

## Notícias da 12ª Conferência Nacional de Saúde\*

Rogério Lannes Rocha\*\*

Marinilda Carvalho\*\*

Cláudio Cordovil\*\*

Jesuan Xavier\*\*

Kátia Machado\*\*

\*\*Jornalistas da *Revista RADIS* da Escola Nacional de Saúde Pública

E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

**Resumo** – Este artigo sintetiza a cobertura jornalística realizada pela equipe da *Revista RADIS* da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, sobre o maior evento político de saúde do país, a 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca. O texto relata as discussões entre três mil delegados à conferência, que teve como tema “A saúde que temos, o SUS que queremos”, e traz algumas das principais deliberações da plenária final sobre direito à saúde, seguridade social e saúde, intersetorialidade das ações de saúde, as três esferas de governo e a construção do SUS, organização da atenção à saúde, controle social e gestão participativa, trabalho na saúde, ciência e tecnologia e a saúde, financiamento da saúde, informação e comunicação em saúde.

**Palavras-chave:** Conferência Nacional de Saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

### 1. O caminho para Brasília

O longo caminho que levou milhares de delegados e observadores à 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2003, foi aberto pela insatisfação de cidadãos com um sistema de saúde que ainda não é eficaz, não tem a qualidade que desejam, não atende a todos de modo equânime e a cada um de forma integral e humana. A isso, juntou-se o descontentamento de profissionais de saúde com suas condições de trabalho e remuneração, além da discordância de sanitaristas e militantes da saúde com as políticas públicas governamentais dos últimos anos e com a subordinação das políticas sociais às políticas macro-econômicas liberais. Em acréscimo, as evidências do descumprimento da legislação e desvio de verbas do SUS por governantes de vários pontos do país reforçavam a constatação de que a cultura secular da desigualdade social, da apropriação privada de recursos públicos e de desrespeito a direitos do cidadão no Brasil perpassa as práticas e ações de saúde.

---

\* A cobertura completa da 12ª Conferência pode ser encontrada no site [www.ensp.fiocruz.br/publi/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis)

Mas esse trajeto foi pavimentado também por movimentos coletivos organizados em defesa do direito à saúde e por dirigentes com vontade política de colocar em prática a Constituição, as leis e normas que conformam o Sistema Único de Saúde. Lideranças comunitárias e de categorias profissionais da saúde abriram o caminho da participação qualificada em conselhos de saúde. Equipes profissionais resistiram a desmandos de governantes e levaram adiante trabalhos pioneiros. Apoiados por dirigentes comprometidos, muitos formularam e implementaram experiências inovadoras e bem-sucedidas de gestão ou atenção à saúde em todo o país.

O roteiro desta Conferência tem sua origem na primeira tentativa de descentralização da Saúde, na 3ª Conferência, em 1963; na síntese do ideário da Reforma Sanitária, na 8ª, em 1986; no ruidoso enfrentamento com o governo Collor, na 9ª, em 1992; e na persistência pela manutenção dos princípios e divisão de atribuições dentro do SUS que marcaram a 10ª e 11ª, em 1996 e 2000.

No início do governo Lula, a retomada dos ideais da Reforma Sanitária – movimento que inspirou o capítulo da Seguridade Social na Constituição de 88 e a criação do Sistema Único de Saúde – é personificada na figura do sanitarista Sérgio Arouca, chamado a ocupar a secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e a coordenar a 12ª Conferência. O evento foi antecipado em um ano para que pudesse, segundo reiteradas declarações do ministro da Saúde, Humberto Costa, ter suas resoluções acatadas como políticas de governo. A reunião de todas as tribos da saúde no histórico encontro foi preparada, ao longo do ano, segundo relato dos organizadores, em acalorados debates, grupos de trabalho e conferências em 3.600 municípios e 27 estados. Em todas essas etapas, assim como na nacional, 50% dos delegados representou os usuários do SUS, 25% os trabalhadores de saúde e os demais 25% os prestadores de serviço, tanto públicos quanto privados. Três meses antes da plenária final, morre o “guru” da Reforma Sanitária e a 12ª Conferência passa a se chamar Sérgio Arouca, em sua homenagem.

