



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

25
ANOS

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

25
ANOS

Brasília

2007

www.conass.org.br

Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.
Coleção Progesteres – CONASS 25 anos
Tiragem: 5 mil
Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

156 p. (CONASS 25 anos)

ISBN: 978-85-89545-48-8

1. SUS (BR). 2. Trajetória da entidade. I Título.

NLM WA 525
CDD – 20. ed. – 362.1068

**Coordenação e Concepção
da Coleção Progestores**

Regina Helena Arroio Nicoletti
René Santos
Renilson Rehem
Ricardo F. Scotti
Rita de Cássia Bertão Cataneli

**Organização do livro
CONASS 25 Anos**

Jurandi Frutuoso Silva
Ricardo F. Scotti
René Santos
Eliana Dourado

Pesquisa

Prof^ª Dr^ª Zelo Martins dos Santos

Edição

Adriane Cruz

Revisão

Rosi Mariana Kaminski

Projeto Gráfico e Arte Final

Clarice Maia Scotti

Secretários Estaduais de Saúde

AC – Suely de Souza Mello da Costa
AL – André Valente
AP – Abelardo da Silva Vaz
AM – Wilson Duarte Alecrim
BA – Jorge José Santos Pereira Solla
CE – João Ananias Vasconcelos Neto
DF – José Geraldo Maciel
ES – Anselmo Tose
GO – Cairo Alberto de Freitas
MA – Edmundo da Costa Gomes
MT – Augustinho Moro
MS – Beatriz Figueiredo Dobashi
MG – Marcus Pestana
PA – Halmélio Alves Sobral Neto
PB – Geraldo de Almeida Cunha Filho
PR – Cláudio Murilo Xavier
PE – Jorge Gomes
PI – Tatiana Vieira Souza Chaves
RJ – Sérgio Côrtes
RN – Ademar Cavalcanti Cunha Júnior
RS – Osmar Terra
RO – Milton Luiz Moreira
RR – Eugênia Glaucy Moura Ferreira
SC – Luiz Eduardo Cherem
SP – Luiz Roberto Barradas Barata
SE – Rogério Carvalho
TO – Eugênio Pacceli de Freitas Coelho

**Diretoria do CONASS
2006/2007**

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier

Secretaria Executiva do CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadores

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz; Déa Carvalho; Eliana

Dourado; Gisele Bahia; Júlio Müller;

Lívia Costa da Silveira; Lore Lamb;

Luciana Tolêdo Lopes; Márcia

Huçulak; Maria José Evangelista;

Maria Luiza Campolina Ferreira;

Ricardo Rossi; Rodrigo Fagundes

Souza e Viviane Rocha de Luiz

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

Presidentes do CONASS

Adib Jatene (1982-1983)

Germano Bonow (1983)

Leônidas Ferreira (1983-1984)

Luiz Eduardo Carneiro (1984-1985)

Ronei Ribeiro (1985-1987)

Laércio Valença (1987)

Luiz Umberto (1987-1988)

Antenor Ferrari (1988-1989)

Nelson Rodrigues dos Santos (1989-1990)

Pedro Melo (1990)

Luiz Gonzaga Bulhões (1990-1991)

Lúcio Alcântara (1991-1992)

Zuca Moreira (1992)

Benício Sampaio (1992-1994)

Danilo Campos (1994-1995)

José Wanderley Neto (1995-1996)

Armando Raggio (1996-1997)

Rafael Guerra (1997-1998)

Júlio S. Müller (1998-1999)

Tancredo Soares (1999)

Anastácio Queiroz (1999-2000)

Fernando Cupertino (2000-2003)

Gilson Cantarino O'Dwyer (2003-2005)

Marcus Pestana (2005-2006)

Sumário

11	Apresentação
13	Introdução
19	Capítulo 1 A saúde pública no Brasil
29	Capítulo 2 As Secretarias Estaduais de Saúde e a criação do CONASS
35	A Conferência de Alma-Ata
38	As Secretarias Estaduais de Saúde
40	A criação do CONASS
49	Capítulo 3 A democracia e o direito à saúde
52	Ações Integradas de Saúde (AIS)
53	As Conferências Nacionais de Saúde
58	O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)
59	A Assembléia Nacional Constituinte e a Constituição de 1988
61	A criação do Sistema Único de Saúde
63	Capítulo 4 O CONASS e a construção do SUS
66	A Lei Orgânica da Saúde
67	As Normas Operacionais Básicas de 1991 e 1992
69	A Norma Operacional Básica de 1993
70	A extinção do Inamps
71	A criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite
72	A perda de recursos financeiros da seguridade social
73	O Decreto de Transferência Fundo a Fundo
74	As oficinas de trabalho do CONASS
77	A criação da CPMF
79	A Norma Operacional Básica de 1996

83	A primeira pesquisa de opinião pública sobre a saúde
83	A criação das Câmaras Técnicas do CONASS
85	A estruturação da Secretaria Técnica
89	Capítulo 5 CONASS: a força dos estados na garantia do direito a saúde
92	A Emenda Constitucional nº 29
93	A defesa da regulamentação da EC nº 29
95	A Norma Operacional de Assistência à Saúde
97	CONASS 20 anos
99	A segunda pesquisa de opinião pública sobre a saúde
100	O Progestores
103	A criação da Secretaria Executiva
105	Os seminários do CONASS para construção de consensos
110	I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-americanos de Saúde
112	Parcerias com o governo e instituições canadenses
114	1º Encontro do CONASS para troca de experiências
116	Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil
119	O Pacto pela Saúde
122	O manifesto aos candidatos à Presidência da República
126	Livro “SUS: avanços e desafios”
127	Progestores 2007
129	Capítulo 6 CONASS: os desafios para o futuro
145	Conclusão
147	Referências bibliográficas
153	Documentação oral: entrevistas

Après

entação

Ao comemorar 25 anos o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) rememora e celebra suas lutas e vitórias, e lança um olhar decidido para o futuro, com a força de quem defende intransigentemente os direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros e com a certeza de ter sido e continuar sendo um ator na construção do sistema de saúde brasileiro.

Fica claro que, ao reconstruirmos a trajetória histórica do Conselho, ela se confunde e se entrelaça com a história do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). E não poderia ser diferente. Falar do CONASS é falar do SUS.

Não é possível falar do SUS sem falar do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Ministério da Saúde.

Este livro traz parte da história de pessoas que construíram uma instituição respeitada por todos, mas principalmente marca a trajetó-

ria da sociedade brasileira que reconquistou a democracia e luta para aperfeiçoá-la.

Os colaboradores desse livro foram instados a falar dessa história. A riqueza desses depoimentos não se esgota aqui e pode servir de subsídio para outras publicações, principalmente quando a abrangência de suas reflexões ultrapassa a percepção dos desafios do CONASS e contemplam a análise sociológica da própria sociedade e suas contribuições para o processo de construção do SUS.

Ao comemorar seus 25 anos de luta em prol da garantia do direito dos cidadãos brasileiros à saúde, o CONASS agradece a todos que contribuíram para o seu engrandecimento e renova as energias para continuar trilhando esse caminho, com o olhar voltado para o futuro, mas valorizando o passado, sem o qual não teríamos no presente, bela história para contar.

Jurandi Frutuoso Silva



Introdução

O livro **CONASS 25 anos** reconstrói a trajetória histórica que se inicia em 03 de fevereiro de 1982, pela percepção de importantes autoridades sanitárias brasileiras que discutiram e formularam idéias e se organizaram em uma instituição forte e representativa dos estados brasileiros, com participação efetiva nas discussões e decisões sobre a política e as ações da área da saúde no Brasil.

Desde a sua fundação o CONASS participa diretamente de todos os momentos da criação e implementação das políticas públicas de saúde. Apontou novos caminhos para a construção do SUS, constituindo-se em um espaço permanente de debate da reforma sanitária brasileira, em parceria principalmente com Conasems, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

É fundamental que essa trajetória histórica seja escrita e divulgada para o conhecimento não só dos interessados pelo tema saúde, como também da sociedade em geral.

Para construção do livro, recorreu-se à oralidade como seu principal fundamento metodológico, tendo como objetivo reconstruir a trajetória do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde a partir da memória de quem participou dos principais momentos da instituição do CONASS.

