão, por um modelo de atenção que conjugue, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos.

No âmbito do SUS a organização da atenção à saúde deve considerar, além é claro dos três princípios fundamentais como o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade, uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúdedoença seja o resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde.

AS CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE ATENÇÃO PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

O modelo de atenção idealizado para o SUS precisa preconizar as seguintes questões:

Atenção longitudinal por uma mesma Equipe de Profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores sócio-epidemiológicos;

A Atenção Básica como porta de entrada mais coerente e adequada ao sistema;

Aumento da resolutividade de ações;

Afirmação da Atenção básica como melhor cenário para formação de profissionais orientados para atuarem na lógica de um Sistema de Proteção Social.

Nestes anos de implementação, a ESF alcançou melhoria de indicadores da cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna, melhoria do acesso a serviços odont ológicos, redução das internações desnecessárias, acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Educação Popular em Saúde, redução do número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, entre outros.

Tais avanços se deram em parte por medidas como:

Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);

Ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde;

Embora ainda em implementação, melhoramento, ampliação e qualificação, a ESF já conta com avanços significativos, tais como:

Modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e o custo-efetividade;

Criação do Programa Brasil Sorridente;

Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Criação do Programa Mais Médicos, ampliando a cobertura territorial com a presença do profissional de saúde e consequentemente aumento quantitativo e qualitativo da população atendida.

Torna-se inevitável relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da Atenção Básica nos últimos anos, saindo de 31,8% em 2002 para 62,4% em 2014. Atualmente, 5.460 municípios possuem Estratégia de Saúde da Família e mais de 121 milhões de pessoas - mais de 2/3 da população, estão sendo beneficiadas pela ESF.

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

1 Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas no modelo de integralidade nos diferentes níveis de atenção para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas? Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS nos próximos anos?

2 Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território?

DA CONQUISTA À FRAGILIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabeleceu um marco na proteção social do país, principalmente no que se refere a seguridade social, ao substituir a lógica dos seguros, na qual o direito era restrito à assistência médica e destinado somente aos trabalhadores formais com carteira de trabalho assinada. A partir da Constituição, a população brasileira passou a ser inserida num sistema de proteção social, alcançando a seguridade social como um direito universal. Nasce, então, a concepção de que a **Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social**.

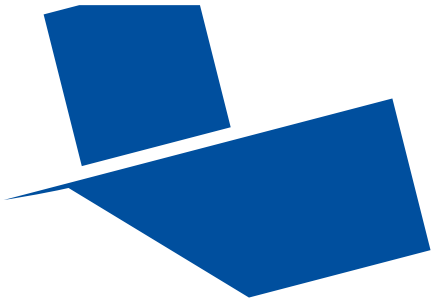
Apesar desse avanço, resultado da legítima disputa dos movimentos sociais, a seguridade social tem sofrido importantes ataques, desde a década de 1990, dificultando, assim, que as pessoas alcancem efetivamente a proteção social que lhes é de direito.

Parte desses ataques são caracterizados pela implementação da denominada **política de austeridade fiscal** e materializados quando os governos colocam a política econômica como prioridade, ou seja, as metas e resultados fiscais são as principais finalidades de suas ações, subordinando, assim, as políticas da seguridade social a um verdadeiro processo de retirada dos direitos sociais e garantias existentes. Cabe, ainda, ressaltar que as reformas trabalhista e da previdência social têm, também, uma significativa contribuição no agravamento do desmonte da seguridade social.

O SUBFI

A partir da década de 1990, o desafio de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros e todas as brasileiras de forma descentralizada, universal, equânime e integral reforçou a necessidade de discussão sobre a questão do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde. A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto as necessidades do sistema como os legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à Saúde e do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS.

Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário. Antes do SUS, o financiamento praticamente se restringia às contribuições dos trabalhadores organizados que, mais tarde, ficaram vinculados à Previdência Social. Apesar de estar previsto em lei, tanto na



Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde que preveem fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo, o financiamento do SUS tem sido instável e insuficiente, caracterizando real subfinanciamento do SUS, desde a sua criação.

> *A não aplicação integral do orçamento da Seguridade Social no financiamento da saúde, previdência e assistência social, que se reflete na não priorização da saúde como um direito constitucional e universal, ao lado de momentos de crises fiscal e financeira do Estado brasileiro são fatores determinantes de insuficiência histórica do financiamento do SUS.*

Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que o financiamento da saúde pública é precarizado, as sucessivas renúncias fiscais e subvenções de dinheiro público, inclusive para o setor privado de saúde, têm provocado uma expansão deste setor que subverte a ordem constitucional que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS.

