



Plenária

Nacional de Conselhos de Saúde

PROPOSTA DE REGULAMENTO XVIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES BRASÍLIA-DF

CAPITULO I DA REALIZAÇÃO

Art. 1º A XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, será realizada nos dias 27 e 28 de maio 2014, em Brasília/DF, com o tema “25 Anos do Sistema Único de Saúde”, dividido nos seguintes eixos:

- Avaliar a situação de saúde no contexto dos 25 anos do SUS.
- Debater e reafirmar o SUS como Sistema Universal, Público e de Qualidade.
- Ampliar a participação popular e mobilizar a sociedade em defesa do SUS.
- Fortalecer o controle social da saúde.

CAPITULO II DA PARTICIPAÇÃO

Art. 2º Participação da XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: Conselheiros de saúde nacionais, estaduais e municipais, entidades e movimentos sociais e populares convidados.

Parágrafo Único - Os representantes titulares da Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Conselheiras e Conselheiros do CNS são participantes natos.

CAPITULO III DO CREDENCIAEMNTO

Art. 3º - O credenciamento ocorrerá das 08 às 14 horas do dia 27 de maio de 2014.

CAPITULO IV DO EIXO TEMÁTICO E DOS DEBATES

Art. 4º - a XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde terá como eixos temáticos:

- Mesa I – O SUS como Sistema Universal e de Qualidade para Todos;
- Mesa II – Saúde, Direito e Equidade no SUS;

Mesa III – As Conferências como espaços para o Fortalecimento da Participação e do Controle Social em Saúde.

Parágrafo Único – Cada Mesa contará com 2 (dois) Coordenadores e 2 (dois) relatores, sendo 2 indicados pela coordenação da XVIII Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde e 2 (dois) indicado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art. 6º - A dinâmica das Mesas será estabelecida conforme a Programação e o presente Regulamento.

§ 1º - Cada expositor (a) terá 15 (quinze) minutos para apresentação do tema.

§ 2º- Os participantes terão 03 (três) minutos para realizar sua intervenção e serão avisados quando faltar 01 (um) minuto para a conclusão da fala.

Art. 7º - Será facultado a qualquer participante devidamente credenciado, na XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, por ordem e mediante inscrição à Mesa dos Trabalhos, manifestar-se verbalmente e/ou por escrito durante os debates por meio de perguntas, observações, encaminhamentos e/ou recomendações pertinentes ao tema.

CAPITULO V DAS MOÇÕES

Art. 8º As moções deverão ser entregues no espaço de credenciamento até às 12 horas do dia 28 de maio de 2014 e deverão ser assinadas por no mínimo 10% (dez por cento) dos participantes.

CAPITULO VI DA PLENÁRIA FINAL

Art. 9º - Os encaminhamentos definidos nas Mesas serão apresentados e homologados pela Plenária, os quais farão parte do Relatório Final da XVIII Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.

CAPITULO VII DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 10 - O regulamento será lido no Plenário da XVIII Plenária Nacional.

Art. 11– É assegurado aos participantes o questionamento “pela ordem” junto à Mesa sempre que o Regimento Interno não esteja sendo cumprido.

Art. 12 - Os casos omissos neste Regulamento serão analisados pela Comissão Organizadora da XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares.



XVIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares

27 e 28 de maio de 2014



PROGRAMAÇÃO DA XVIII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE AMPLIADA

Data: 27 E 28 DE MAIO DE 2014

LOCAL: CENTRO INTERNACIONAL DE CONVENÇÕES DO BRASIL (CICB), SETOR DE CLUBES ESPORTIVO SUL, TRECHO 02, CONJUNTO 63, LOTE 50, BRASÍLIA-DF.

TEMA CENTRAL:

25 ANOS DO SUS: "AVANÇOS E DESAFIOS PARA O CONTROLE SOCIAL"

OBJETIVOS:

- - AVALIAR A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS 25 ANOS DO SUS
- - DEBATER E REAFIRMAR O SUS COMO SISTEMA UNIVERSAL, PÚBLICO E DE QUALIDADE
- - AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO POPULAR E MOBILIZAR A SOCIEDADE EM DEFESA DO SUS
- - FORTALECER O CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE

DIA 27/05/2014

8H ÀS 14H - CREDENCIAMENTO E ACOLHIMENTO

9H30M ÀS 10H30M

ABERTURA:

- - HINO NACIONAL
- - MOMENTO ESTADUAL: EXPOSIÇÃO DAS BANDEIRAS DOS ESTADOS PELAS COORDENAÇÕES DE PLENÁRIAS ESTADUAIS E CONSELHOS
- - MOMENTO POLÍTICO: MINISTÉRIO DA SAÚDE - CONASS - CONASEMS - CNS - MINISTÉRIO PÚBLICO - COORDENAÇÃO DE PLENÁRIA - REPRESENTANTE DO LEGISLATIVO

10H30M ÀS 12H - MESA 1 : O SUS COMO SISTEMA UNIVERSAL E DE QUALIDADE PARA TODOS.

- - CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL
- - AGENDA ESTRUTURANTE PARA O SUS

12H ÀS 14H - ALMOÇO

14H ÀS 16H - MESA 2 : SAÚDE, DIREITO E EQUIDADE NO SUS

16H30M ÀS 17H - LANCHE

17H ÀS 18H30M - ATO POLÍTICO EM DEFESA DO SUS COMO SISTEMA PÚBLICO E UNIVERSAL

18H30M ÀS 20H - REUNIÃO COM LIDERANÇAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES

20H - CONFRATERNIZAÇÃO (JANTAR)

DIA 28/05/2014

9H ÀS 13H - MESA 3 - AS CONFERÊNCIAS COMO ESPAÇOS PARA O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

- - 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA
- - 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

INTEGRANTES DA MESA: LIDERANÇAS DE MOVIMENTOS/CONASS/CONASEMS/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

13H ÀS 14H30M - ALMOÇO

14H30M ÀS 17H - PLENÁRIA FINAL



Ministério da
Saúde

Governo
Federal

cebes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Manifesto do CEBES em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues e
George E. Machado Kornis
Maio de 2014

SAÚDE: DIREITO X NEGÓCIO

- ✓ 1966: a ditadura militar passou a fortalecer a saúde como negócio:
 - O Código Tributário Nacional (1966) dá isenção no IR a gastos com saúde privada (mantido até hoje)
 - As unidades de saúde com fins lucrativos passaram de 14,4% do total em 1960, para 45,2% do total em 1975 (Braga e Paula, 1986: 110)
- ✓ A partir dos anos 1970, o movimento social brasileiro passou a lutar pelo direito universal à saúde
 - O Cebes nasceu em 1976 para lutar por esse direito.

SAÚDE: DIREITO X NEGÓCIO

- Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou:
 - ✓ “Saúde como direito de todos e dever do Estado”;
- Em 1988, a Constituição Federal aprovou:
 - ✓ “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, mas
 - ✓ “A saúde é livre à iniciativa privada”
- Desde então o SUS tem de competir com a saúde privada:
 - ✓ Em situação de desvantagem.

SAÚDE: DIREITO X NEGÓCIO

- O Estado brasileiro que assumiu seu dever com o direito universal à saúde
 - ✓ Abre mão de recursos públicos em favor da saúde como negócio
- A partir de 2005, surgiu nova ameaça internacional ao direito universal à saúde:
 - ✓ A proposta de “Cobertura Universal de Saúde”
 - ✓ Liderada pela Fundação Rockefeller e pela OMS

“COBERTURA UNIVERSAL” X DIREITO À SAÚDE

- 2005: Assembleia da OMS aprovou a resolução 58.33:
 - ✓ “Financiamento sustentável da saúde: **cobertura universal** e seguro social de saúde” e
 - ✓ Documento “Atingindo a **cobertura universal de saúde**: desenvolvendo o sistema de financiamento da saúde”
- Relatórios Mundial de Saúde (OMS):
 - ✓ 2010: “Financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a **cobertura universal**”
 - ✓ 2013: “Pesquisa para a **cobertura universal de saúde**”

“COBERTURA UNIVERSAL” X DIREITO À SAÚDE

- Esses documentos vendem a ideia de que é necessário proteger a saúde contra “riscos financeiros”
- Esses riscos financeiros justificariam a necessidade da “cobertura universal de saúde”
- “Risco” e “proteção” são ideias centrais do seguro privado, ramo do mercado financeiro
- Objetivo: defender que os sistemas públicos de saúde devem ser protegidos pelo seguro privado.

“COBERTURA UNIVERSAL”, NOVA AMEAÇA AO DIREITO À SAÚDE

- 2012: A fórmula da “cobertura universal de saúde” aparece de forma mais crua:
 - ✓ Documento da Fundação Rockefeller “**Mercados futuros de saúde**: uma declaração da reunião em Bellagio”
 - ✓ Defende abertamente que:
 - Uma parcela crescente da população está disposta a pagar por serviços de saúde; e
 - Poderosos atores privados querem investir para que os sistemas de saúde passem a contar com a lógica do seguro.

“COBERTURA UNIVERSAL”, NOVA AMEAÇA AO DIREITO À SAÚDE

- 2012: a Assembleia das Nações Unidas aprovou em sua 67ª sessão (6 de dezembro) uma resolução favorável à “cobertura universal de saúde”,
- Com o voto favorável do Brasil .

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

- 2010: 53% de todo o gasto em saúde no Brasil é privado;
 - ✓ Nos EUA apenas 48% do gasto em saúde é privado (OMS, 2013, p. 132 a 137)
 - ✓ Entre as 10 maiores economias do mundo, só na Índia o gasto privado em saúde é maior do que no Brasil (BANCO MUNDIAL: 07/02/2014)
- 2013: 25,3% dos brasileiros (mais de 49 milhões de pessoas) clientes de planos privados de saúde (ANS: 20/04/2014)

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

- Quem é o setor privado de saúde?
 1. O principal é o mercado de planos e seguros de saúde
 2. Prestadores de serviços de saúde do “setor suplementar” (não SUS)
 3. Prestadores de serviços de saúde para o SUS (“complementar”)
 4. Gestores privados de serviços públicos de saúde
- Os dois primeiros gozam da isenção no Imposto de Renda:
 - ✓ Dinheiro público para a saúde como negócio.

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

- Todos os principais fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos são privados
- O Brasil é atualmente o quarto maior mercado de produtos farmacêuticos de todo o mundo (INTERFARMA, 2013, apud SILVA, 2014, p. 56);
- O SUS é comprador de uma grossa fatia desse mercado.

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

- Faturaram em 2012 R\$ 95,417 bilhões;
- 12,7% mais do que em 2011 – R\$ 84,657 bilhões
(ANS:23/04/2014)
- Comparação com o gasto público:
 - ✓ 2011: as despesas do Ministério da Saúde foram de R\$ 62,621 bilhões;
 - ✓ R\$ 22,036 bilhões a menos do que o faturamento do setor.

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

- Têm forte poder econômico e financeiro e gastam bilhões de reais em publicidade
- Pesquisa de 2011: os planos de saúde eram o primeiro na lista de desejos de 90% dos brasileiros (SCHELLER, 2011: 28/11/2013)
- Desde os anos 1970, os sindicatos defendem acesso mais amplo dos trabalhadores aos planos privados de saúde

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

- A maior parte dos trabalhadores não tem acesso aos planos de saúde privados ao se aposentar:
 - ✓ **Simplesmente porque não podem pagar pelos mesmos;**
- Os trabalhadores tem acesso aos planos privados de saúde na idade adulta:
 - ✓ **Quando menos precisam dele;**
- Esta situação corresponde a verdadeiro estelionato praticado pelo mercado privado e precisa ser fortemente denunciada.

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

PRESTADORES PRIVADOS DE SERVIÇO (NÃO SUS)

- Hospitais, clínicas, laboratórios de diagnóstico e consultórios que prestam serviços para os planos privados de saúde privados
- Se beneficiam da isenção fiscal no Imposto de Renda
- Cada vez mais hospitais privados vem deixando o SUS (RIBEIRO, 2009).

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

PRESTADORES PRIVADOS DE SERVIÇOS PARA O SUS

- ✓ São responsáveis por grande parte dos leitos de internação hospitalar do SUS
- ✓ Um grupo deles oferece serviços de média e alta complexidade, que são bem pagos
- ✓ Há vários programas públicos de apoio financeiro a essas entidades, exemplos:
 - BNDES Saúde - Atendimento SUS (BNDES: 22/04/2014)
 - PRO SANTA CASA do Estado de São Paulo (SÃO PAULO: 23/04/2014)

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

GESTORES PRIVADOS DE SERVIÇOS DO SUS

- OSCIP ou OS, permitidos pela Lei Federal n. 9.790/1999
- Crescentemente responsáveis pela gestão de hospitais, centros de saúde, UPAs e unidades de saúde da família
- Uma das maiores:
 - ✓ Associação Paulista pelo Desenvolvimento da Medicina (SPDM-Saúde):
 - Atua em seis estados
 - Emprega 40 mil trabalhadores: todos têm plano de saúde privado (SPDM: 10/04/2014)

DISPUTA SETOR PRIVADO X SUS

INDÚSTRIA E COMÉRCIO FARMACÊUTICOS

- 2006: Programa “Aqui tem Farmácia Popular”
- 2012: 25 mil farmácias em 3.730 municípios, 12,953 milhões de pessoas (SILVA, 2014, p. 152 e 153)
- Basta prescrição médica pública ou privada – beneficia indústria de “consultas populares”
- Em 2012, a remuneração do Programa às farmácias privadas foi superior 254,9%, em média, ao preço de aquisição praticado pela SMS do Rio de Janeiro (SILVA, 2014, p. 231).

DESFINANCIAMENTO DO SUS

- 2000/2011:
 - ✓ A proporção do financiamento federal no financiamento total do SUS caiu de 58,4% para apenas 45,4%
 - Mínimo de 40,7% em 2006 (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2013, p. 12).
 - ✓ Queda da participação da saúde entre as despesas sociais de 14,7% para apenas 11,4%;
 - O que representa uma queda de 22,5% de participação (Rodrigues e Kornis, 2013).

DESFINANCIAMENTO DO SUS

- Isenção do imposto de renda dos gastos com saúde privada:
 - ✓ 2011: **R\$ 15,807 bilhões**, 22,5% de todo o gasto federal em saúde (OCKÉ-REIS, 2013, p. 4)
 - O incentivo relativo às despesas com planos de saúde somou R\$ 7,7 bilhões;
 - As operadoras de planos de saúde fizeram despesas assistenciais de R\$ 69 bilhões;
 - “Ou seja, para cada bilhão de renúncia fiscal, entregaram serviços no valor de quase R\$ 9 bilhões” (Cechin: 20/05/2014).

DESFINANCIAMENTO DO SUS

- Os gastos só do governo federal com planos privados de saúde para os servidores públicos equivalem a 5% do valor total do orçamento do Ministério da Saúde (SANTOS, FERREIRA e SANTOS, 2014).

ACESSO UNIVERSAL OU UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE?

- ✓ 2003/2013: os brasileiros com planos privados de saúde passaram de 17,9% para 25,3%, um aumento de 41,3% (ANS: 20/04/2014)
- ✓ Dos 453 mil leitos hospitalares existentes no Brasil, 281,5 mil eram privados, ou 62,14% do total (DATASUS: 18/05/14);
- ✓ 66,6% dos equipamentos de diagnóstico e terapia encontram-se sob controle do setor privado:
 - Ressonância magnética: 63,9% dos equipamentos está disponível apenas para clientes privados (DATASUS: 18/05/14).

NESSAS ELEIÇÕES, O CEBES CONCLAMA TODOS A REPUDIAR:

- A proposta da “cobertura universal da saúde”;
- O voto do Brasil favorável a esta proposta na 67ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2012;
- A continuidade da isenção no Imposto de Renda dos gastos das pessoas e empresas com planos de saúde privados;

NESSAS ELEIÇÕES, O CEBES CONCLAMA

TODOS A REPUDIAR:

- O fornecimento pelos governos federal, estaduais e municipais de planos privados de saúde aos funcionários públicos e seus dependentes;
- A gestão de serviços públicos de saúde por entidades privadas;
- O superfaturamento praticado no Programa Aqui Tem Farmácia Popular;

NESSAS ELEIÇÕES, O CEBES CONCLAMA TODOS A APOIAR:

- O aumento das despesas públicas em saúde da União para mínimo de 10% do orçamento federal total;
- O fortalecimento da rede pública do SUS, através de:
 - ✓ Maior investimento na oferta de serviços públicos;
 - ✓ Criação de autoridades sanitárias regionais:
 - Com orçamento e recursos próprios;
 - Capacidade de planejamento e regulação do acesso aos serviços do SUS;

NESSAS ELEIÇÕES, O CEBES CONCLAMA TODOS A APOIAR:

- Fortalecimento da capacidade de gestão pública dos serviços do SUS;
- Regulação pública sobre a formação dos recursos humanos para a saúde, principalmente os médicos;

25 ANOS DE CONFERÊNCIAS DE SAÚDE
DEMOCRÁTICAS E PARTICIPATIVAS:
LIÇÕES APRENDIDAS PARA A 15ª CNS

Brasília, 28/5/2014

Equipe LAPPAS/UnB

[Laboratório de Planejamento Participativo em Saúde]

Antônio José Costa Cardoso

Andrey Loiola

Elizabeth Alves

Indyara de Araújo Moraes

Josélia Trindade

Luciani Ricardi

Marco Antônio

Weverton Vieira da Silva Rosa

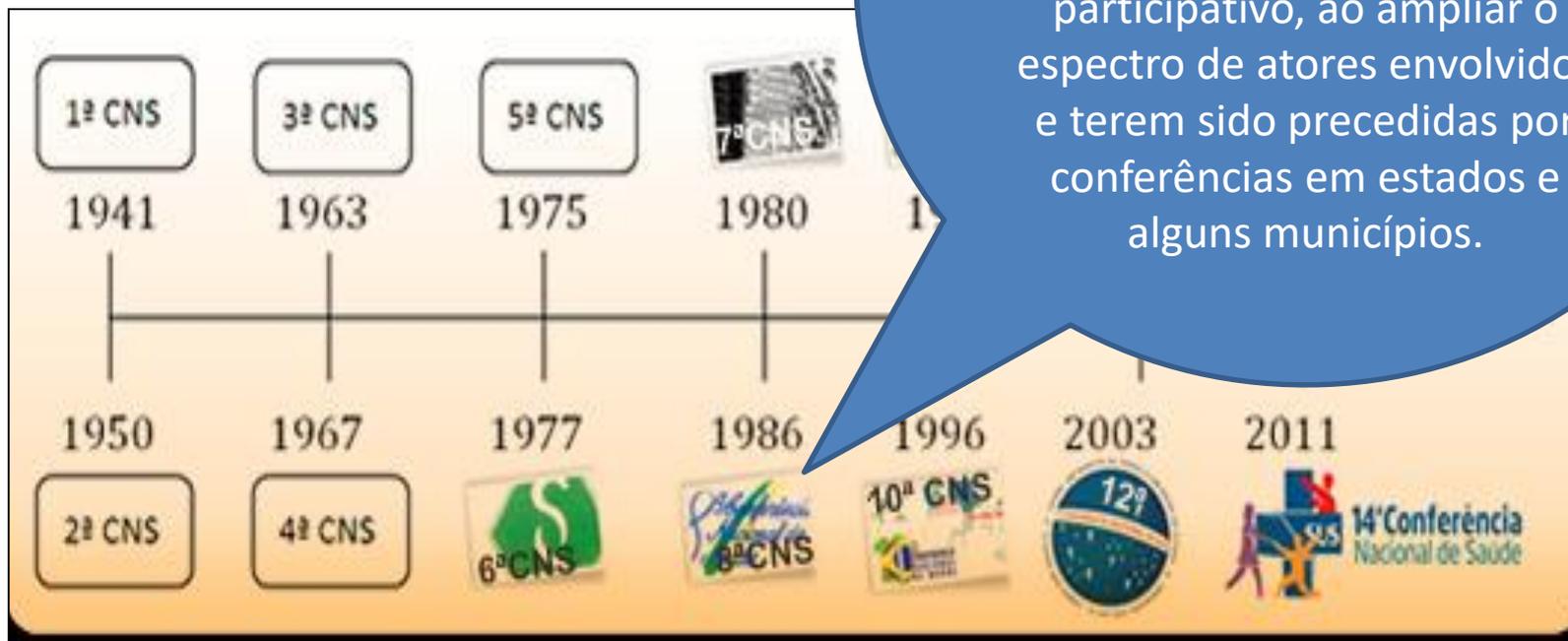
Vítor Átila Prado

Introdução

- As Conferências e os Conselhos de Saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação social no sentido de intervir na formulação e implementação da política de saúde em todas as esferas de governo.
- E não há dúvida de que os avanços são significativos!

Linha do Tempo das

Marco histórico da luta pelo direito à saúde, a 8ª CNS correspondeu ao momento em que as conferências assumiram caráter participativo, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e terem sido precedidas por conferências em estados e alguns municípios.



8ª Conferência Nacional de Saúde



Introdução

- Nas esferas subnacionais, as conferências foram instituídas pela Lei 8142/1990, definidas como instâncias colegiadas para *“avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”*.
- Convocadas em períodos regulares, em cada esfera de governo, *“têm a finalidade de consultar representantes dos diferentes segmentos da sociedade sobre as demandas e necessidades em saúde”* (CHAVES; EGRY, 2012).

Introdução

- *“Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte. As conferências são, desse modo, espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes...”* (GUIZARDI et al, 2004).

Objetivos

- Realizar um balanço dos 25 anos de conferências de saúde desde a 8ª CNS, a partir de estudos e pesquisas sobre o tema;
- Validar diagnóstico acerca de algumas tendências observadas em relação às conferências nacionais de saúde desde 1986;
- Propor princípios e diretrizes gerais e ainda preliminares para a organização da XV Conferência Nacional de Saúde.

Metodologia do Trabalho

- **Revisão Sistemática da Literatura** sobre:
 - Conferências de saúde (GT1);
 - Experiências inovadoras de Educação popular (GT2).
- **Análise Documental** (buscando identificar FCS) de:
 - Regulamentos internos das CNS desde a 8ª CNS (GT3);
 - Relatórios finais das CNS desde a 8ª CNS (GT4).
- **Entrevistas com Atores-Chave** das CNS desde a 8ª CNS.
- **Mapeamento de Experiências inovadoras** e diálogos intersetoriais possíveis (GT5): MDA; Secretaria da Juventude; Outros.

QUADRO COMPATIVO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 1986-2011, A PARTIR DOS REGULAMENTOS.

| | VIII CNS | IX CNS | X CNS | XI CNS | XII CNS | XIII CNS | XIV |
|--|--|---|-------|---|--|--|--|
| Tempo entre Convocação e Realização | 8 meses (7/1985 a 3/1986) Mas deveria ter se realizado em 12/1985. | 4 meses (14/7-18/11/1991) | | 4,5 meses (28/7-16/12/2000). | 7 meses (5/5-7/12/2003). | 6 meses (10/5-14/11/2007). | 9 meses (4/3-30/11/2011). |
| Objetivos/Finalidades | Obter subsídios visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para se debater a saúde na futura Constituinte. | Promover a reflexão e o debate sobre a Reforma Sanitária e em particular a implantação do Sistema Único de Saúde, analisando e orientando o seu processo de descentralização. | | Analisar os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e caminhos para efetivar o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. | Propor diretrizes para efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. | I) Avaliar a situação da saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde; II) Definir diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social; III) Definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS. | I) Impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidos na CF e na LOS, na perspectiva do fortalecimento da Reforma Sanitária; II) Avaliar o SUS e propor condições de acesso à saúde, ao acolhimento e à qualidade da atenção integral; III) Definir diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, com base nas garantias constitucionais da Seguridade Social, no marco do conceito ampliado e associado aos Direitos Humanos. IV) Fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da 14ª CNS. |
| Etapas | Pré-Conferências estaduais e ampla divulgação do temário para a sociedade em geral. Todos os estados realizaram suas pré-Conferências, alguns tiveram conferências municipais. | Municipal, Estadual e Nacional. | | Municipal, Estadual/DF e Nacional. | Municipal, Estadual/DF e Nacional. | Municipal, Estadual/DF e Nacional. | Municipal, Estadual/DF e Nacional. |

QUADRO COMPATIVO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 1986-2011, A PARTIR DOS RELATÓRIOS FINAIS.

| | VIII CNS | IX CNS | X CNS | XI CNS | XII CNS | XIII CNS | XIV CNS |
|--|--|---|--|--|---|---|---|
| Tempo entre o último dia da CNS e a publicação do Relatório | 17 a 21 de Março de 1986. "O documento apresentado para aprovação em plenária era o relato consolidado das discussões havidas durante três dias". | 9 meses 18/11/1991 – 14/08/1992 | 6,5 meses 06/09/1996 – 31/03/1997 | 1,5 anos 19/12/2000 – 07/07/2002 | 11 meses 11/12/2003 – 11/2004 | +/- 1 ano 18/11/2007 - 22/11/2008. | +/- 1 ano 04/12/2011 - 22/12/2012. |
| Quem assina o Relatório? | <p>Ministro da Saúde: Roberto Figueiroa Santos;</p> <p>Ministro da Previdência e Assistência Social: Raphael de Almeida Magalhães;</p> <p>Secretário Geral do Ministério da Saúde: José Alberto Hermógenes</p> | <p>Ministro da Saúde: Jamil Haddad</p> <p>Chefe de Gabinete: Carlos Siqueira</p> <p>Secretário Executivo: José Alberto Hermógenes de Souza</p> <p>Secretário de Administração Geral: Jocelmo Francisco de Menezes</p> <p>Secretário de Vigilância Sanitária: Roberto Gabriel Chabo</p> <p>Secretário de Assistência a Saúde: Carlos Eduardo Venturrelli Mosco</p> <p>Ministro da Saúde: Adib Jatene</p> <p>Chefe de Gabinete: Edmur Flávio Pastorello</p> <p>Secretário Executivo: José Carlos Seixas</p> <p>Secretário de Administração Geral: Márcio Reinaldo Dias Moreira</p> <p>Secretário de Vigilância Sanitária: João Batista Risi Júnior</p> <p>Secretário de Assistência a Saúde: José da Silva Guedes</p> | <p>Coordenador da Comissão Organizadora: Nelson Rodrigues dos Santos</p> | <p>Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde: Nelson Rodrigues dos Santos</p> <p>Relatora Geral da 11ª Conferência Nacional de Saúde: Elizabeth Barros</p> | <p>Ministro do Estado da Saúde: Humberto Costa</p> <p>Plenário do Conselho Nacional de Saúde</p> <p>Relator Geral: Paulo Gadelha</p> <p>Reladoras Adjuntas: Ana Costa e Sarah Escorel</p> | <p>Ministro da Saúde e Presidente do CNS [Separadamente]</p> <p>"Pela primeira vez uma Conferência é coordenada pelo presidente eleito do CNS."</p> | <p>CNS</p> <p>O Ministro era também o Presidente do CNS</p> |

Metodologia do Trabalho

- **Identificação de Agendas Temáticas** propostas de organizações governamentais e não-governamentais para a 15ª CNS: CREMESP e outros Conselhos Profissionais; ABRASCO; CEBES; CONASS; CONASEMS; Propostas específicas da 14ª CNS para a 15ª CNS.
- **Apresentação e validação do Diagnóstico e Propostas** junto à Mesa Diretora do CNS (24/2); Jornada das Comissões (11/3); Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos (26/3); Grupo de Trabalho da Organização da 15ª Conferência Nacional de Saúde (24/4); **Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (28/5)** etc.

Diagnóstico I

As conferências vêm produzindo um número cada vez maior de resoluções. O número de resoluções aprovadas por conferência subiu de 49, na 8ª CNS, para 857 na 13ª CNS. Se tais números refletem, por um lado, a pluralidade crescente da sociedade e dos interesses presentes nas conferências, eles podem revelar, por outro, possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexecuibilidade de tantas resoluções.

Diagnóstico II

Essa crescente pulverização das deliberações, que abrangem praticamente todo o espectro de ações implementadas pelo SUS, torna difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e não permite identificar as prioridades. O papel das diretrizes expressas pelas conferências de saúde é tornar claros os objetivos que devem ser alcançados pela política de saúde. Essa imagem-objetivo é o guia que orientará a identificação das estratégias mais adequadas no médio prazo.

Diagnóstico II

Se as conferências não forem capazes de indicar o que é mais relevante e tudo se igualar em termos de importância, torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e fica comprometido o esforço de análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental. Parece indispensável se enfrentar a necessidade de um esforço de síntese, com formulações abrangentes, que permita escolhas sobre as prioridades em termos de diretrizes.

Diagnóstico III

- A participação social no SUS foi incorporando novos atores sociais, representantes de interesses específicos, o que se reflete hoje na própria composição dos conselhos e conferências de saúde. Nessa linha, a tradicional agenda do movimento sanitário precisou ser ampliada, em sintonia e alianças com novos atores e movimentos sociais.

Diagnóstico III

- Entretanto, “a simples soma das reivindicações e ‘direitos’ de cada segmento, entidade e instituição, não é a mesma coisa que a realização das diretrizes da equidade e universalidade... Nem os recursos públicos crescem segundo a simples soma dos direitos e reivindicações de todos os segmentos e entidades” (BRASIL. CONASS, 2009).

Diagnóstico IV

- É preciso lembrar, ainda, que “nessa arena de disputa, que representa o setor saúde, um fator responsável por desequilibrar as forças é o acesso à informação e ao conhecimento. (...) O conhecimento contribui para a tomada de decisões, sem ele não há como a população organizada exercer o seu papel. Por isso a comunicação está relacionada ao poder, e sua apropriação pelas camadas populares é um importante instrumento de luta” (COELHO, 2012).

Diagnóstico V

- A produção da saúde envolve a superação dos recortes setoriais tradicionais para o enfrentamento de problemas complexos, multideterminados, com especialidades distintas e que integram espaços de governabilidade externos ao setor. Isso é claro nos relatórios das conferências nacionais, onde se identificam inúmeras recomendações que implicam ações de outros setores relevantes para a saúde.

Diagnóstico VI

- Por fim, é preciso considerar a dinâmica de funcionamento das conferências, um dos determinantes da participação dos representantes dos usuários nestes fóruns participativos (CORTES, 2002). Parece haver certo consenso de que tanto as plenárias temáticas e final transformam-se em palanques, quanto, cada vez mais, se consome energia no debate de variações de redação de proposições, sem alteração significativa de conteúdo.

Sugestões da Mesa Diretora do CNS (24/2)

1. Articular a diversificação de interesses na constituição da Agenda Setorial;
2. Minimizar os diferenciais de acesso à informação relativa ao temário da XV CNS;
3. Enfrentar a crescente pulverização das deliberações e priorizar propostas;
4. Garantir a construção da Agenda pós-Conferência, com acompanhamento do cumprimento das deliberações pelo SUS (*“CNS não pode ser um fim em si mesma”*);
5. Promover articulação intersetorial, ampliando a governabilidade da saúde, potencializando resultados;
6. Rever o formato das conferências visando favorecer o a participação e o diálogo na *“construção do possível”* (*“metodologias que democratizem o debate”*).

Sugestões da Jornada de Comissões (11/3)

7. Partir das experiências locais e valorizar o espaço das Regiões de Saúde, garantindo a participação das CGR nas etapas estadual e nacional: criação da etapa regional para a 15ª CNS (não-obrigatória)?
8. Garantir condução democrática e escuta respeitosa;
9. Realizar Planejamento Estratégico da XV CNS, integrando iniciativas segmentadas e parcelares;
10. Realizar eventos (seminários, oficinas, debates) preparatórios com segmentos normalmente excluídos e rediscutir o modelo de representação;
11. Repolitizar o debate e garantir a paridade de gênero.
12. Rever as deliberações das CNS anteriores.

Sugestões do LAPPAS e GT do CNS (24/4)

13. Articulação e inclusão de segmentos comumente excluídos das CNS (mulheres, negros, indígenas, pessoas com deficiências, LGBT, pessoas em situação de rua, população do campo, imigrantes – haitianos, bolivianos e cubanos etc. para além dos conselheiros de saúde).
14. Criação de etapa ou plenária macrorregional Pré-15ª CNS?
15. Garantir o momento de Análise de Situação e das Políticas Públicas de Saúde nas etapas da 15ª CNS.
16. Garantir que os Relatórios da etapa estadual sejam encaminhados com maior antecedência à etapa nacional.
17. Garantir a participação do Poder Legislativo e das Agências Reguladoras (ANS e ANVISA) na 15ª CNS.

Comentário Final

- O desafio que está colocado é do aperfeiçoamento do processo democrático no SUS. A discussão sobre o formato e o processo de preparação e realização da 15ª CNS precisa ser desencadeada imediatamente para que seja possível chegarmos a um modelo de organização e funcionamento em que a participação social promova o fortalecimento do SUS sem reproduzir modelos contrários à democratização das políticas de saúde.

Referências

- BRASIL. CONASS. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009.
- CHAVES, Maria Marta Nolasco; EGRY, Emiko Yoshikawa. Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde. Rev. esc. enferm. USP [online], 2012, vol.46, n.6, pp. 1423-1430
- COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saude soc. [online], 2012, vol.21, suppl.1, pp. 138-151.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias [online], 2002, n.7, pp. 18-49.
- GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. Physis [online], 2004, vol.14, n.1, pp. 15-39.
- VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes and CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando?. Sociologias [online], 2009, n.21, pp. 218-251.