Para alcançar o objetivo foram realizadas entrevistas e utilizadas outras fontes de pesquisa, como relatórios de gestão, atas, artigos de jornais, fotos e publicações da entidade.

Ao refletir sobre a memória do CONASS, evidencia-se que não se trata de algo fixo, mas de reorganizações de impressões e **rememorações** do passado de quem viveu, constantemente entrelaçadas com o presente de quem narra. Desse modo, as **comemorações** representam formas idealizadas, que rememoram indivíduos e coisas, símbolos que legitimam a tradição e se apresentam como modelos para o futuro de uma sociedade.

Helenice Rodrigues da Silva, reportando-se a Paul Ricoeur, “estabelece uma distinção entre ‘rememoração’ (parte de um processo de elaboração individual) e ‘comemoração’ (trabalho de construção de uma memória coletiva)”¹.

1) SILVA, 2002.

O Livro está assim composto:

Capítulo 1: A saúde pública no Brasil

Apresenta uma retrospectiva histórica da saúde pública no país, do final do século XIX até 1964.

Capítulo 2: As Secretarias Estaduais de Saúde e a criação do CONASS

Trata da estruturação das Secretarias Estaduais de Saúde e da criação do CONASS em 1982.

Capítulo 3: A democracia e o direito à saúde

Evidencia como o Brasil conquistou ao final da década de 1980 a democracia e o direito à saúde.

Capítulo 4: O CONASS e a construção do SUS

Narra os vários momentos da implementação do SUS na década de 1990.

Capítulo 5: CONASS: a força dos estados na garantia do direito à saúde

Descreve o desempenho técnico e a atuação política da entidade na consolidação do SUS a partir do início do século XXI.

Capítulo 6: CONASS: os desafios para o futuro

Registra depoimentos dos colaboradores desse livro que fizeram uma avaliação da importância do CONASS, bem como identificaram os desafios futuros a serem enfrentados pela entidade e pelo SUS.

A trajetória do CONASS foi reconstruída com a participação de vários personagens que prestaram seus depoimentos, rememorando os acontecimentos, desde a criação até a atual estrutura da entidade, evidenciando as lutas, os eventos, as decepções, as frustrações e as alegrias.

Apresentamos a seguir os entrevistados e uma seleção de suas atividades profissionais relevantes para o contexto desse livro:

Adib Jatene

Ministro da Saúde dos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, Secretário Estadual de Saúde de São Paulo, fundador e primeiro Presidente do CONASS.

Antonio José Guerra

Primeiro coordenador da Secretaria Técnica do CONASS.

Armando Raggio

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde do Paraná, Secretário Municipal de Saúde de Curitiba, Presidente do Conasems. Coordenador de Pós-Graduação e Extensão da Escola Superior de Saúde do Distrito Federal.

Eugênio Vilaça Mendes

Secretário adjunto da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, consultor de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Consultor de várias Secretarias Estaduais de Saúde e do CONASS.

Fernando Cupertino

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde de Goiás, Secretário Municipal de Saúde da Cidade de Goiás.

Gastão Wagner

Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Secretário Municipal de Saúde de Campinas, professor da Unicamp.

Gilson Cantarino O'Dwyer

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Presidente do Conasems, Secretário Municipal de Saúde de Niterói/RJ.

José Agenor Álvares da Silva

Ministro da Saúde do governo Lula, Secretário Executivo do Ministério da Saúde e servidor de carreira do Ministério da Saúde.

José da Silva Guedes

Secretário Estadual da Saúde de São Paulo, Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

José Wanderley Neto

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde e Vice-Governador de Alagoas.

Júlio Müller

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde de Mato Grosso, Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá. Assessor da Secretaria Executiva do CONASS.

Lúcio Alcântara

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde do Ceará. Prefeito de Fortaleza, Deputado Federal, Vice-Governador do Ceará, Senador da República e Governador do Ceará.

Marcus Pestana

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, Secretário Executivo do Ministério do Meio Ambiente e Deputado Estadual.

Mourad Belaciano

Coordenador da Secretaria Técnica do CONASS e Diretor Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.