As tentativas de vinculação de receitas e/ou de percentuais de gastos mínimos não conseguiram reduzir a instabilidade do processo de financiamento do SUS nas três esferas de governo. Os 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde definido pela CF de 1988 nunca foi cumprido.

A HISTÓRICA LUTA PELA REDUÇÃO DA INSTABILIDADE DE FINANCIAMENTO DO SUS

As disputas e embates por recursos financeiros para o desenvolvimento de um SUS público e universal estão presentes na sociedade brasileira desde a sua criação.

Já nos primeiros anos de implementação, foram várias as iniciativas para viabilizar a sustentabilidade financeira do SUS. Por exemplo, no ano de 1993, a PEC 169 propunha: a aplicação,

pela União, de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) + 10% das Receitas de Impostos Federais; a aplicação, pelos Estados, pelo DF e pelos Municípios, de no mínimo 10% da receita resultante dos seus impostos. Em 1995, a PEC 82 propunha a instituição da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Em 1997, considerando o subfinanciamento, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) pela Lei no 9.311/1996, com vigência entre 1997 e 2007, quando sua prorrogação foi vetada pelo Congresso Nacional. Inicialmente destinada integralmente à Saúde não representou acréscimo de financiamento para o SUS ao longo de sua vigência, perdendo, a partir de 1994, a sua condição inicial de "fonte exclusiva" quando parte do arrecadado passou a financiar o Fundo de Emergência Social (FSE), processo que, posteriormente, ficou denominado como DRU- Desvinculação de Receitas da União, mecanismo que permite ao governo federal retirar 30% do orçamento da seguridade social (OSS) para o tesouro nacional.

Em 1999, foi aprovada a Emenda Constitucional no 29 – EC 29, que constituiu uma desvinculação dos gastos de Saúde às fontes de financiamento da Seguridade Social, e a partir de 2000, substituída pelo atrelamento do acréscimo dos recursos federais da Saúde à variação nominal do PIB, determinou a aplicação de, no mínimo, 12% da Receita de Impostos e Transferências pelos Estados e DF e de, no mínimo, 15% da Receita de Impostos e Transferências pelos Municípios. O desempenho do PIB ao longo da primeira década deste século XXI foi pouco dinâmico, o que acarretou a perda de dinamismo dos recursos federais frente às necessidades crescentes do SUS.

A regulamentação da EC29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS. Durante este período houve uma luta do controle social para esta regulamentação, como o PLC 1/2003 no ano de 2003 e outros projetos de lei que propunham mudanças na aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas, inclusive com a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de incidência da CPMF extinta em 2007).

PLC 1/2003

União — Aplicação de, no mínimo, 10% das Receitas Correntes Brutas

Estados e DF — Aplicação de, no mínimo 12% das Receitas de

	Impostos e de transferências constitucionais
Municípios e DF	Aplicação de, no mínimo, 15% das Receitas de Impostos e de transferências constitucionais

Assim, com a vigência da Emenda Constitucional 29 a partir do ano de 2000, mantém-se um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de inseguranças de suas fontes para o financiamento do SUS.

A década de 2010 foi iniciada sem que esses conflitos fo ssem resolvidos. A regulamentação da EC 29 aconteceu no ano de 2012 com a promulgação da Lei Complementar 141/2012 (LC 141/2012), que, apesar de estabelecer claramente "o que pode" e "o que não pode" ser considerado como ações de saúde e aumentar a importâ ncia dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e fiscalizador do SUS, não incluiu os 10% das Receitas Correntes Brutas, mantendo a regra estabelecida na EC 29, o que significou que novos recursos financeiros para a saúde universal não foram assegurados.

O MOVIMENTO NACION A DA SAÚDE - "SA

Neste momento, a partir do diálogo entre diferentes movimentos sociais focados na saúde pública e com o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde e de várias entidades nacionais e movimentos sociais, nasceu o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública- "Saúde Mais 10", tendo como centralidade a priorização da saúde por meio de mais recursos financeiros para o setor, sendo necessária a alteração da LC 141/2012.

O movimento com mais de 2,1 milhõ es de assinaturas viabilizou a tramitação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) 321/2013 que previa a aplicação de 10% da Receita Corrente Bruta da União (ou seu equivalente em RCL) no financiamento da saúde, mas que não teve respaldo do Congresso Nacional.

A luta e mobilização pelo financiamento adequado ao tamanho dos desafios dos SUS não tiveram trégua no controle social. Em continuidade ao movimento Saúde Mais 10, a frente ABRASUS lança manifesto em defesa do SUS no período preparatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015). Neste momento a defesa da aprovação da PEC 01/2015 passa a ser fundamental para a garantia do atendimento gratuito e de qualidade aos brasileiros e às brasileiras, ao assegurar o percentual mínimo da receita corrente líquida para custeio da saúde no Brasil.

O AGRAVAMENTO DO SUBFINANCIAMENTO DO SUS COM A EC 95

A partir de dezembro de 2016 o financiamento do SUS sofre mais um duro golpe. É aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a EC 95, que ficou c onhecida como a "PEC da Morte". Com a EC 95 o financiamento dos diretos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036 afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública.

Na prática, a consequência final desse processo é a deterioração progressiva das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento federal do SUS impacta negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

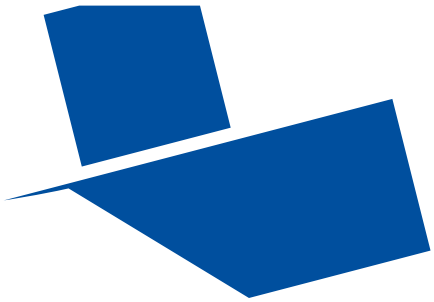
ude (CNS) lançou o abaixo ntra a Emenda para ser enviado ao Supremo T

O objetivo do abaixo -assinado é impedir a execução ilegal da Emenda Constitucional 95/2016, que substitui o "teto" (limite máximo) de despesas nas áreas de saúde e educação pelo "piso" (limite mínimo) de 2018 a 2036. Estima-se que, com o congelamento de investimentos, haverá uma redução de 400 bilhões no orçamento durante esse período. A fixação da regra do "teto" reduzirá, na prática, as despesas por habitante com o SUS e com a educação pública. Ainda que a população cresça nas próximas duas décadas, o governo vai reduzir os investimentos, mesmo diante de direitos básicos, garantidos na Constituição de 1988. "O acesso à saúde e à educação como obrigação do Estado deve estar acima de quaisquer divergências político-ideológicas para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna", diz o documento.

Desafios para um financiamento capaz de favorecer a implantação da saúde universal no nosso país

Que a União aplique 10%, no mínimo, da sua receita corrente bruta (ou seu equivalente em RCL) em ações e serviços públicos de saúde

Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL (fonte de financiamento para a saúde) para instituições financeiras (atual 9%) para 18%



O aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social);

O estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social, e consequentemente para a saúde.

Defesa do caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.

Implementação da ordem constitucional que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS,

não permitindo que os interesses privatizantes sejam preponderantes no modelo de gestão e de atenção à saúde no SUS

Rejeitar a permanência da DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a "saúde" financeira do referido orçamento

PERGUNTAS ESTIMULADORAS PARA O DEBATE

1 Quais são as principais consequências da falta de do financiamento insuficiente do sistema público de saúde na realidade local, regional e nacional?

2 Quais são as principais ações possíveis para a superação do subfinanciamento da saúde?

MEROS DO SUS

Contribuição expressiva para o aumento da expectativa de vida

1988 – 69,7 Anos 2016 – 75,8 Anos

Dados contabilizados em nos últimos anos demonstram os Grandes Números do SUS

Mais de 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais ao ano

Mais de 1,4 bilhão de consultas médicas ao ano

Mais de 11,5 milhões de internações ao ano

Saúde da Família atinge a mais de 112 milhões de habitantes, ou seja, mais da metade da população brasileira (56%) ao ano

619 milhões de atendimentos realizados em mulheres no SUS ao ano

2,7 milhões de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde ao ano

Mais de 27 mil transplantes ao ano

Mais de 150 milhões de pessoas por ano atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

Mais de 250 mil agentes comunitários de saúde na quase totalidade de municípios

O Progra Imunizações do s do mundo, ofer ntes imunobiológicos

O Programa Nacional de Imunizações contempla crianças, adolescentes, adultos, idosos gestantes e povos indígenas.

Ao todo, são disponibilizadas na rotina de imunização 19 vacinas, cuja proteção inicia nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida.

REGRAS DO PROCESSO DE CANDIDATURA E ELEIÇÃO DO DELEGADOS E DO DISTRITO FEDERAL PARA A ETAPA NACIONAL DA 16ª CNS (=8ª+8)

Considerando o Regimento da 16ª CNS (=8ª+8), aprovado pela Resolução CNS no 594, de 9 de agosto de 2018, a Etapa Estadual e do Distrito Federal deverão eleger Delegadas e Delegados que participarão da Etapa Nacional, de forma a assegurar a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos, no conjunto dos eleitos, obedecendo ao previsto na Resolução CNS no 453/2012 e na Lei no 8.142/1990:

I – 50% dos participantes serão representantes dos Usuários, e de suas entidades e movimentos;

II – 25% dos participantes serão representantes dos Trabalhadores da Saúde; e

III – 25% serão representantes de Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde.

A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados à Etapa Estadual e do Distrito Federal e à Etapa Nacional **buscará promover o mínimo de 50% de mulheres em cada delegação.**

1. Quais são as formas de eleição do conjunto de delegados/as estaduais e do Distrito Federal para a etapa nacional da 16ª CNS (=8ª+8)?

A eleição do conjunto de delegados/as estaduais e do Distrito Federal para a etapa nacional da 16ª CNS (=8ª+8) será realizada pela *via ascendente,* havendo, também, a possibilidade de que até 30% da delegação seja eleita pela *via horizontal*.

2. O que é eleição pela *via ascendente*?

A eleição por via ascendente é aquela regida pelos processos eleitorais tradicionais das Conferências de Saúde, ou seja, via pela qual será eleita a delegação do respectivo estado e do Distrito Federal para a Etapa Nacional escolhidos entre os participantes da respectiva etapa. Pela via ascendente deverá ser eleito, no mínimo, 70% do número total dos/as Delegados/as (conforme a tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS (=8ª+8) publicado pela Resolução CNS no 594/2018).

3. Os candidatos à eleição pela *via ascendente* devem participar da Etapa Estadual e do Distrito Federal?

Sim. Os eleitos pela via ascendente *precisam participar* da respectiva conferência.

4. Pela *via ascendente* também são eleitos/as respectivos/as suplentes?

Sim. Do total de delegados/as eleitos na via ascendente deve ser previsto a escolha de mais 20 % para serem suplentes para os casos de impedimento ou ausência dos Delegados/as eleitos/as.

5. O que é eleição pela *via horizontal*?

A via horizontal é uma nova prática da participação social para a eleição da delegação da Etapa Estadual e do Distrito Federal para participação na Etapa Nacional.

Por meio da via horizontal uma parcela de até no máximo 30% da delegação estadual e do Distrito Federal poderá ser eleita entre as/os representantes de entidades e movimentos sociais que, comprovadamente, atuaram na organização, na mobilização social e nos debates públicos das atividades preparatórias da 16ª CNS (8ª+8).

6. Então a os eleitos pela v ia horizontal compõem a delegação do Estado e do Distrito Federal?

Sim. Desde que hajam candidatos para eleição pela via horizontal, os eleitos desta forma comporão a delegação do Estado e do Distrito Federal

7. Em que momento será feita a eleição pela *via horizontal*?

A eleição pela via horizontal será realizada após a eleição da delegação pela via ascendente durante a Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

8. Os candidatos à eleição pela *via horizontal* devem participar da Etapa Estadual e do Distrito Federal?

Não necessariamente. Os candidatos para a eleição pela via horizontal não precisam participar da respectiva conferência.

9. Quais são as atividades preparatórias da 16ª CNS (=8ª+8) que poderão qualificar participantes da eleição pela *via horizontal*?

Podem se eleger pela via horizontal as pessoas ou os/as representantes de entidades e movimentos sociais que *comprovem a participação na organização e mobilização* das atividades preparatórias da Etapa Municipal e da Etapa Estadual/Distrito Federal, tais como: Plenárias

Populares, com a participação de conselheiras e conselheiros municipais, estaduais e nacionais, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais, cujos objetivos, conteúdos e metodologias terão por base as definições do Art. 1o do Regimento da 16ª CNS (=8ª+8) e conferências livres, compreendidas como os Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional.

10. Quais são os critérios mínimos para a realização destas atividades preparatórias que justifiquem a participação na eleição pela *via horizontal*?

As atividades citadas no item anterior devem ter no mínimo os seguintes critérios para que possam justificar a participação na eleição pela via horizontal:

I – o candidato deve ter organizado e mobilizado atividades políticas, de debate e de mobilização voltadas para a 16ª CNS (=8ª+8), que tenham reunido no mínimo 5 vezes o número de Delegados/as, previstos para o respectivo estado e Distrito Federal, na tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS (=8ª+8) publicado pela Resolução CNS no 594/2018; e também

II – colhido assinaturas de, no mínimo 10 vezes a mais de pessoas que o número de Delegados/as previstos para o respectivo estado e Distrito Federal, tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS (=8ª+8) publicado pela Resolução CNS no 594/2018, para o abaixo assinado "Somos amigas e amigos das causas: SUS público, universal, integral e de qualidade. Educação pública, gratuita e de qualidade", disponível no site do Conselho Nacional de Saúde, http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/08ªgo01_ abaixoAssinadoEC95.html

11. Aqueles que optarem por disputar as vagas da eleição pela via horizontal poderão participar também da eleição por via ascendente?

Não. Os participantes da eleição pela via horizontal não poderão pleitear a concorrência entre as vagas da eleição da via ascendente.

12. Como garantir a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos pela via horizontal?

Toda a delegação (via ascendente + via horizontal) deve observar a paridade prevista na Resolução CNS no 453/20122, ou seja, o resultado final da lista de delegados/as é que deve cumprir com a legislação pertinente à paridade.

13. Como viabilizar na prática essa paridade?

Ao se inscrever para a eleição pela via horizontal, o candidato/a deverá informar a qual segmento pertence. No processo de abertura e definição de vagas para a eleição pela via

horizontal, o respectivo conselho deverá informar para qual ou quais segmentos as vagas serão destinadas.-

14. Como o Estado e o Distrito Federal devem organizar o processo de eleição pela via horizontal?

Cabe ao Conselho Estadual e do Distrito Federal definir, em instrumento normativo, os prazos e os documentos necessários para viabili zar as inscrições dos candidatos/as a eleição pela via horizontal, respeitando as definições constantes do Regimento e das Diretrizes Metodológicas da 16ª CNS (=8ª+8) sobre o assunto.

15. O que deve constar, minimamente, no instrumento normativo do Conselho Estadual e do Distrito Federal sobre a eleição pela via horizontal?

O instrumento normativo do Conselho Estadual e do Distrito Federal sobre a eleição pela via horizontal deve constar, minimamente:

- Data limite para que os interessados em concorrer a uma vaga pela eleição pela via horizontal apresentem sua inscrição, em formulário próprio disponibilizado pelo respectivo conselho;
- Definição da lista de documentos a serem apresentados no ato da inscrição, que comprovem o cumprimento dos critérios mínimos para participação na eleição pela via horizontal.

16. O Conselho Estadual e do Distrito Federal devem definir previamente o número de vagas para a eleição pela via horizontal?

Não. O Conselh o Estadual e do Distrito Federal não devem definir previamente o número de vagas para a eleição pela via horizontal. A proporção a ser utilizada na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal (no mínimo 70% pela via ascendente e no máximo 30% pe la via horizontal) será definida com base na demanda de candidaturas inscritas, no prazo estabelecido pelo Conselho Estadual e do DF (conforme item

anterior) para a eleição pela via horizontal, até o máximo de 30% do número total dos/as Delegados/as, conforme a tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS (=8ª+8) publicado pela Resolução CNS no 594/2018.

DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

ESTADO/REGIÃO	NÚMERO DE DELEGADOS
Região Norte	444
Rondônia	56
Acre	48
Amazonas	76
Roraima	48
Pará	112
Amapá	48
Tocantins	56
Região Nordeste	872
Maranhão	100
Piauí	68
Ceará	120
Rio Grande do Norte	72
Paraíba	76
Pernambuco	124
Alagoas	72
Sergipe	60
Bahia	180
Região Centro-Oeste	296
Mato Grosso do Sul	64
Mato Grosso	68
Goiás	96
Distrito Federal	68
Região Sudeste	960
Minas Gerais	232
Espírito Santo	76
Rio de Janeiro	192
São Paulo	460
Região Sul	380
Paraná	140
Santa Catarina	100
Rio Grande do Sul	14

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília - DF, 4 a 7 de agosto de 2019

www.conselho.saude.gov.br/16cns
Telefone: (61) 3315 - 2150
Email: 16cns@saude.gov.br

Conselho Nacional de Saúde

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL