

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)
PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS NACIONAIS

CARLOS ANTONIO MARTINS

**POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O PROCESSO DE
DEMOCRATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.**

Brasília

2012
CARLOS ANTONIO MARTINS

**POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O PROCESSO DE
DEMOCRATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.**

Monografia de conclusão, para aprovação na pós-graduação em nível de especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Msc. Vanderson Carneiro.

Belo Horizonte



Universidade Federal de Minas Gerais
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais
Av. Antônio Carlos, 6627 – Caixa Postal 253 - Cidade Universitária - Pampulha
31270-901 - Belo Horizonte – MG / e-mail: adm_edist_@fafich.ufmg.br
TEL (31) 3409-5004

ATA DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, REPÚBLICA E MOVIMENTOS SOCIAIS

Aos 31 (trinta e um) dias do mês de janeiro de 2013 (dois mil e treze), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) reuniu-se a Comissão Avaliadora da monografia elaborada por Carlos Antônio Martins, intitulada “Políticas de Saúde no Brasil: o processo de democratização da política de saúde no Brasil”.

A Comissão, composta por Lílian Cristina Bernardo Gomes (Universidade Federal de Minas Gerais) e Vanderson Gonçalves Carneiro (Universidade Federal de Minas Gerais), após apresentação da monografia, deliberou pela sua aprovação com reformulações, o que confere ao aluno o título de Especialista em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Para constar, foi lavrada a presente ata, assinada pelos membros presentes.

Belo Horizonte, 31 de janeiro de 2013.

Lílian Cristina Bernardo Gomes – Universidade Federal de Minas Gerais

Vanderson Gonçalves Carneiro – Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

O trabalho procura discutir a trajetória histórica da política de saúde no Brasil. Desde sua colonização até os dias atuais, a área de saúde sofreu diversas mudanças, durante a colonização, o acesso à saúde era privilégio de poucos, hoje o sistema de saúde pública é acessível a todos os cidadãos brasileiros, além de acessível nos dias atuais o cidadão tem a possibilidade de participar das discussões voltadas para área e de como o orçamento deve ser gasto, principalmente através de instituições participativas como os conselhos de saúde e as Conferências nacionais de Saúde.

Apesar de haver participação popular essa participação não é direta, a população é representada por setores e organizações, que conhecem o seu dia a dia para apresentar suas dificuldades e necessidades a fim de que os futuros projetos sejam realizados visando sanar as demandas sociais.

A monografia procura apresentar os principais fatos e acontecimentos que predominaram nesse processo de democratização da saúde pública, e um resumo que demonstre o avanço da participação popular nas Conferências Nacionais de Saúde através, e no atual processo de gestão pública da saúde no Brasil.

SUMÁRIO

1 – Introdução.....	07
2 – Referencial Teórico.....	09
3 – Contextualização da Saúde Pública no Brasil.....	10
3.1 – A situação da Saúde Pública no período de Colonização do Brasil.....	10
3.2 – Saúde Pública durante a 1ª República Brasileira.....	12
3.3 - A Saúde Pública após a 1ª República Brasileira.....	16
4 - A transição do INAMPS para o SUS.....	19
4.1 - O Sistema Único de Saúde (SUS), criação e competências.....	21
4.2 – Saúde Pública como direito social e princípios.....	23
5 – As Conferências Nacionais de Saúde.....	26
5.1 – As Conferências Nacionais de Saúde antes da Constituição Federal de 1988.....	27
5.2 – As Conferências Nacionais de Saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988.....	32
5.3 - A 14º Conferência Nacional de Saúde e seus objetivos.....	34
5.3.1 – Avanços e Desafios para a Participação da Comunidade.....	36
5.3.2 – Avanços e Desafios para a Gestão Pública do SUS.....	37
6 – Considerações Finais.....	38
Referências Bibliográficas.....	39

1 – Introdução

A busca pela melhoria do sistema de saúde pública do Brasil aconteceu em diversos momentos na história do país, sempre através da luta, na busca pelos direitos sociais. Apesar de o governo sempre ter tratado a saúde pública de forma a manter a ordem econômica e social. A população brasileira se manifestou por diversas vezes para que no Brasil, tivéssemos um sistema de saúde onde houvesse possibilidade da participação popular em suas políticas, e para que as políticas voltadas para área de saúde fossem pautadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Desde sua colonização por volta do ano de 1500, até os dias atuais as políticas públicas de saúde no Brasil, que não existiam, foram criadas e passaram por diversas transformações, essas transformações foram motivadas pelo sistema de governo, pela necessidade da época e pela força de movimentos populares.

No início durante a colonização do Brasil, período em que a forma de governo era a Monarquia Constitucional Parlamentarista, sendo que no Império não existiam políticas de saúde pública, sendo posteriormente criado um sistema de saúde que só antedia a realeza e seus próximos, somente com a instituição no Brasil do sistema de república foi que ocorreram as primeiras medidas, mas que mesmo assim foram medidas impostas e que tinham o intuito de curar e não prevenir e educar, esse sistema colaborou para a melhora do sistema, mas não durou.

Com início da ditadura militar no Brasil, uma das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) como forma de tornar o sistema mais amplo. Em 1960, ocorreu a unificação desses IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. Aconteceu que em 1967 ainda pelas mãos dos militares houve a unificação de IAPs e a conseqüente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. A estrutura foi se modificando tendo a criação

do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1978, que ajudou nesse trabalho nos repasses para iniciativa privada. Um pouco antes, em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados.

A democratização na área de saúde teve seu início em 1941, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), durante esse início esse processo não era de toda forma democrático, apesar de tratar sobre o tema de forma mais ampla, não permitia a participação popular ou a representação desses por entidades de classe, procedimento esse que ao longo dos anos foi sendo reavaliado, tendo como marco em 1986 a participação da sociedade civil e entidades representativas nas tomadas de decisões voltadas para a área de saúde no Brasil.

A questão da participação social nas CNS, contribuiu e essa participação trouxe para os debates e as políticas de saúde no Brasil, a real necessidade e demandas da população.

A presente monografia busca apresentar os principais fatos e acontecimentos que predominaram nesse processo de democratização da saúde pública, e um resumo que demonstre o avanço da participação popular nas Conferências Nacionais de Saúde através, e no atual processo de gestão pública da saúde no Brasil. Busca ainda, trazer elementos que contribua com a atual discussão de reconhecimento do SUS como uma política pública e “patrimônio do povo brasileiro”, ou seja, ao trazermos a trajetória da gestão pública de saúde no Brasil, tivemos a intenção de destacar a importância do SUS e os desafios para a participação e sua gestão compartilhada. Trata-se, portanto, de uma pesquisa bibliográfica e histórica deste processo.

2. Referencial Teórico

Ao estudar o processo de democratização do sistema de saúde público do Brasil, foi verificado que estamos em um processo de redemocratização nacional (ALDINO GRAEF 2010), através de um novo pacto federativo, estabelecido no país após a excessiva centralização do poder durante os 20 anos de regime militar.

Vale lembrar que (LAURA JARDIM 2011) define democracia como um tema atual que ao longo dos séculos, foi adquirindo e/ou alterando seu significado e valor, e que essa democracia pode ser desenvolvida de três formas: representativa, participativa e deliberativa.

Hoje no Brasil nós vivenciamos a forma de democracia representativa, ou *accountability* em que se espera que os governos representativos realizem suas atividades de acordo com a Lei e dando publicidade dos atos realizados, de forma transparente e justificada.

A área de saúde foi a pioneira na proposição de articulação e participação social com o objetivo de definir prioridades, assegurar a regularidade e fiscalizar a realização das mesmas (ELEONORA SCHETTINI 2011). E sua origem está ligada a dois movimentos sociais importantes da redemocratização brasileira: de um lado, o movimento sanitarista que envolveu profissionais da área saúde e se tornou forte no final dos anos 70 nas universidades e alguns outros setores (AVRITZER 2008) do outro o movimento popular da saúde, que teve a sua origem na zona leste da cidade de São Paulo e envolveu mães e outros usuários da saúde cujo objetivo principal era controlar a qualidade dos serviços de saúde (SADER, 1988; JACOBI, 1994). O movimento popular de saúde reivindicava à participação social, a autonomia da sociedade civil no processo de decisão sobre os serviços de saúde municipal. O Movimento sanitarista solicitava uma proposta de medicina preventiva e na reorganização do papel do Estado no sistema de saúde do país. Segundo (AVRITZER 2012), esse foi considerado o primeiro conselho brasileiro, pensando em conselheiros eleitos pela sociedade civil, com a função de exercer algum tipo de controle sobre as políticas públicas.

3. Contextualização da Saúde Pública no Brasil

3.1 A situação da Saúde Pública no período da Colonização do Brasil

No século XVI, o Brasil estava sendo colonizado por Portugal, e durante esse processo de colonização Portugal só enviou para o Brasil, militares, marinheiros, degredados e aventureiros, pessoas à quem não davam importância e não se preocupavam com a saúde desses primeiros colonizadores. Desde o início da colonização até a vinda da família real ao Brasil não havia médicos, o pajé, com suas [ervas](#) e [cantos](#), a medicina dos [jesuítas](#) e os [boticários](#), que viajavam pelo Brasil Colônia, eram as únicas formas de assistência à saúde, até 1789, havia no Rio de Janeiro apenas quatro médicos (INDRIUNAS, 2008).

Medicamentos oficiais da Europa, só apareciam quando algum navio português, espanhol ou francês surgiam em expedição, trazendo o cirurgião barbeiro ou uma botica com diversas drogas e curativos.

Foi assim até a instituição do Governo Geral, de Thomé de Souza, que chegou na colônia com diversos religiosos, profissionais e entre eles Diogo de Castro, único boticário da grande armada, que possuía salário e função oficial. Os jesuítas acabaram assumindo funções de enfermeiros e boticários.

Inicialmente, todo medicamento vinha de Portugal já preparado. Todavia, as ações piratas do século XVI e a navegação dificultosa impediam a constância dos navios e era necessário fazer grande programação de uso, como ocorria em São Vicente e São Paulo. Devido a estes fatos, os jesuítas foram os primeiros boticários do Brasil, onde seus colégios abrigavam boticas. Nestas, era possível encontrar remédios do reino e plantas medicinais.

Em 1640 foi legalizado as boticas como ramo comercial. Os boticários eram aprovados em Coimbra pelo físico-mor, ou seu delegado na então capital Salvador. Tais boticários, devido a facilidade de aprovação, eram pessoas de nível intelectual baixo, por vezes analfabetos, possuindo pouco conhecimento sobre os medicamentos. Comerciantes de secos e molhados se juntavam com boticários para sociedade e isto era prática comum na época.

Em 1744, o exercício da profissão passou a ser fiscalizado severamente, devido a reforma feita por Dom Manuel. Era proibido ilegalidades no comércio das drogas e medicamentos.

Somente em março de 1808, iniciou-se uma pequena estrutura sanitária no Brasil, mas precisamente na cidade do Rio de Janeiro, capital do país, para dar suporte a corte real, essa estrutura era ínfima, e atendia somente a realeza e as pessoas ligadas diretas a corte real, além disso as outras poucas atividades voltadas para área de saúde naquele tempo eram basicamente, o controle dos navios e saúde dos portos e a delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais (POLIGNANO, 2008).

No ano de 1808 foram criadas as duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Mas o ensino de farmácia só iniciou-se no Brasil em 1824; porém, ainda em 1809, o curso de medicina do Rio de Janeiro (cadeiras: Medicina, Química, Matéria Médica e Farmácia) era instituído e o primeiro livro daquela faculdade foi escrito por José Maria Bontempo, primeiro professor de farmácia do Brasil.

Essas foram às únicas medidas governamentais voltadas para a área de saúde até a Proclamação da República em 1889.

É indubitável que neste período a saúde pública não era de interesse dos governantes e que era dirigida somente aos que tinham posse, sendo que a população em geral, não tinha acesso, muito menos participação nas tomadas de decisão.

3.2 Saúde Pública durante a 1ª República Brasileira

A primeira medida sanitarista significativa para a área da saúde no país, somente foi ocorrer no primeiro governo do quinto presidente do Brasil eleito após a

proclamação da república, o Presidente da República Francisco de Paula Rodrigues Alves, conhecido como Presidente Rodrigues Alves, foi o primeiro presidente a se preocupar com o rumo da saúde coletiva no Brasil.

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro, como capital da República, apesar de possuir belos palacetes e casarões, tinha graves problemas urbanos: rede insuficiente de água e esgoto, coleta de resíduos precária e cortiços super povoados. Nesse ambiente proliferavam muitas doenças, como a tuberculose, o sarampo, o tifo e a hanseníase. Alastravam-se, sobretudo, grandes epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica. Decidido a sanear e modernizar a cidade, o então presidente da República Rodrigues Alves deu plenos poderes ao prefeito Pereira Passos e ao médico Dr. Oswaldo Cruz para executarem um grande projeto sanitário.

Para erradicar a varíola, o sanitarista convenceu o Congresso a aprovar uma lei obrigando os cidadãos a tomarem uma vacina, editou-se então a Lei Federal 1.261 de 31 de outubro de 1904, que criou a Vacina Obrigatória anti-varíola, e permitia que brigadas sanitárias, acompanhadas por policiais, entrassem nas casas para aplicar a vacina à força.

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

Em uma atuação própria de polícia, o sanitarista convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões. Sem nenhum tipo de ação educativa, a população estava confusa e descontente. A cidade parecia em ruínas, muitos perdiam suas casas e outros tantos tiveram seus lares invadidos pelos mata-mosquitos, que agiam acompanhados por policiais. Além disso, o boato de que a vacina teria de ser aplicada nas "partes íntimas" do corpo (as mulheres teriam que se despir diante dos vacinadores) agravou a ira da população, que se rebelou.

A população, com receio das medidas de desinfecção, trabalho realizado pelo serviço sanitário municipal, revolta-se tanto que, certa vez, o próprio presidente Rodrigues Alves chama Oswaldo Cruz ao Palácio do Catete, pedindo-lhe para,

apesar de acreditar no acerto da estratégia do sanitarista, não continuar queimando os colchões e as roupas dos doentes.

Após esses fatos a resistência popular, quase que em um golpe militar, e com o apoio de positivistas e dos cadetes da Escola Militar, iniciou um movimento contra a campanha da vacina obrigatória, esses acontecimentos tiveram início no dia 10 de novembro de 1904, com uma manifestação estudantil, cresceram consideravelmente no dia 12, quando a passeata de manifestantes dirigia-se ao Palácio do Catete, sede do Governo Federal. A população estava alarmada. No domingo, dia 13, o centro do Rio de Janeiro transforma-se em campo de batalha: era a rejeição popular à vacina contra a varíola que ficou conhecida como a revolta da vacina, este foi o primeiro grande movimento popular voltado para a área da saúde pública.

Ninguém aceitou a imposição, a forma como foi feita a campanha da vacina, revoltou do mais simples ou mais intelectualizado. Rui Barbosa fez o seguinte comentário sobre a imposição à vacina: “Não tem nome, na categoria dos crimes do poder, a temeridade, a violência, a tirania a que ele se aventura, expondo-se, voluntariamente, obstinadamente, a me envenenar, com a introdução no meu sangue, de um vírus sobre cuja influência existem os mais bem fundados receios de que seja condutor da moléstia ou da morte.” (história da saúde pública no Brasil, http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde_p%C3%BAblica#cite_note-4).

Apesar do fim conflituoso, o sanitarista conseguiu resolver parte dos problemas e colher muitas informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária.

Pouco foi feito em relação à saúde depois desse período, apenas com a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a primeira massa de operários do Brasil, começou-se a discutir, obviamente com fortes formas de pressão como greves e manifestações, um modelo de assistência médica para a população pobre.

Assim, em 1923, surge a lei Elói Chaves, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Essas instituições eram mantidas pelas empresas que passaram a oferecer esses serviços aos seus funcionários. A União não participava das caixas. A primeira delas foi a dos ferroviários. Elas tinham entre suas atribuições, além da assistência médica ao funcionário e a família, concessão de

preços especiais para os medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Detalhe, essas caixas só valiam para os funcionários urbanos.

Neste período percebe-se que a gestão na área de saúde pública tem seus primeiros passos com certa melhora em relação ao período anterior, essa melhora é somente em relação a ampliação dos atendidos pelo sistema de saúde público, e mesmo assim permanece muito aquém do necessário, sendo as decisões tomadas somente pelo governo e sendo impostas aos cidadãos, que não tinha direito a expressarem sua opinião.

O último presidente da 1ª República fez um balanço comparando o governo da Republica Nova, Doutor Washington Luís Pereira de Sousa, que também era historiador, em sua Mensagem de 1927 ao Congresso Nacional, avaliou o progresso brasileiro obtido pela 1ª República, comparando os dados estatísticos de 1888 com os de 1926, sem deixar de elogiar, porém, os 50 anos de paz interna conseguidos pelo Império do Brasil. A análise de dados feita pelo presidente está contida na tabela, abaixo na qual podemos verificar, que o único avanço na área de saúde pública foi a erradicação da febre amarela:

Quadro 1 – Comparativo das melhorias alcançadas entre o período de 1888 a 1926.

CRITÉRIO	NO ANO DE 1888	NO ANO DE 1926
Municípios	916	1.407
Habitantes	13.788.872	36.970.972
Portos	1	8
Estradas	360km	53.248km
Linhas Teleféricas	18.022km	82.213km
Estradas de Ferro	9.322km	31.330km
Usinas Hidrelétricas	1	426
Toneladas de mercadorias no comércio externo	597.562	1.852.642
Jornais	533	2.376
Febre amarela	Havia a febre amarela	A febre amarela estava controlada

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Rep%C3%BAblica_Velha

O Presidente Washingtons Luís, conclui *dizendo que com esse confronto (de dados) não queremos negar o progresso do Brasil durante o regime monárquico, mas acentuar que a república não só não embaraçou como auxiliou e acelerou material, moral e intelectualmente o desenvolvimento da nação. O ano de 1888 punha termo a uma época de relativa tranquilidade econômica do Império, após longa e duradoura paz, enquanto o período atual desenvolveu-se dentro de perturbações profundas, para o estabelecimento e consolidação da república, e se fecha com*

cinco anos de revoltas que abalaram profundamente a cultura moral, o crédito e a riqueza da nação! (Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Rep%C3%ABlica_Velha)

3.3 A Saúde Pública após a 1ª Republica Brasileira

Esse modelo começa a mudar a partir da Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas toma o poder. É criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que, por causa do modelo sindicalista de Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas caixas. Suas atribuições são muito semelhantes às das caixas, prevendo assistência médico. O primeiro IAP foi o

dos marítimos. A União continuou se eximindo do financiamento do modelo, que era gerido pela contribuição sindical, instituída no período getulista (INDRIUNAS, 2008).

Quanto ao ministério, ele tomou medidas sanitárias como a criação de órgãos de combate a endemias e normativos para ações sanitárias. Vinculando saúde e educação, o ministério acabou priorizando o último item e a saúde continuou com investimentos irrisórios.

Dos anos de 1940 a 1964, início da ditadura sob o regime militar, as discussões sobre saúde pública brasileira se basearam na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente. A Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, unificava os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. É a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, definia-se efetivamente uma contribuição do Erário Público. Mas tais medidas foram ficando no papel.

A efetivação dessas propostas só aconteceu em 1967, pelas mãos dos militares, que unificaram as IAPs, as quais se tornaram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. Mais complexa, a estrutura foi se modificando e acabou por criar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses para iniciativa privada.

Em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro *boom* na rede privada (Políticas de Saúde no Brasil - Um século de luta pelo direito à saúde, DVD). Poucas medidas de prevenção e sanitárias foram tomadas.

A mais importante foi a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (Sucam) órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), essa Fundação herdou experiência e conhecimento acumulados, ao longo de várias décadas, de atividades de combate às endemias de transmissão vetorial, que transformaram a Sucam no órgão de

maior penetração rural no país. Sua estrutura operacional estava presente em todos os Estados brasileiros.

Não há localidade no interior do Brasil, por mais remota, que não tenha sido periodicamente visitada por guardas da Sucam. A eficiência e a disciplina desses servidores sempre foram reconhecidas pela população e pelas autoridades locais. Sua estrutura de campo foi também utilizada na execução de outras atividades de saúde pública, fora do âmbito de suas responsabilidades institucionais. Tinha como finalidade o controle ou erradicação das grandes endemias no Brasil, desenvolvendo quatro Programas de Controle de Doenças: Chagas, malária, esquistossomose e febre amarela, bem como cinco Campanhas Contra: a filariose, o tracoma, a peste, o bócio endêmico e as leishmanioses. Possuía em todas as unidades federadas diretorias regionais, que tinham em sua estrutura distritos sanitários, totalizando oitenta em todo o país, sendo essas as unidades responsáveis pela operacionalização de atividades de campo.

A Sucam foi legítima herdeira de um dos mais antigos modelos de organização de ações de saúde pública do Brasil, denominado sanitismo campanhista. Esse modelo teve como premissa a revolução pasteuriana (alusão ao cientista francês Louis Pasteur) e foi implementado pelo médico-sanitarista Oswaldo Cruz, na primeira década do século XX.

Instalou-se um modelo de saúde médico em que os hospitais eram o centro do cuidado e da atenção a saúde, efetivado através da iniciativa privada, que valorizava a saúde individual, beneficiando apenas um pequeno número de trabalhadores urbanos, com um declínio progressivo das medidas voltadas à saúde pública.

As práticas de saúde estavam condicionadas ao capital externo no que diz respeito de tecnologia e medicamentos, destacavam-se as práticas curativas de caráter assistencialista.

Durante a transição democrática, finalmente a saúde pública passa a ter um fiscalização da sociedade. Em 1981, ainda sob a égide dos militares, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Com o fim do regime militar, surgem outros órgãos que incluem a participação da sociedade civil como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Se, de um lado, a sociedade civil começou a ser mais ouvida, do outro, o sistema privado de saúde, que havia se beneficiado da política anterior, teve que arranjar outras alternativas. É nesse período que se cria e se fortalece o subsistema de atenção médico-suplementar. Em outras palavras, começa a era dos convênios médicos. Surgem cinco modalidades diferentes de assistência médica suplementar: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguro-saúde e plano de administração.

Ao lado dessas mudanças, os constituintes da transição democrática começaram a criar um novo sistema de saúde, que mudou os parâmetros da saúde pública no Brasil, o SUS.

4. A transição do INAMPS para SUS

Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política, e de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo; ao longo da década de 1980 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS.

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e que tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a [previdência social](#), ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 1970 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços. Sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Considerado "o eterno guru da Reforma Sanitária", Sergio Arouca costumava dizer que o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. Existia uma idéia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura. Esse movimento social somente se consolidou

em 1986 durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual, pela primeira vez, mais de quatro mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. Em meados da década de 70 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS.

4.1 O Sistema Único de Saúde (SUS), criação e competências

O SUS surgiu da ideia de um movimento pela reforma sanitária, com novas propostas que dariam origem a um sistema renovado, um modelo voltado para as necessidades da população e de acesso universal. Procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. O conceito de saúde se expande e incorpora outros fatores relacionados, atento aos aspectos sociais, econômicos e culturais.

No entanto, o SUS enfrentou muitas dificuldades para ser implantado devido à ideologia e política econômica dos governos a partir dos anos 90, baseados na ideologia neoliberal a qual favorece o setor privado.

Apesar disso a estrutura do sistema resistiu, numa dicotomia que o tornou excludente, pois, apesar de se basear na proposta da universalidade, integralidade e promoção de saúde, o sucateamento da máquina pública o permitiu apenas o atendimento à população mais pobre, fortalecendo os planos privados e mantendo o modelo mercantil-curativo.

Assim surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos. Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil.

O Art. 200 da Constituição Federal (CF) de 1988 definiu as seguintes competências ao criar o Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), sancionada em 1990, definiu as outras atribuições complementando os art.196, 197, 198 e 200 da CF, regulando as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelecendo, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de desfavorecido, aos poucos importantes vitórias vão sendo conquistadas, fortalecendo e concretizando o Sistema Único de Saúde - como a Emenda Constitucional 29 que representou um grande avanço ao diminuir a instabilidade do financiamento no setor de saúde- e diante de toda essa história de políticas públicas de saúde imediatistas, voltadas aos interesses econômicos, e curativas centralizantes que fortaleceram a iniciativa privada ao longo dos anos que o Sistema Único de Saúde foi se firmando como modelo assistencial de todos os brasileiros que necessitam de atendimento.

4.2 Saúde Pública como direito social e princípios

O art. 2º da LOS reafirmando o constante no art. 196 CF, define saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A LOS definiu os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios definidos foram da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais, mas não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular.

Universalidade: a saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover *atenção* à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei.

Integralidade: a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

Equidade: todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em *igualdade*, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela *equidade* do SUS.

Participação da comunidade: o controle social, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142 de 1990. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro

anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto.

Descentralização político-administrativa: o SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos.

Hierarquização e regionalização: os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a sua eficiência e eficácia. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, abrangência a área de vários serviços de menor complexidade.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece ainda os seguintes princípios:

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

5. As Conferências Nacionais de Saúde

Atualmente as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos na área de saúde e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Cujo princípio é a participação da comunidade nas deliberações sobre as diretrizes de saúde. Sejam elas na área da cura, prevenção ou ações de educação e saneamento. As Conferências contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e, atualmente, são realizadas a cada quatro anos.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) completaram 71 anos de existência, em 10 de novembro de 2012. E foi criada com princípio diferentes dos que são praticados atualmente, em sua concepção as CNS foram idealizadas com o propósito de reunir meios e subsídios para resolver os problemas relacionados a saúde coletiva, naquela época a ação de realizar uma Conferência Nacional voltada para a área de saúde foi considerada como o auge do sanitarismo no Brasil, mas a CNS em sua ideia inicial visava discutir apenas temas ligados propriamente a cura para as doenças e epidemias que assolavam o período.

Com o passar dos anos e amadurecimento do tema foi-se verificando que a cura das doenças não era suficiente e que teriam que ser discutidas formas diferentes de combater as doenças, uma das formas propostas foi a prevenção, chegou ao consenso que o custo da prevenção era menor do que o os valores gastos com tratamentos de doenças.

O auge das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foi considerado com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

5.1 As Conferências Nacionais de Saúde antes da Constituição Federal de 1988

Durante o governo de Getúlio Vargas, foi editada a Lei nº 378, em 13 de janeiro de 1937, essa lei trouxe uma nova organização ao Ministério da Educação e Saúde, sob o comando do Ministro Gustavo Capanema, nessa nova estrutura foi instituído a Conferência Nacional de Saúde como órgão destinado a promover o entendimento do Ministério com os Governos Estaduais, inicialmente a intenção era de promover as conferências anualmente ou pelo menos de dois em dois anos, porem a primeira conferência nacional de saúde só foi realizada em novembro de 1941, quatro anos após a lei que a autorizou.

O Decreto nº 6.788, de 31 de janeiro de 1941, aprovou a realização da 1º CNS no primeiro semestre de 1941 e definiu como objetivo a discussão dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas em especial deveria tratar dos seguintes assuntos:

- a) Organização sanitária estadual e municipal;
- b) Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e tuberculose;
- c) Determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento;
- d) Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Porem após diversas prorrogações a 1ª CNS só foi realizada entre os dias 10 a 15 de novembro de 1941, sendo sua concepção mais para área curativa e não preventiva, com defesa sanitária da população, assistência social aos indivíduos e às famílias, proteção da maternidade, da infância e da adolescência. Suas finalidades foram:

- a) Estudar as bases de organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância, sínteses dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados, nesses dois terrenos do serviço publico nacional.

b) Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbitas estadual e municipal.

c) Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra lepra e a tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de água e esgotos.

Durante a realização da 1º Conferência Nacional da Saúde não houve a participação popular, participaram como presidente o Ministro da Educação e Saúde, vice-presidente o Diretor do serviço de Estatística da Educação e Saúde, secretário geral o Diretor do Serviço Nacional de Lepra, relatores gerais Diretores do departamento Nacional de Saúde e do Departamento Nacional da Criança, autoridades administrativas que representavam os departamentos e setores ligados a área de saúde do Ministério da Educação e Saúde, os governos dos estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.

Após a 1ª CNS as conferências deveriam ocorrer anualmente ou, pelo menos, de 2 em 2 anos, porém, por motivos diversos isso não foi possível e a 2ª CNS ocorreu somente em 1950, nove anos após a 1ª CNS, e nela estabeleceu-se legislação referente à higiene e segurança do trabalho, mesmo esse tema já ter sido transferido para o Ministério do Trabalho em 1942, e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes.

As duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde foram realizadas na época em que a Saúde ainda estava subordinada ao Ministério da Educação, e não tiveram a devida importância que mereciam, ficando em segundo tema no Ministério após o tema da Educação. A 2ª CNS foi realizada na gestão do Ministro Pedro Calmon, e novamente não contou com a participação popular, tendo como participantes somente autoridades administrativas dos departamentos e setores ligados a área de saúde do Ministério da Educação e Saúde, dos governos dos estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.

Dez anos após o desdobramento do Ministério da Educação e Saúde, o Ministério da Saúde agora autônomo, em 1963 realiza a 3ª CNS, treze anos após a

anterior, as vésperas do golpe militar, com a proposta inicial de descentralização na área de saúde. Além disso, propôs que fossem definidas as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, para que, inspirados nos pressupostos da reforma estudada, colocassem em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de saúde pública.

4ª CNS realizada em 1967, quatro anos após a anterior, sob a gestão do Ministro Leonel Miranda, foi a primeira após o movimento militar de 1964, sua temática foi mais restrita, com os debates centrados nos aspectos pertinentes aos recursos humanos e teve como ponto principal a discussão de recursos humanos necessários às demandas de saúde no país. Foi à primeira vez nas conferências de saúde no Brasil que se debateu a questão dos trabalhadores da saúde, não contou com a participação popular, tendo como participantes somente autoridades administrativas dos departamentos e setores ligados a área de saúde do Ministério da Educação e Saúde, dos governos dos estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.

A 5ª CNS realizada sob a gestão do Ministro Paulo de Almeida Machado em 1975, oito anos após a anterior, tendo como destaque a constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização, com a proposta de elaboração de uma política nacional de saúde. Também não contou com a participação popular, tendo como participantes somente autoridades administrativas dos departamentos e setores ligados a área de saúde do Ministério da Educação e Saúde, dos governos dos estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.

Os debates da 6ª CNS, realizada em 1977, dois anos após a anterior, também foram realizados na gestão do Ministro Paulo de Almeida Machado, os temas debatidos eram relacionados principalmente ao controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde, ainda com uma concepção assistencialista e curativa. Não contou com a participação popular, tendo como participantes somente autoridades administrativas dos departamentos e setores ligados a área de saúde do Ministério da Educação e Saúde, dos governos dos estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.

Em 1980, ocorreu a 7ª CNS, três anos após a anterior, ainda no período do regime militar, sob a gestão do Ministro Waldyr Arcoverde e esteve condicionada por

influências internacionais de democratização dos serviços de saúde e pela necessidade do governo da época de buscar legitimidade, representou a tentativa de estabelecer um corpo programático, como objetivo de negociar um pacto de transição política sem grandes traumas. Os principais temas debatidos eram relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde). Não contou com a participação popular, tendo como participantes somente autoridades administrativas do Ministério da Educação e Saúde, dos governos dos estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.

O Setor da saúde foi um dos primeiros a defender a prática da participação popular em sua gestão. Isto se deve, em grande medida, ao fato de que durante os últimos anos da ditadura teve grande repercussão o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, formado por universitário e profissionais de saúde, bem como setores organizados da sociedade, os quais defendiam a instituição de um modelo de saúde pautada na democracia e na universalidade da assistência.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, é considerada um marco nesta reforma, visto que os princípios defendidos pelo movimento são aí defendidos e passam a formar os pressupostos do atual sistema universal de saúde. Nas palavras de Draibe (*apud* SENNA, 2002), tratava-se de fazer com que a democracia política pudesse se fazer acompanhar de sua base indispensável: a democracia social fundada em maior equidade. Gallo (2002) afirma que a ação democrática do controle social consiste em todos tomarem parte do processo decisório no setor de saúde sobre tudo aquilo que terá consequências na vida de toda coletividade.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi aberta em 17 de março de 1986, sete anos após a anterior, pelo primeiro presidente civil após a ditadura militar presidente José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira conferência a ser aberta à sociedade, também, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. Resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

5.2 As Conferências Nacionais de Saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas

da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Inicia-se uma nova concepção de estratégias para a saúde em que a participação popular é muito importante.

Em 1992, quatro anos após a realização da 8ª CNS, a 9ª CNS indicou o caminho da descentralização, municipalização e participação social, descentralizando e democratizando o conhecimento. A partir dessa conferência as administrações que se seguiram no Ministério da Saúde atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal.

Durante a 10ª CNS, realizada quatro anos após a anterior, o principal assunto abordado foi a questão da construção de modelo de atenção à saúde. Nesse mesmo ano de 1996 foi criada a NOB 96 - Norma de Operação Básica do SUS. Na 10ª CNS os mecanismos de participação já estavam consolidados.

A 11ª CNS, que ocorreu no ano 2000, quatro anos após a anterior, destacou o processo de implementação do SUS com as dificuldades e propostas para sua efetivação, afirmando que "a efetivação do SUS só é possível com controle social" (Brasil, 2001), além disso, foi a primeira conferência que apareceu o tema da humanização na atenção à saúde.

A 12ª CNS ocorreu em um momento importante para a saúde pública brasileira. Foi antecipada em um ano, para que suas propostas norteassem as ações de governo no período de 2003-2007. Teve uma importante participação da população, tanto nas etapas municipais, estaduais, quanto na nacional. Com o objetivo principal de reafirmar o direito à saúde, os principais temas foram divididos em eixos temáticos: direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; e comunicação e informação em saúde.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, em Brasília (DF), teve como tema central "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento", com os seguintes eixos temáticos:

- Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI;
- Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento;
- Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida;

- o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde;
- A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Cada um dos temas foi discutido em mesa-redonda e contou com a participação de quatro expositores e um debatedor, que coordenou as discussões entre delegados e convidados. A estrutura instalada para a 13ª Conferência Nacional de Saúde mobilizou milhares de pessoas em todo o país.

5.3 A 14ª Conferência Nacional de Saúde e seus objetivos

Por ser a mais recente o que apresenta a atual concepção das políticas de saúde, e por ainda estar em processo de implantação as decisões apresentadas e aprovadas durante a realização dessa conferência discutirei separadamente das anteriores.

A 14ª CNS, foi realizada entre os dias 30 de setembro e 4 de novembro de 2011, durante a gestão do Ministro Alexandre Padilha, sob o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e

como eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”, a 14ª CNS teve como objetivo discutir a política nacional de saúde, e foi realizada seguindo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, e contou com mais de 4.000 (quatro mil) participantes entre delegados e convidados.

Os temas apresentados durante a 14ª CNS foram debatidos e aprovado por 2.937 delegados representados por todos os estados da Federação, e escolhidos de forma paritária. Os representantes da sociedade e dos trabalhadores, prestadores e gestores da saúde discutiram 15 diretrizes e propostas originárias dos municípios e estados, apresentados pela conferências municipais e estaduais que antecederam a 14ª CNS.

Quadro 2 - Total de Delegados para 14ª Conferência Nacional de Saúde

Segmentos	Eleitos – Estados	Eleitos – Entidades e Instituições Nacionais	Total
Gestores e Prestadores (25%)	710	93	803
Trabalhadores da Saúde (25%)	710	93	803
Usuários (50%)	1.420	186	1.606
TOTAL DE DELEGADOS	2.840	372	3.212

¹Definição da para escolha paritária dos delegados.

Ate chegar a realização da 14ª CNS, foram realizadas 4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 27 estados brasileiros. 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. Essa jornada nacional de debates e deliberação foi muito importante, pois apresentou aos conferencistas da 14ª CNS a manifestação do povo brasileiro. Além disso, mostra o amadurecimento das conferências nacionais de saúde, que desde a sua 1ª CNS não contava com a participação popular, sendo que na 14ª CNS esta última é tida como principal fase de discussão sobre a política de saúde.

¹ Divisão equitativa de 30% do total de delegados entre os 27 estados e o Distrito Federal – 837 delegados; O índice de 97.164 na proporção populacional para cada delegado é o resultado da divisão da população do País 190.732.694 por 70% de delegados previstos para serem eleitos nos estados – 1.965 delegados (70% de um teto de 2.800), segundo o regimento; O ajuste considera definição de múltiplo de quatro para os estados; O critério de ajuste é aumentar sempre para mais o número do estado, a partir do índice, para se chegar ao múltiplo de quatro. Fonte da População: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo 2010; Estão incluídos, no total de delegados eleitos por órgãos de governo e entidades de abrangência e representação nacionais nos respectivos segmentos (usuários, trabalhadores e comunidade científica, gestores e prestadores de serviços de saúde), os 144 conselheiros nacionais e seus suplentes, 27 coordenadores de Plenária, e no segmento de usuários estão incluídos os 68 representantes indígenas dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas que integram o Subsistema de Saúde Indígena do SUS.

O SUS foi projetado de forma a propiciar e dispor de práticas e processos democráticos, decorrentes da ampla participação das pessoas e movimentos sociais, a partir dos mais variados espaços constituídos, de modo informal ou formal. Com representação em instancias de Controle Social, como as conferências e conselhos de saúde estaduais e municipais.

O seu processo participativo permite a discussão, desde os âmbitos locais até o plano nacional, acerca das perspectivas de entendimento e desafios para a legitimação do SUS como política pública universal, pertencente ao povo brasileiro.

Durante a 14ª CNS foram avaliadas a ação institucional do SUS, de acordo com cada região, levando em conta a dimensão, as diretrizes políticas aplicadas, os recursos aplicados pelo estado, a necessidade populacional, de modo a se criar um esforço constitutivo, visando a criação de um sistema único com abertura e flexibilidade para as realidades locais e regionais.

Foi discutido que não há dúvida de que é necessário modificar a configuração das relações entre a indústria da saúde e os interesses da saúde pública expressos nas políticas públicas. Como não há dúvida de que a demanda por saúde é maior do que a oferta, o que não é apenas uma situação atual, é uma situação que vem desde o ano de 1967, quando os militares unificaram as IAPs, tornando-a no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dessa forma o atendimento que era só para os empregados regido pela CLT, foi ampliado a todos os brasileiros, e como essa transição foi feita sem um planejamento, a consequência é uma demanda muito aquém do que a oferta. Situação que só tem aumentado a cada dia.

5.3.1- Avanços e Desafios para a Participação da Comunidade

A luta para melhorar os serviços públicos, sempre ocorreu no Brasil, e não está perto de acabar. Os avanços conquistados desde a colonização do Brasil, são resultados dos esforços e da dedicação da população. Infelizmente estamos longe do atendimento e dos serviços que necessitamos. A informação e o acesso ao sistema público de saúde, ainda não é consolidado, o que faz com que o paciente tenha que ficar horas em uma fila, e, em muitos casos, simplesmente não encontra vaga ou resposta para o que precisa.

A participação popular em movimentos sociais das políticas públicas de Saúde tem que ser mais efetivas, visando a fiscalização das políticas governamentais, de modo a garantir sua maior transparência e publicidade.

A Lei 8142/1990, foi um grande avanço na forma de Controle Social na Saúde, permitindo o exercício principalmente por meio das Conferências e Conselhos de Saúde nas três esferas da gestão governamental.

O Conselho Nacional de Saúde, órgão responsável pela realização das CNS, aberto aos novos valores da sociedade, aprovou a Resolução 333/2003, que atualiza e redefine a composição do CNS e referencia os Conselhos de Saúde dos estados e municípios. Sua proposição é dotar os Conselhos de maior legitimidade junto aos diversos setores da sociedade, bem como propiciar uma maior capacidade para propor mudanças ao modelo de Atenção à Saúde no tocante ao acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade dos serviços, modificando velhas rotinas e estruturas, adotando nova forma de abordar e acolher os usuários do SUS.

Os Conselhos de Saúde detêm as iniciativas e esforços de desenvolver uma política que esteja calçada em ideais libertários, em radicalidade democrática, referenciados em um projeto de mudança social.

5.3.2 – Avanços e Desafios para a Gestão Pública do SUS

O SUS necessita de gestão autônoma, profissionalizada, contratualizada e democrática dos serviços, bem como uma força de trabalho estável, qualificada e valorizada. Tem que ter visibilidade e ampliando as ações relacionadas ao planejamento de profissionais de Saúde, as medidas tomadas, aos projetos e as formas de acesso, para que possa viabilizar uma proposta de Saúde pública universal e integral.

A responsabilidade por essa gestão é dos três entes federados, dos Conselhos representantes e do cidadão. O diálogo mútuo deve ser intensificado com

os gestores da Saúde, trabalhadores, entidades e movimentos sociais e apontar diretrizes para propiciar melhorias.

A consolidação das políticas públicas implica na inovação e institucionalização de preceitos normativos, pactos e dispositivos de gestão interfederativa e intergovernamental e é a organização e efetivação de sistemas regionais de Atenção Integral à Saúde, com o compartilhamento de responsabilidades entre as esferas de governo.

Dessa forma trabalhando juntos e com simetria, que vamos construir e manter uma política pública de Saúde, acessível a todos, com dignidade e humanidade.

6 – Considerações Finais

Ao analisar as políticas públicas de saúde no Brasil até os dias atuais compreendi porque a Saúde chegou onde está. A reforma do sistema de saúde nos moldes em que foi pensado o SUS e considerando a conjuntura econômica mundial e brasileira atual é um processo lento e, a despeito de estar claro que poderíamos ter caminhado mais, os 20 anos que separam o hoje da aprovação da lei do SUS na Constituição Brasileira pode ser considerado pouco tempo para sua total consolidação visto as dificuldades que foram enfrentadas.

Devemos compreender que resolução dos problemas enfrentados pela Saúde não tem possibilidades imediatas de serem concretizadas, mas também ressaltar

que o SUS não foi criado para servir como o sistema de saúde dos pobres e indigentes. Ele foi criado para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, de qualidade, eficiente, eficaz, resolutivo e democrático.

A implementação de novas leis que favorecem e disponibilizam maiores recursos à saúde é muito importante, essas Leis são elaboradas com base nos resultados e nas metas das Conferências Nacionais de Saúde, esse é um grande passo no caminho da consolidação do SUS, porém tão importante quanto é o comprometimento do governo com as políticas sociais, para que o Estado venha efetivamente a desempenhar seu dever de provedor de saúde. A saúde pública apresenta muitos problemas, mas percebe-se claramente que o que se conseguiu até agora é muito importante. A partir do entendimento que todos nós temos de saúde enquanto direito, é nosso dever lutar para que este sistema seja desenvolvido em sua plenitude. Essa é a uma forma de, inclusive, promover mais justiça social, mais democracia e mais humanidade dentro da sociedade.

A participação social é muito importante nessa fase temos que conscientizar a todos aos conselheiros de modo a difundir a comunidade, informações relevantes sobre o SUS, a fim de que se promova o entendimento da dinâmica e problemas aos usuários do sistema.

Referências:

ACURCIO, F.A., SANTOS, M.A, FERREIRA, S.M.G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E.V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4.

ACURCIO, F.A. Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil. In: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC. *Capacitação e atualização para o SUS*. 2 ed. Porto Alegre: CIES, 2009.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1996.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. 71p.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Capítulo II da Ordem Social, Seção II, artigos 196 a 200. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle de Endemias**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília:Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Das deliberações participativas à Política de Saúde concreta – Análise da 12ª CNS e da 13ª CNS**, disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/deliberacoes_12_13.pdf , acessado em 01/04/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Políticas de Saúde no Brasil - Um século de luta pelo direito à saúde**, DVD.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: MS, 1998. 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Diretrizes do Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue no Brasil. Brasília: Sucam; 1980.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (orgs) . **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

BVS, **Biblioteca Virtual em Saúde**,
<http://bases.bvs.br/public/scripts/php/page_show_main.php?home=true&lang=pt&form=simple>

Cadernos de Ética em Pesquisa - Nº 1 – Julho de 1998 – Publicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS
Conselho Nacional de Saúde, www.conselho.saude.gov.br.
CEFOR. **Breve história das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo, s.d. (mimeo)

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (orgs). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ**. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.

FOUCAULT, MICHEL. **O nascimento da medicina Social in: Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. RJ, Graal, 1979.

INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>

JARDIM, LAURA. **Participação e controle social na saúde** / Laura Jardim, Eleonora Schettini M. Cunha, Raphael Augusto Teixeira de Aguiar; Débora Rezende de Almeida (organizadora). – Belo Horizonte: UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011. 76p.: il. –

LEITE, M.S.P. Políticas sociais e cidadania. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991.
LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991.

Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec /Anpocs; 1998

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. 2005. Disponível em : <www.determinantes.fiocruz.br>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, set. 1978, Alma-Ata. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Carta de Ottawa. In: **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**, nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, set. 1978, Alma-Ata. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Adelaide. In: **Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, abr. 1988, Adelaide. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Sundsvall. In: **Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, jun. 1991, Sundsvall. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santafé de Bogotá. In: **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, nov. 1992, Santafé de Bogotá. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Jacarta. In: **Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde**, jul. 1997, Jacarta. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Jacarta.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração do México. In: **Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, jun. 2000, Cidade do México. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mexico.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana/OMS. ago. 2005.

PAIM, JAIRNILSON SILVA. **Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI**. Ba, UDFBA, 2005.

PAIM, JAIRNILSON SILVA. **Política e Reforma Sanitária**. Ba, ISC, 2002. Revista Super Interessante – A revolta da Vacina, link http://super.abril.com.br/superarquivo/1994/conteudo_114370.shtml. Página visitada em 05/05/2012.

PERES, Laerte Aparecido. **Breve histórico das políticas de saúde deste século no Brasil**. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf

REVISTA DO SERVIÇO PÚBLICO. **Finalidade pública, autoridade governamental e poder coletivo** Jocelyne Bourgon; **Articulação federativa na prestação de serviços sociais no Brasil** Aldino Graef; **Intersetorialidade e transversalidade: a estratégia dos programas complementares do Bolsa**

Família Trajano Augustos Quinhões e Virgínia Maria Dalfior Fava; **A gestão da informação e a modelagem de processos** Silvânia Vieira de Miranda; **RSP Revisitada – A funcionária pública sob a Constituição de 1937**Amelia Duarte; **Reportagem – Christopher Pollitt analisa a nova estrutura da gestão pública no século 21.** vol . 61, no 1 - Jan/Mar 2010

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE.NESP. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde.** Brasília: MS, 1998.
ROSEN, GEORGE. **Uma história da Saúde Pública.** Editora UNESP, 2ª edição, São Paulo, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde, 2004.

VASCONCELOS, EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Editora Hucitec, 2006b.

_____. Leis etc. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros