



Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde – SUS: uma revisão

National Health Conferences and the construction of the Single Health System- SUS: a review

Rayla Amaral Lemos¹

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar as 13 primeiras Conferências Nacionais de Saúde, com base no princípio da participação comunitária no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As Conferências Nacionais de Saúde no Brasil têm sido um espaço público para a construção, a organização e a implementação coletiva do SUS. Este texto analisa, por meio de revisão de outros estudos, os fatores que determinaram o sucesso do processo de participação nas conferências de Saúde e examina as origens históricas da criação do SUS no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Conferência Nacional de Saúde. Participação Social. Controle. Social.

ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the first 13 National Health Conferences based on the principle of community participation in the process of building the Unified National Health System (SUS). The National Health Conferences in Brazil have been a public space for the construction, organization and collective implementation of the SUS. The article analyzes, through a review of other studies, the factors that determined the success of a participatory process in the health conferences and examines the historical origins of the creation of the SUS in Brazil.

KEY-WORDS: National Health Conferences. Social Participation. Social Control.

INTRODUÇÃO

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são uma expressão material da

¹ Universidade de São Paulo. E-mail: raylalemos@gmail.com

participação social no âmbito da saúde no Brasil. A participação comunitária no sistema de saúde brasileiro é um direito democrático legítimo adquirido e fundamentado ao longo dos anos. Para o Sistema de Saúde, enquanto construção coletiva, a participação é ferramenta gerencial fundamental para detectar as verdadeiras necessidades comunitárias e para efetivação dos programas de saúde.

A palavra participação é definida no dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, entre outros significados, como “ato ou efeito de participar”, “ser parte”, “ter ou tomar parte”,¹ no entanto, o sentido prático e efetivo de participação não pode ser desvinculado do contexto histórico, social, cultural, econômico e político. Desse modo, a participação está estritamente relacionada com a geração, o sexo, camada social, grau de instrução, grau de reflexão, e vários outros contextos.²

O Brasil emerge de uma conjuntura negativa no que se refere às experiências democráticas. Desde a colonização, carrega episódios predatórios, coercitivos, de dominação e exploração econômica. Fatores que coíbiam e embotavam o desabrochar de um pensamento crítico, flexível, dialógico, participativo e democrático.³ Nas palavras de Paulo Freire: “Entre nós, pelo contrário, o que predominou foi o mutismo do homem. Foi a sua não-participação na solução dos problemas comuns. Faltou-nos, na verdade, com o tipo de colonização que tivemos vivência comunitária (...) É que em todo o nosso *background* cultural, inexistiam condições de experiência, de vivência da participação popular na coisa pública. Não havia povo.”³

Ao longo da história foram tais estruturas de dominação que prevaleciam sobre a participação comunitária nas decisões políticas do país, inclusive em relação às políticas de saúde. O regime ditatorial em especial, foi um período de grande impedimento participativo, de ações verticalmente estabelecidas e que, no campo da saúde, constituiu a reafirmação de um modelo de saúde individual, médico e hospitalocêntrico,⁴ que ainda hoje influencia a construção da saúde no Brasil.

O regime democrático é caracterizado primordialmente pela participação e pelo reconhecimento fundamental da liberdade. A democracia, no entanto, apesar de conferir liberdade e direito de participação, não fundamenta os mecanismos e processos para que isso ocorra, sendo necessária cidadania ativa, individual e coletiva.² Por isso, o processo de redemocratização não foi o responsável exclusivo de algumas conquistas civis, que se devem mais ao fomento e à articulação ideológica de muitos

atores e grupos sociais.

Foi através da Constituição Cidadã de 1988, que, no Brasil, a sociedade se beneficiou juridicamente dos direitos de saúde, educação, trabalho, terra, habitação, entre outros. Estes, como deveres do Estado, devem ser cumpridos pelas políticas públicas. O direito de participação ficou garantido através das eleições diretas, de plebiscito, de referendo, e de iniciativas populares. Essa Carta Magna foi base para fundamentar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, nos anos seguintes.²

No entanto, a idéia de participação comunitária nos programas de saúde não é uma questão recente, na Conferência de Alma Ata em 1978, já era colocada como um importante princípio na atenção primária à saúde⁴ e, no Brasil, a atuação da sociedade nos programas e/ou ações de saúde não inicia com o SUS, mas é fruto de um processo mobilizador e articulador de forças políticas e sociais, do qual as Conferências de Saúde-CNS e os Conselhos de Saúde são partes essenciais.

Nesse sentido, entender a construção do SUS, que ainda é processo em andamento, passa por uma análise, mesmo que sucinta e não esgotada, das CNS, e suas relações com o estabelecimento do sistema de saúde brasileiro.

CNS E SUS: CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DEMOCRÁTICO

Trata-se de um estudo documental que analisou criticamente estudos científicos e os relatórios das 13 primeiras Conferências Nacionais de Saúde.

As CNS foram instituídas através da lei 378 de janeiro de 1937, juntamente com as conferências nacionais de educação, cujo objetivo era definido como dar a conhecer ao governo federal as atividades inerentes à educação e à saúde em todo o país, e orientá-lo na execução de serviços e concessões de auxílio e subvenções federais, sem qualquer caráter deliberativo.²

A primeira CNS ocorreu em novembro de 1941, no Rio de Janeiro, na gestão do ministro da Saúde Gustavo Capanema, e do então presidente Getúlio Vargas, ainda atrelada ao ministério da educação. O discurso do ministro remonta como objetivos a “formação espiritual da juventude, preparação técnica das novas gerações, desenvolvimento e expansão da cultura nacional, defesa sanitária das nossas

populações, assistência social aos indivíduos e às famílias, proteção da maternidade e proteção da infância e da adolescência”,⁵ colocando como ponto chave o valor humano. Cabe contextualizar histórica e ideologicamente a ocorrência da conferência, instaurada no envoltório populista em que a mobilização popular ainda era esvaziada de estruturação técnica, ideológica e bastante massacrada pelo caráter populista do governo em questão, sendo, na verdade, um encontro restrito de lideranças do Ministério da Saúde com praticamente nenhuma participação comunitária.

A segunda CNS, em 1950, assim como a primeira, teve um caráter mais técnico, na medida em que reuniu, em sua maioria, administradores do Ministério da Saúde e dos estados, conformando suas reflexões, em maior parte, aos interesses dos setores médicos.² Depois de uma lacuna de treze anos, ocorreu, em 1963, a 3ª CNS. A presidência do governo era de João Goulart, o momento foi de intensas discussões e proposição de reformas de base. O país havia passado por muitas transformações, porém graves problemas médico-sanitários e sociais ainda assolavam a população brasileira. Dentre outros aspectos, o texto final da conferência propunha uma atuação estatal normativa e coordenadora com progressiva descentralização das tarefas assistenciais, reforçando os serviços estaduais e municipais, que contariam com o suporte técnico e financeiro do governo federal.⁶ Dessa forma, há descentralização executiva dos serviços trazendo uma participação mais efetiva dos municípios na solução dos problemas de saúde, importante fato, amadurecido posteriormente, em especial na 8ª CNS e no estabelecimento das diretrizes do SUS.

As quatro conferências seguintes ocorreram no íterim do governo militar no Brasil, que, nos primeiros anos, foi caracterizado pelo “milagre brasileiro”, com um governo centralizado, que impôs reformas institucionais e valorizou um modelo de cuidado médico individual e financiou com recursos públicos grandes corporações de saúde privadas.⁴ A 4ª CNS, em 1967, a primeira do então governo ditatorial, tratou dos recursos humanos em saúde e teve representantes dos Ministérios de Educação e Saúde. O ministro da saúde na época, Leonel Miranda externava em seu discurso o valor do entrosamento entre educadores e médicos no desenvolvimento das políticas de saúde, colocando a necessidade dos educadores, após a conferência, tornarem-se mais sanitaristas, e os sanitaristas mais educadores.⁷

A 5ª CNS, ocorrida em Brasília, em 1975, trouxe como tema central o Sistema

Nacional de Saúde. Apesar de ainda inserida no período da ditadura, houve a participação dos secretários de saúde das unidades federativas, do Conselho Nacional de Saúde, representantes de universidades, dirigentes de órgãos do Ministério da Saúde- MS de várias localidades, entre outros, além de representantes do Ministério da Previdência e Assistência Social, recém-criado pelo presidente Geisel. Nesse governo, houve a criação das coordenadorias regionais de saúde, tentativa de facilitar o processo de descentralização, em sequência criou-se o Conselho de desenvolvimento social, foi criado, também, ainda nesse ano, o Sistema de Vigilância Epidemiológica e, através da Lei 6.229, o Sistema Nacional de Saúde, cuja política nacional foi discutida nessa Conferência por meio de temas prioritários, entre eles, as questões de política e administração sanitária em nível local, vias de intercomunicação e uniformização de métodos de avaliação.⁸

Em 1976, foi institucionalizada a Vigilância de Medicamentos e correlatos, e em 1977, ainda, no governo Geisel, ocorreu a 6ª CNS, que discutiu a questão das “grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional do setor”. Não houve participação da sociedade civil, nessa conferência.² A 7ª CNS ocorreu em 1980, também com ausência da participação civil, o que não vale dizer que esta estava afastada do debate da saúde. Mesmo sem participação oficial nas conferências de 1977 e 1980, havia um debate ideológico, um movimento sanitário que constituiria, posteriormente, a transformação da abordagem teórica e política da saúde. O tema central da 7ª CNS foi a extensão das ações em saúde por meio dos serviços de Atenção Básica, provavelmente, em muito influenciado pelas ideias da Declaração de Alma-Ata, ocorrida em 1978, que ressalta a importância da atenção primária como porta de entrada do sistema da saúde. É possível observar ainda no relatório dessa conferência iniciativas no sentido de buscar a intersetorialidade, a hierarquização dos serviços, a participação popular e tendências à discussão da equidade, como se pode verificar no discurso do então ministro da saúde Waldir Mendes Arcoverde (1980)⁹:

... é politicamente aceitável, ao propor um sistema hierarquizado de serviços para atendimento de toda a população e prioritariamente das classes mais pobres, com a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente ou através de suas lideranças legítimas, e ensejando a vinculação dos programas do setor saúde com os de outros setores (DISCURSO DO MINISTRO WALDIR MENDES ARCOVERDE, 7ª CNS, 1980).⁹

Todas as sete primeiras conferências conferem, a seu modo, passo importante de construção política e mobilizadora, que culminará na intensa articulação e movimento popular que a 8ª CNS abarca. Em especial, a partir da segunda metade da década de 70, há um importante momento de edificação teórico-conceitual, com pesquisas sociais, epidemiológicas e entre outras, discussão de propostas e alternativas para o sistema de saúde que culminará no movimento de Reforma Sanitária Brasileira que, por sua vez, responde no estabelecimento das propostas na 8ª CNS e do SUS.

Não há dúvidas da importância salutar da 8ª CNS, ocorrida em 1986. O fim do regime militar oxigena o ambiente de debate e participação popular. Após várias conferências em nível municipal e estadual, foi possível movimentar muitos segmentos sociais na mobilização, envolvimento e discussão na oitava conferência.⁴ A “Oitava” discutiu a saúde enquanto direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento. O relatório dessa Conferência contempla claramente o projeto institucional do Sistema Único de Saúde oficializado pela Constituição Federal de 1988. Segundo Guizardi et al., (2004),¹⁰ o evento é “marco histórico da luta pela democratização das políticas e pela afirmação do direito à saúde”. De fato, foi um momento em que a população se coloca enquanto sujeito político, reafirmando o conceito amplo da saúde, enfatizando-a enquanto “conquista social” e trazendo a necessidade de “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”.¹¹ Como resultado da oitava conferência, temos a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a inserção dos princípios discutidos na conferência na nova constituição.^{2,4}

Como resultado direto da Conferência de 1986 e cumulativo das discussões anteriores, em 1990, ocorre a criação do Sistema Único de Saúde - SUS através da lei 8080/1990, e como complemento há, ainda, publicação da lei 8142/1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.¹² Na Lei nº 8.142/90, temos no art. 1º que o Sistema Único de Saúde - SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde, e o Conselho de Saúde.¹³ Além disso, dispõe que “a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos

com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.¹³ Com isso, temos a saúde e o direito à participação, em especial, através das conferências e conselhos, legitimados pela política de Estado.

Em 1992, realiza-se a 9ª CNS de saúde em um cenário político de crise ética e com os trabalhos de apuração da Comissão Parlamentar de Inquérito instaurada durante o governo do presidente Fernando Collor de Melo. Trouxe a discussão da implementação do SUS, do controle social no sistema, da democratização das informações e do financiamento, temas que foram em muito permeados pelo levantamento das dificuldades de implementação prática dos princípios e diretrizes conquistados na criação do SUS.¹⁰ O relatório traz contornos diferenciados, no que se refere à participação social, explicitados pelo fortalecimento dos conselhos de saúde, cuja atuação mantinha-se distante dos pressupostos constitucionalmente definidos, na tentativa de alavancar o controle social e o caráter verdadeiramente representativo desses órgãos.^{10,14} Além disso, a saúde é inserida juntamente às políticas de seguridade social.¹⁰ Outro ponto importante influenciado e fomentado pela 9ª CNS foi o processo de municipalização intenso ocorrido após a mesma. Foi, a partir dessa conferência também que a participação passou a ser “50% de entidades representativas dos usuários, e os restantes 50% divididos entre trabalhadores (25%) e gestores e prestadores (25%).”²

Em 1996, ocorreu, com caráter mais propositivo, a 10ª CNS, com a temática central “SUS - construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, inserida numa realidade de crise na saúde, em grande parte por consequência das políticas neoliberais do Estado em todas as instâncias de governo, o tema sugere a necessidade de abarcar num conceito amplo de saúde outras atuações como redistribuição de renda, reforma agrária, políticas urbanas adequadas, geração de emprego, entre outros tantos fatores necessários para qualidade de vida dos cidadãos. Em específico, trata de forma marcante da normalização do controle social, principalmente através dos Conselhos de Saúde, reforçando seu caráter deliberativo e fiscalizador, e da necessidade de capacitação dos conselheiros, proposta através da Política Nacional de Capacitação de Conselheiros. Sobressai também o tema da gestão

participativa, objetivando inserir os usuários em ações de planejamento e gestão, de modo a tornar os processos mais democráticos.^{10,15} “Entre as principais reivindicações apresentadas ao final da Conferência, destaca-se a defesa do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 169, que garante 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo, 10% dos orçamentos da União, estados e municípios para a saúde.”¹⁵

A 11ª edição das Conferências de Saúde ocorreu em 2000, com estrutura mais argumentativa e analítica na articulação e elaboração de propostas. Coloca em caráter prioritário a prática do controle social como instrumento transformador e concretizador da reforma sanitária, estimulando a luta e mobilização social na efetivação do sistema de saúde.¹⁰

Os processos de descentralização, democratização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde demandam ações de uma ampla rede de parcerias constituída de cidadãos, usuários, gestores, profissionais, instituições, organizações não-governamentais, conselheiros de saúde e todos aqueles que podem intervir na formulação e na fiscalização do SUS (RELATÓRIO FINAL 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000).¹⁶

Essa conferência elabora uma agenda para efetivação do SUS e do controle social, englobando vários aspectos que vão desde a melhoria das condições de saúde, passando pelo fomento de políticas intersetoriais, cumprimento e regulação da EC 29/00 (que dispõe sobre financiamento da saúde, e é fruto direto da PEC 169), estruturação da atenção básica, até exigência de aprovação e deliberação por parte dos conselhos do plano anual de saúde, entre outros.¹⁷

A 12ª CNS, realizada em 2003, reuniu cerca de quatro mil delegados. Promoveu o debate de temas essenciais para a consolidação do SUS. O tema geral foi "Saúde: Um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que temos o SUS que Queremos" e abordou outros dez aspectos 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; Gestão Participativa; O Trabalho na Saúde; Ciência e Tecnologia e a Saúde; Financiamento da Saúde; e Comunicação e Informação em Saúde, todos transversalizados pela questão do controle social.¹⁸ De forma geral, promoveu a discussão e a retomada de pontos-chaves para o desenvolvimento do SUS.

A 13ª CNS, em 2007, 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 e, por fim, a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. As reflexões dessa edição conclamam a inserção permanente da saúde como política integrante da seguridade e proteção social, tornando-a parte fundamental dos projetos de desenvolvimento econômico, social e cultural. Desse modo, o “pensar saúde” é colocado também como produto da organização social e de políticas públicas que promovam o desenvolvimento humano, a justiça social e a qualidade de vida.¹⁹

As conferências foram, ao longo dos anos, se constituindo como um espaço público por excelência, para manifestação de diferentes interesses que, de forma dialógica e dialética, (re)constróem e consolidam em maior ou menor grau a política de saúde dos cidadãos brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como toda ação social, as CNS foram amplamente influenciadas pelo tempo histórico e suas conjecturas, e não se pode ignorar, também, as impressões que cada ator e/ou grupo social atuante imprime na mobilização e nas conquistas coletivas. O SUS é de fato, uma conquista coletiva, na qual as conferências de saúde merecem virtuosos créditos, não só porque interferiram nos rumos, construção e aprimoramento, nas normas e regulamentações do sistema de saúde, que é de todos os brasileiros, mas também, por tornarem efetiva a participação popular, que é direito inalienável da democracia.

É bem verdade que muitos problemas ainda atravancam o sistema de saúde e as políticas propostas para sua efetivação, e muitos outros entraves também dificultam ou pauperizam a participação da comunidade e as conferências. Mas não se pode esquecer dos avanços conseguidos nessas instâncias, ao longo dos anos, que devem ser motivadores da luta e mobilização em prol do bem comum. Também não se pode perder de vista o exercício de cidadania, de respeito às diferenças e ampliação dos espaços de convivência e debate político que as conferências representam.

A participação e o envolvimento são os instrumentos estratégicos de

transformação da realidade. E vale lembrar, que os espaços de participação são legítima e legalmente instituídos como direito, a contrapartida deve ser dada através de cada grupo e indivíduo que, corajosamente, se propõe a construir com o(s) outro(s). Se as CNS são avanços materializados na construção do SUS, seus resultados e reflexões são também outros horizontes de luta que se colocam como desafio constante.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: O dicionário da língua portuguesa. 3a ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
2. Escorel S, Moreira MR. Participação Social. In: Giovanella L, Escorel S, et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 1a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
3. Freire P. Educação como prática da liberdade, 34ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
4. Filho RM, Araújo Jr.JL. C. Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. 2002; 2(2):91-103.
5. Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde. Discurso do Ministro Gustavo Capanema, Rio de Janeiro, 1941.
6. Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro; 1963. (Relatório Final)
7. Brasil. Ministério da Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde. Discurso do Ministro Leonel Miranda, Rio de Janeiro; 1967.
8. Brasil. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde. Discurso do Ministro Paulo de Almeida Machado, Brasília; 1975.
9. Brasil. Ministério da Saúde. 6ª Conferência Nacional de Saúde. Discurso do Ministro Paulo de Almeida Machado, Brasília; 1977.
10. Brasil. Ministério da Saúde. 7ª Conferência Nacional de Saúde. Discurso do Ministro Waldir Mendes Arcoverde, Brasília; 1980.
11. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MGPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva. 2004; 14(1):15-39.
12. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. (Relatório Final).
13. Brasil. Lei 8080, de 30 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1990 set. 20; Seção 1:18055-9.

14. Brasil. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1992.
15. Brasil. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1992. (Relatório Final).
16. Brasil. Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1996. (Relatório Final).
17. Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 2000. (Relatório Final).
18. Brasil. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 2003. (Relatório Final).
19. Brasil. Ministério da Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 2007. (Relatório Final).

Submissão: março de 2015.

Aprovação: fevereiro de 2018.