## **2. A hora da democracia**

Por cinco dias — e noites! — foi permitido sonhar – assim incitava um enorme painel ao fundo do palco – no imenso Auditório Sérgio Arouca, de quatro mil lugares, na Academia de Tênis de Brasília. Três mil delegados eleitos nos estados exerceram seu direito à democracia, debatendo e votando propostas para uma política nacional de saúde pública, na conferência que teve por tema “A saúde que temos, o SUS que queremos”.

Por enquanto, estas propostas estão no papel. Mas o ministro Humberto Costa, na cerimônia de abertura, e o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no encerramento, prometeram: as decisões dos delegados serão aplicadas na prática.

Como contribuição à irradiação deste compromisso pelas três esferas de governo, o coordenador-executivo da 12<sup>a</sup>, ex-deputado e ex-secretário de saúde Eduardo Jorge, encerrou a conferência propondo um pacto nacional, a ser assinado até o fim de 2004 por governo federal, governadores e prefeitos, que tire “a saúde que queremos” do papel.

Os delegados fizeram a sua parte. No primeiro dia dos trabalhos da conferência foi possível sonhar também nos auditórios Raymundo Bezerra, Carlos Sant’Ana, Eric Jenner e David Capistrano, nos quais, por 30 horas, 60 palestrantes e dezenas de debatedores expuseram suas idéias sobre os 10 eixos temáticos que nortearam as discussões. No segundo dia, o sonho se transferiu para a Universidade de Brasília. Em maratona de 10 horas, que exigiu logística sofisticada, 98 grupos, distribuídos em três prédios, discutiram o documento consolidado das propostas aprovadas nas conferências estaduais de saúde.

Resultaram desta maratona 900 emendas e mais de quatro mil destaques ao documento, fora as moções. Nos dois dias finais de trabalho, previstos para a votação desse pacote, um certo choque de realidade: como votar quatro mil destaques em dois dias? Duas leituras, então, se fazem possíveis da

12<sup>a</sup> CNS, de acordo com as inclinações de quem analisa. A primeira, personificada na figura do coordenador, Eduardo Jorge, dá conta de que a massa de três mil delegados e 1.000 observadores presentes ao evento atestava o sucesso da descentralização do SUS, de sua capilaridade, a partir da crescente implantação de conselhos municipais ali representados. “Uma explosão de controle social” que estaria a exigir um novo modelo de conferência, na avaliação dele. Já outra leitura, de vezes também autorizadas no âmbito do movimento da Reforma Sanitária, percebe certa inexperiência dos organizadores, já que é muito difícil, numa Plenária de tantos votos, cumprir um regimento que garantia o debate de todas as propostas apresentadas pelos delegados.

No primeiro dia da Plenária Final, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, pediu a palavra para informar que o Conselho Nacional de Saúde estava preocupado. “Se continuar no ritmo que vai hoje a gente não conclui amanhã”, observou, a uma platéia entre perplexa e indignada, temendo manobras discutíveis. Veio então sua recomendação de que o primeiro dia fosse dedicado à leitura das propostas, e o segundo à votação dos destaques. “Não podemos esvaziar a Plenária”, bradou. Seu apelo encontrou acolhida e foi aclamado pelos delegados presentes.

Estava se delineando o cenário para que, na manhã do dia seguinte, Eduardo Jorge se dirigisse aos cerca de quatro mil presentes e informasse que havia milhares de destaques. “Não há a menor possibilidade de votação destes destaques nem em 15 dias”, afirmou. Na madrugada anterior o Conselho Nacional de Saúde reunira-se com a Coordenação Geral da Conferência e a equipe de relatores de síntese para levantar as questões mais importantes de cada eixo temático e selecionar quatro ou cinco delas – as mais polêmicas. Na matemática possível numa ampla democracia, quatro mil destaques se transformariam em 90, que seriam, estes sim, votados ali. Surpreendentemente, Eduardo Jorge foi aclamado. Não sem antes assumir o compromisso de que a totalidade de emendas e destaques

seria enviada pelo correio aos delegados, para que votassem item por item. “Vocês não vão ficar sem resposta”, prometeu.

Superada a tensão na Plenária – e nos bastidores –, as votações seguiram até a noite, sendo interrompidas por um apoteótico encerramento oficial com a presença do Presidente Lula, cansado por chegar naquele dia de viagem ao Oriente Médio, mas visivelmente empolgado com a disposição dos delegados. Terminados os discursos e homenagens, a Plenária retomou a maratona, debatendo e votando propostas até 5h da manhã.

### **3. Polêmicas, consensos e propostas aprovadas por eixos temáticos**

#### **3.1. Direito à saúde**

Como fazer valer o que está garantido pela Constituição Federal de 1988, estabelecendo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” foi o centro do debate do primeiro eixo temático da conferência. Para o procurador da República Humberto Jacques de Medeiros, do Rio Grande do Sul, em matéria legislativa tudo já foi feito no que diz respeito a esse direito, mas “há ainda uma distância entre o direito à saúde de que nós falamos e o que alguns exercem”. Segundo ele, a validade do direito depende de políticas públicas eficientes, orçamento público adequado e, sobretudo, participação social democrática. O direito à saúde da população negra recebeu destaque. Representando a Coordenação Nacional de Entidades Negras, Fátima de Oliveira Ferreira lembrou que hoje a população negra ainda enfrenta a mortalidade precoce e conclamou a 12ª CNS a servir como meio de exigir do governo uma política nacional de saúde para os negros, que representam mais de 45% da população brasileira. “Os negros do Brasil morrem antes do tempo em todas as faixas etárias, e o maior responsável por essa realidade é o Estado brasileiro”, reclamou. Na Plenária final, o ponto mais controvertido disse respeito à descriminalização do aborto. Depois da mais apertada votação da conferência, foi aprovada a

supressão total da proposta que propugnava “respeitar o direito de livre escolha das mulheres, a laicidade do Estado brasileiro e os compromissos assumidos pelo Brasil nos espaços oficiais das Nações Unidas, em conferências internacionais da década de 90, que servem de bases para a descriminalização do aborto no Brasil, e atendimento digno aos casos de aborto lícito, como um direito de cidadania e uma questão de saúde pública”. A disputa em questão revelou a força da Pastoral da Criança junto aos delegados, fenômeno que também ocorreu com o movimento de trabalhadores e de organizações dedicadas ao combate da Adis e da Hanseníase. Foi aprovado também: implementar reforma agrária que incluía atenção integral à saúde; garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva.

### **3.2. A seguridade social em saúde**

A criação de um ministério que englobasse três áreas, Previdência, Saúde e Assistência Social, foi o assunto que norteou as principais discussões em torno deste eixo temático. Embora veementemente defendida por muitos nos grupos de trabalho, a proposta foi rejeitada pela maioria do Plenário, frustrando, entre outros o coordenador-geral da conferência, Eduardo Jorge. “Quem sabe teremos este sonhado ministério na próxima conferência?”, alentou-se. Durante os debates, o então líder do PT no Senado, Tião Viana, comentou a Reforma da Previdência: “sei que atinge alguns interesses e que pode estar sendo injusta em alguns casos, mas considero o modelo coerente, e mesmo errando acho que era o que precisava ser feito”. Mas acabou fazendo discurso contrário à posição do atual governo ao defender o fim da cobrança da CPMF. “Fomos assaltados quando dos desvios das finalidades dos recursos da CPMF”, disse. “Atualmente é dito que o imposto está sendo investido na seguridade social, mas acho que ele nunca poderia ter sido desviado para qualquer outra finalidade que não fosse em saúde”. Procurado para esclarecer sua opinião, alegou que falara de improviso, evitando “botar lenha” nessa fogueira.

### **3.3. A intersectorialidade das ações de saúde**

“A intersectorialidade não pode ser realizada apenas entre ações, mas, sobretudo, entre políticas sociais que compreendem renda, emprego, alimentação, educação, moradia, saneamento e saúde”, alertou Amélia Cohn, da Faculdade de Medicina da USP, durante os debates sobre o eixo temático. O ministro das Cidades, Olívio Dutra, lembrou que a Constituição estabelece que “compete à União instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos” e lamentou o processo recente de desmonte de empresas públicas responsáveis pelo saneamento básico de muitas cidades. A votação do relatório da Intersectorialidade correu sem muitas polêmicas. Ficou claro, porém, que as propostas sugeridas visavam à intersectorialidade entre ações e políticas sociais, e não de recursos. Aprovou-se: criar agenda intersectorial para a saúde; ampliar o Programa do Leite, extensivo à área rural, indígena e quilombola; integrar as unidades básicas de saúde às escolas.

### **3.4. As três esferas de governo e a construção do SUS**

Os desvios de função dos Comitês Intergestores Bipartite (CIBs) e Tripartite (CITs) foram apontados por Marco Antônio Manfredini, da Federação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (Fentas): “o que vemos no cotidiano é que essas comissões absorvem as decisões mais importantes, relegando aos Conselhos de Saúde uma agenda de política secundária”. Durante os debates desse eixo, foram abordadas a capacitação de conselheiros de saúde e as conseqüências do alto custo da Dívida externa para o setor. No relatório que foi para a Plenária, a preocupação em equilibrar as responsabilidades com a Saúde entre as esferas de governo federal, estadual e municipal, permitindo a aprovação de propostas como: garantir a operacionalização das normas do SUS; reafirmar a autonomia e o comando único de cada esfera de governo.

### **3.5. Organização da atenção à saúde**

Mário César Scheffer, do Fórum Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiências e Patologias e representante de usuários no Conselho Nacional de Saúde, criticou mídia e governo: a primeira por mostrar o pior do SUS, o segundo por não mostrar o melhor do SUS. E acrescentou: “a Atenção Básica que queremos exige financiamento maior, melhor gestão do trabalho, mais controle social, mais informação em saúde”. Embora do governo, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla não poupou críticas ao SUS de hoje: “desarticulação entre ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, baixa resolutividade, pronto-atendimento desqualificado, lógica privada na organização e no funcionamento da rede, ditada pelo mercado, custo elevado e pouco eficaz, centrado no médico hospitalocêntrico, autoritário, burocratizado e desumanizado”. Muito aplaudido, Scheffer, concluiu: “por tudo isso deveríamos tentar resgatar o ativismo na defesa da saúde, que anda esquecido desde a 8ª Conferência”. Os delegados da 12ª foram categóricos em condenar o atendimento diferenciado a beneficiários de planos de saúde e particulares em unidades do Sistema Único de Saúde e hospitais universitários, sinalizando que as dificuldades de financiamento dos hospitais públicos não podem ser resolvidas em detrimento da equidade no atendimento aos cidadãos. Deliberaram também: criar oficinas sobre alimentação saudável; produzir a multimistura; criar equipes multiprofissionais de atenção por concurso público; redefinir relação hospital universitário-gestor; estruturar o Programa de Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva; que o Ministério da Saúde deve assumir a atenção à saúde indígena.

### **3.6. Controle social e gestão participativa**

A força do Sistema Único de Saúde está no controle social, concordaram os participantes dos debates deste eixo, em que o papel do Ministério Público e a maior capacitação de conselheiros de

saúde foram alguns dos temas mais discutidos. Duras críticas foram direcionadas aos governantes pelas tentativas de cooptar conselhos, ignorar suas decisões ou substituir o seu papel pelos encaminhamentos de Comissões Bi ou Tripartites de gestores das esferas de governo. Entre as propostas aprovadas, destacam-se: Gestores devem cumprir deliberações das conferências e garantir a participação de delegados estaduais e municipais nas conferências nacionais; capacitação continuada de conselheiros; que os conselhos devem incluir diferentes etnias e minorias; vetar conselheiros parentes de gestores e pessoas ligadas ao Executivo; estimular a participação do Ministério Público; que as entidades de empresários são prestadores e não usuários; eleger conselheiros em assembléias a cada dois anos; que os mandatos não devem coincidir com eleição de gestor; que não pode a mesma pessoa representar a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos; que a presidência dos conselhos não deve ser obrigatoriamente do gestor; manter a CNS a cada quatro anos; realizar a I Conferência da Seguridade Social em 2005.

### **3.7. O trabalho na saúde**

Plano de carreira unificado, carga horária, admissão por concurso público e Ato Médico foram os pontos mais polêmicos durante os debates. Houve consenso entre governo, usuários e profissionais na crítica à precarização dos vínculos empregatícios no setor, mas divergência quanto a forma ideal de seleção e contratação. “O concurso público é a forma legal e desejada de acesso aos cargos”, argumentou Denise Motta Dau, da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, que defendeu a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para que não seja mais usada como pretexto para a não-concessão de correções salariais e contratação de um quadro ideal de servidores da saúde. O Ato Médico, que prometia ser um dos assuntos mais polêmicos da conferência, virou consenso. Na Plenária Final, os delegados não aceitaram que todo e qualquer procedimento médico fosse feito apenas por profissionais médicos. Foram aprovadas também: jornada de 30 horas; regulamentar lei sobre

agentes comunitários de saúde; trabalho no SUS como carreira essencial de Estado; piso para todas as categorias do SUS.

### **3.8. Ciência e tecnologia e a saúde**

Governo e representantes da indústria farmacêutica nacional se queixaram que a estrutura do setor farmacêutico inibe a produção de fármacos. Mas o Ministério da Saúde anunciou investimentos para aumentar a produção de vacinas, além de apresentar números que indicam que 30% dos grupos de pesquisa financiados pelo Estado atuam na área de saúde. O eixo temático acabou dividindo com o de Direito à Saúde a discussão sobre transgênicos, resultando numa proposta mais branda que a proibição total sinalizada nos destaques do segundo eixo. Foi aprovada a criação de mecanismos rigorosos de regulação do uso dos transgênicos. E ainda: criar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e mecanismos de fomento à pesquisa; exigir a quebra de patentes de medicamentos e insumos segundo critérios epidemiológicos de urgência na saúde pública.

### **3.9. O financiamento da saúde**

Este eixo temático, com destaque para a defesa da emenda Constitucional 29 – que define os percentuais destinados à saúde dos orçamentos federal, estaduais e municipais –, teve os debates mais concorridos da conferência. Entre as propostas aprovadas, a mais importante foi a que defende que o orçamento da saúde seja constituído por 10% dos recursos das receitas correntes da União; 15%, dos estados e 12%, dos municípios. Os delegados aprovaram também: renegociar as dívidas externa e interna; cumprir a Constituição sobre destinação de recursos à saúde; diminuir os recursos federais “carimbados” aos fundos de saúde; que os recursos, inclusive investimentos e compra de medicamentos, devem ser repassados ao Fundo Municipal de Saúde; adotar o Programa de Atenção Básica estadual como forma de repasse fundo a fundo; financiamento tripartite para o Programa de

Saúde da Família e repasse para equipes segundo densidade populacional; que nos municípios com 100% de cobertura pelo PSF, a população registrada no SIAB será base de cálculo do PAB; aumentar o PAB para municípios com menos de 30 mil habitantes; que nos de população flutuante sejam garantidos repasses proporcionais aos incrementos sazonais; contemplar a multidisciplinaridade nas equipes; ampliar o PAB para R\$ 20/habitante; garantir remuneração do SUS compatível com o custo dos procedimentos.

### **3.10. Informação e comunicação em saúde**

Centralização, pulverização, inexistência de padrões e processos integrados, deficiência de resposta a algumas clientelas, dependência tecnológica e custos desproporcionais conformam o cenário atual da informação e da informática no SUS, segundo Alcindo Antônio Ferla, diretor dessa área no Ministério da Saúde e responsável pela formulação da política nacional – que vem sendo submetida à consulta pública – para encaminhar soluções para esses problemas. No campo da comunicação, Wilma Madeira, do Grupo de Trabalho Saúde e Comunicação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criticou a contradição de um discurso de gestão participativa e prática de centralização, o governo sempre com a última palavra. Lembrou que a 8ª Conferência definiu a liberdade de expressão como um dos pressupostos do direito à saúde. O veterano jornalista Alberto Dines, editor do Observatório da Imprensa, criticou a mídia por noticiar as questões de saúde apenas em momentos específicos, como no Dia Mundial da Luta contra a Aids. “O vírus não tem feriado”, lembrou. A Plenária aprovou: que o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde definirão estratégias para maior visibilidade do SUS; reforçar a democratização da informação e da comunicação; garantir, nas três esferas, com prazos, compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS; viabilizar as redes de informação e de comunicação em saúde; realizar

em 2005 a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde; definir recursos para Cartão Nacional de Saúde em todo o país.

#### **4. Política e sabedoria até o final**

Saber avançar, mas também parar e mudar o rumo dos acontecimentos foi uma das marcas do sucesso da 12ª Conferência Nacional de Saúde. O encontro começou com a inclusão, por estrondosa aclamação do plenário, de uma mulher na mesa de abertura exclusivamente masculina, e só terminou com a aprovação de propostas relevantes em todos os dez temas, porque os delegados decidiram alterar o regimento que previa a apreciação de cada um dos destaques. Um dos momentos mais emocionantes foi protagonizado por delegados que tiveram seu acesso ao plenário dificultado pelo criterioso serviço de segurança da Presidência da República. Os gritos de “para a votação” tiveram a adesão dos que estavam dentro do auditório, obrigando a mesa a suspender os trabalhos, o que foi festejado com a velha palavra de ordem “o povo unido jamais será vencido” e o Hino Nacional cantado por todos.

Em alguns momentos falou-se da inexperiência de delegados (93% participavam pela primeira vez de um evento desta magnitude) ou de organizadores (que tinham que equacionar transparência e democracia com o pragmatismo do tempo e da síntese). Mas, no maior evento político da saúde, venceram a maturidade do movimento sanitário e a sabedoria dos novos atores sociais.

Em sua avaliação final, Eduardo Jorge destaca a “incrível” participação de mais de 200 mil pessoas em todas as etapas da conferência. “O relatório estudado e debatido em Brasília foi elaborado de baixo para cima. Isso reflete um nível de amadurecimento nunca antes visto”, analisa o coordenador da 12ª. “Por outro lado, essa explosão de participantes demonstrou que precisaremos repensar a estrutura das próximas conferências. Um novo modelo que tenha menos discurso e mais reflexão. Menos caciques e que dê mais autonomia aos delegados. Terminamos aqui em Brasília com mais de

1.000 emendas que ainda precisam ser votadas. Acho também que temos que escolher melhor os temas. Não dá para debater todos os aspectos num só evento”.

Antes mesmo de chegarem ao papel as deliberações da conferência já valem, desde que em consonância com a Constituição e as leis, como política pública de Estado, acima de interesses de quem lucra com a doença e de eventuais políticas de governos municipais, estaduais e federal que desrespeitem o direito do cidadão à saúde. O relatório final da “Doze”, como passou a ser carinhosamente chamada a Conferência Sérgio Arouca, ficou na dependência de consultas a distância aos delegados sobre destaques menos polêmicos que não foram votados em dezembro. Mas quando o documento for concluído, governo e sociedade terão em mãos um verdadeiro programa de ação para reformar o Sistema Único de Saúde e executar outras ações que concorram para estarmos mais próximos da saúde que queremos.