Nelson Rodrigues dos Santos

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde de São Paulo, Secretário Municipal de Campinas/SP, Coordenador da Secretária Técnica do CONASS, Coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde.

Rafael Guerra

Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais. Deputado Federal e Presidente da Frente Parlamentar da Saúde.

Ricardo F. Scotti

Secretário Executivo do CONASS, Secretário adjunto da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Assessor Especial de Gabinete dos Ministros da Saúde Adib Jatene e Saraiva Felipe.

Zilda Arns

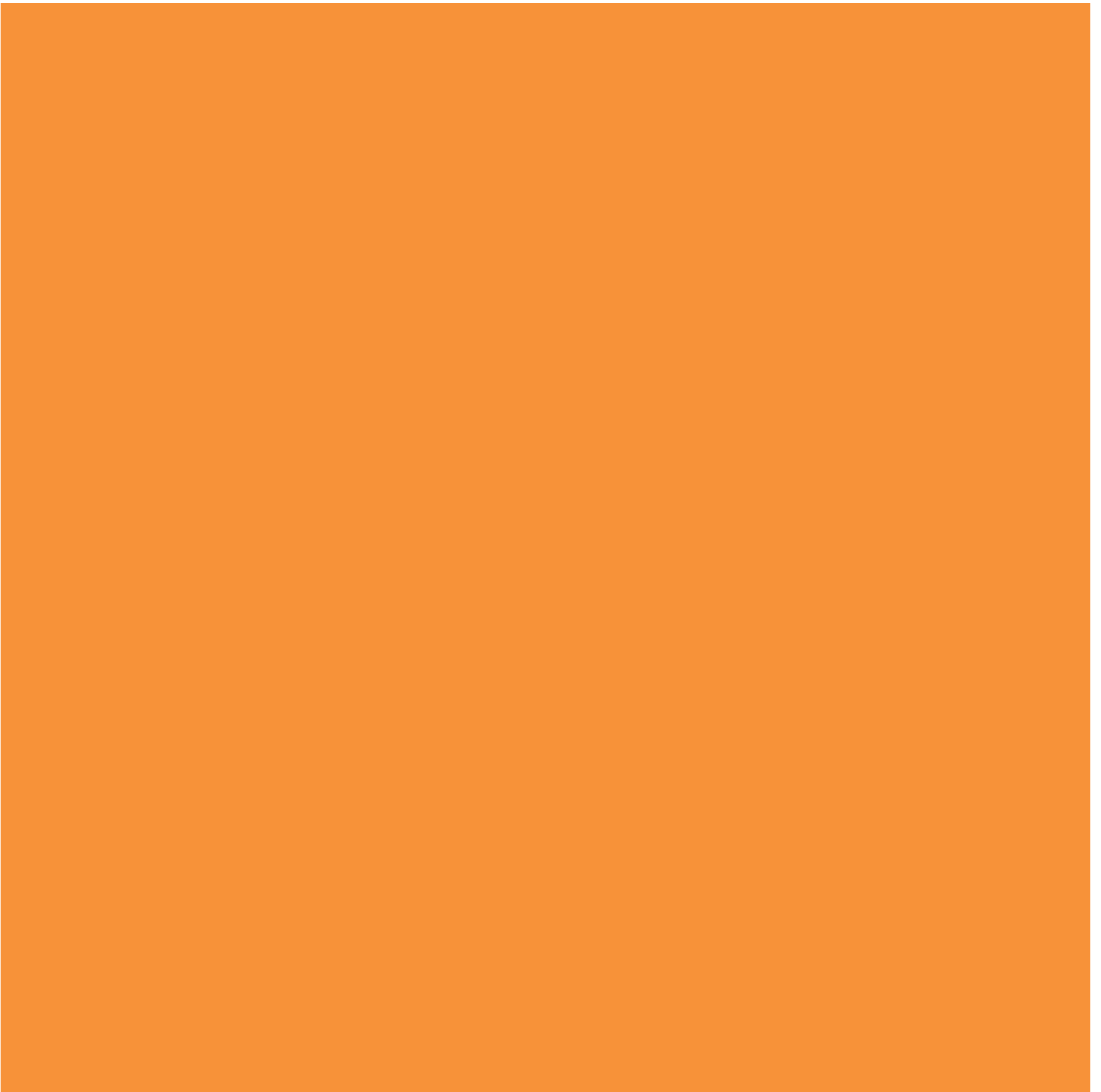
Membro do Conselho Nacional de Saúde e Coordenadora Nacional da Pastoral da Criança.

Jurandi Frutuoso Silva

Atual Presidente do CONASS, Secretário Estadual de Saúde do Ceará, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (Cosems), Secretário de Saúde do Município de Pedra Branca/CE.

Capítulo 1

A saúde pública no Brasil





saúde pública no Brasil evolui irmanada com a história do seu povo nos contextos social, político, econômico e cultural. Por mais que busque, ainda não ocupa lugar de destaque na política do Estado brasileiro, tornando-se prioridade no cumprimento de suas prerrogativas constantes da Constituição Federal de 1988 que assegura ao usuário acesso universal e igualitário.

Para entender o Sistema Único de Saúde é necessário retroceder e conhecer os acontecimentos históricos que levaram a essa conquista da sociedade brasileira. O setor saúde sofreu as influências do contexto político-social pelo qual o Brasil passou no decorrer do século XX.

No início do século XX, até a metade dos anos de 1960, predominou o chamado modelo “sanitarista campanhista”, evoluindo para o modelo médico-assistencial-privatista, que predominou até o final dos anos 1980, quando ocorreu o processo de redemocratização política, que provocou várias mudanças na organização social e política do Brasil, de modo especial na área de saúde, quando se instituiu o Sistema Único de Saúde.

Para que se possa analisar a realidade do Sistema Único de Saúde hoje existente é necessário conhecer os acontecimentos históricos que conduziram a essa conquista da sociedade brasileira. O setor saúde sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou.

No âmbito das políticas sociais, a Constituição de 1891 deixou a cargo dos estados e municípios a responsabilidade e as práticas das ações de saúde, saneamento e educação. Nesse período, a não interferência do governo federal levou o país a um quadro sanitário catastrófico, segundo Gilberto Hochman:

Todo esse ordenamento constitucional e político se encontrava diante de um quadro sanitário catastrófico. As chamadas endemias rurais, como a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas, grassavam pelo interior do país e mesmo na periferia dos centros urbanos, ao mesmo tempo em que se registrava a presença avassaladora das doenças infecto-contagiosas como a varíola, a tuberculose e as doenças venéreas. A presença da peste e da febre amarela só agravava esse quadro.

No arranjo federativo caberia aos poderes locais o cuidado com a saúde da população. Ao governo federal competiam, basicamente, as ações de saúde no Distrito Federal (DF), a vigilância sanitária dos portos e a assistência aos estados em casos previstos e regulados constitucionalmente.¹

O governo republicano criou, em 1896, o **Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP)**, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, cujas atribuições eram: a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; os estudos sobre doenças infecto-contagiosas; a organização de estatísticas demográfico-sanitárias.

As políticas de saúde que foram implementadas nesse período estavam relacionadas aos problemas da integração nacional. Para que essas políticas pudessem ser colocadas em prática, a tomada de consciência por parte da elite política da situação do quadro sanitário catastrófico existente no país, era de extrema necessidade.

A fundação das duas principais instituições de pesquisa biomédica e de saúde pública, no Rio de Janeiro, o **Instituto Soroterápico Federal** (1900), posteriormente **Instituto Oswaldo Cruz** (1908), **Fundação Oswaldo Cruz** (1970) e em São Paulo,

1) HOCHMAN, 1993, p.8.

o **Instituto Butantã** (1901), favoreceu o pensamento a respeito de saúde pública no país. O corpo médico dessas instituições passou a influenciar as propostas e ações voltadas para a saúde pública.

As viagens aos sertões do imenso território brasileiro realizadas por Cândido Rondon e pelas expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz, entre outras, primeiramente visavam ao trabalho profilático – o combate da malária e outras doenças epidêmicas –, mas, suas ações tinham também por finalidade contribuir com as atividades do governo federal relacionadas ao processo de expansão econômica, como a construção de ferrovias e saneamento dos portos.

O Brasil das três primeiras décadas do século passado era essencialmente rural. De acordo com o censo de 1920, 70% da população brasileira era constituída por analfabetos e a sociedade era dominada pelo poder político e econômico das oligarquias regionais.

A economia brasileira do início do século XX continuou essencialmente agrária e exportadora. A preocupação dos presidentes e dos governadores da época era com o saneamento dos espaços por onde circulavam os produtos e mercadorias para exportação, e com o controle das doenças que poderiam vir a prejudicar o comércio exportador.

Para Eugênio Vilaça Mendes, nesse período predominava

um modelo chamado sanitarianismo campanhista, onde o papel do Estado na saúde por força de uma economia monocultura exportadora, era o papel de sanear os corredores de exportação de café. Como era uma economia de monocultura cafeeira, o que era importante no final do século XIX e início do século XX, era acabar com as grandes epidemias que prejudicavam a exportação nos portos, especialmente de Santos e do Rio de Janeiro.²

Ao assumir a presidência da República, o paulista Rodrigues Alves (1902-1906) tinha como meta do seu programa de governo o saneamento e o melhoramento do porto do Rio de Janeiro. As precárias condições de higiene da capital do país – a cidade do Rio de Janeiro – representavam um foco disseminador de doenças como: a cólera, a varíola, e a febre amarela. O crescimento populacional pelo qual passava a cidade somente agravava essa situação. Os casarões do centro foram subdivididos e

2) MENDES, 2006.

alugavam-se pequenos cômodos para abrigar a população. O número de habitantes aumentou expressivamente, ocasionando problemas como a criminalidade e a mendicância.

Para desenvolver seu programa de governo, Rodrigues Alves convidou o engenheiro Francisco Pereira Passos para prefeito do Distrito Federal e o médico Oswaldo Cruz para diretor do Departamento Federal de Saúde Pública.

A situação caótica da cidade fazia com que os navios estrangeiros se mantivessem distantes do porto temendo contagiar sua tripulação. Essa situação comprometia a política econômica, a chegada dos imigrantes e a entrada do capital estrangeiro. Isso levou a decisão de “sanear” o Rio de Janeiro, com ações organizadas a partir de uma visão elitista e autoritária. As pessoas foram retiradas de suas moradias do centro da cidade e expulsas para a periferia. O saneamento foi conduzido seguindo um modelo autoritário, contando muitas vezes com o auxílio da polícia para que os agentes sanitários fizessem o trabalho de limpeza e desinfecção dos locais contaminados.

Além disso, para atingir resultados sanitários definitivos, foi necessária a vacinação em massa contra a varíola na capital e em outras partes do território nacional. Por falta de informação da população e arbitrariedades cometidas pelos agentes sanitários, a população ficou contra a lei que determinava a vacinação e rebelou-se, ocasionando um motim na capital do país e em outras localidades. Esse episódio ficou conhecido como a **Revolta da Vacina**.³ Apesar das arbitrariedades cometidas, o modelo campanhista foi importante para erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro, tornando-se modelo eficiente de intervenção na área de saúde coletiva por várias décadas no Brasil.

A saúde pública voltou a ocupar espaço central nas discussões dos governantes no ano de 1918, com a pandemia da **gripe espanhola** que atingiu o Brasil, quando uma grande quantidade de pessoas foi infectada e faleceu. A morte do presidente Rodrigues Alves, ocasionada pela gripe, revelou a precariedade do estado sanitário do Brasil.

3) Para mais informações consultar o trabalho de Mayla Yara Porto, “Uma revolta popular contra a vacinação”. <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php>.

Ao atingir também o presidente da República, a epidemia gerou um consenso sobre a necessidade urgente de mudanças na área de saúde pública. Afinal todos eram iguais perante algumas epidemias, o que certamente aumentou a sensibilidade de muitos parlamentares para as propostas de mudança na organização dos serviços de saúde. Não foram as endemias rurais (ancilostomose, doença de chagas e malária) – objeto central da atenção do movimento pelo “saneamento do Brasil” –, mas uma epidemia urbana que, ao explicitar, de forma paradigmática, os efeitos negativos da crescente interdependência social, promoveu uma consciência sobre a necessidade de soluções amplas e de largo alcance.⁴

A partir desse episódio, medidas que há muito tempo vinham sendo proteladas foram tomadas na busca de melhoria do quadro sanitário brasileiro.

A exportação do café dependia de uma complexa organização de fatores. Além do conjunto de sua produção, o complexo incluía o processamento, o sistema de transporte, em especial a construção e manutenção das vias férreas, o comércio de importação e exportação, os bancos e as indústrias. Para atender a demanda dos vários setores eram necessários mais trabalhadores. Isso favoreceu uma crescente urbanização, em especial no Rio de Janeiro e São Paulo.

A emigração européia colaborou para o crescimento populacional no Brasil, que utilizava essa população como mão-de-obra para o setor industrial. Os trabalhadores nesse período não tinham nenhuma garantia trabalhista, como: jornada de trabalho definida, férias, salários, pensões ou aposentadorias, nem tampouco assistência à saúde.

Mas, muitos desses trabalhadores, em especial os imigrantes italianos, já tinham vivenciado a história do movimento operário na Europa, e da luta pelos direitos trabalhistas conquistados pelos trabalhadores europeus. As idéias de luta pelos direitos trabalhistas são levadas pelos imigrantes para o interior das fábricas brasileiras. Os trabalhadores se mobilizaram e organizaram grupos para a busca desses direitos.

Devido às greves ocorridas em 1917 e 1919, os trabalhadores vislumbram conquistas. Em 1923 foi aprovada pelo Congresso Nacional a **Lei Eloi Chaves**, que regulamentou a criação das **Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP)**,⁵ organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Até a criação das CAP, muitas das categorias de trabalhadores se organizavam em asso-

4) HOCHMAN, 1993, p.12.

5) OLIVEIRA, & TEIXEIRA, 1985.

ciações de auxílio mútuo para atender os problemas com doenças, invalidez no trabalho e morte.

As CAP eram um sistema restrito ao âmbito das grandes empresa privadas e públicas, possuíam administração própria para os seus fundos, compostas por um conselho formado por representantes dos empregados e empregadores. Entretanto, os benefícios estavam atrelados às contribuições dos segurados.

Para sua aprovação pelos deputados, a referida lei teve que atender uma reivindicação da oligarquia rural, cuja bancada era maioria no Congresso Nacional, a de que tal benefício não poderia ser estendido aos trabalhadores rurais. Essa imposição permaneceu até a década de 1960, quando foi criado o Funrural para estender esses direitos aos trabalhadores rurais.

O processo desencadeado por intelectuais, médicos, políticos, jornalistas e cientistas para o saneamento do Brasil, certamente não resolveu o problema das endemias rurais, dos surtos epidêmicos, do saneamento urbano, mas foi um período que teve avanços em relação à situação anterior. A criação e expansão do poder estatal pelo território nacional a partir da Proclamação da República, alcançou parcelas da população brasileira que estavam à margem dos serviços de saúde.

A Revolução de 1930 rompeu com a chamada política “café com leite”, representada pela alternância no governo federal de representantes de São Paulo e Minas Gerais, e colocou Getúlio

Vargas na presidência do Brasil. As suas propostas de governo contemplavam questões como: instituição do voto secreto, anistia política, criação de leis trabalhistas para regulação da jornada de trabalho e a assistência ao trabalhador. Para efetivação dessas propostas foram criados o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

Os trabalhadores assalariados urbanos formavam a base de sustentação do governo getulista. Nesse período (1933) foram criados os **Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)** em substituição às antigas CAP, organizando os trabalhadores por categorias profissionais. A assistência médica não era o foco principal dos IAP. Somente a partir de dos anos 1960 que essa questão passa a ser revista pela área da previdência social.

Entre 1934 e 1937, houve eleição indireta para presidente da república e promulgou-se uma nova Constituição, promovendo-se várias reformas para a efetivação da centralização governamental autoritária.

Nomeado por Getúlio Vargas, Gustavo Capanema assume o Ministério da Educação e Saúde Pública, reorganiza e centraliza sua estrutura composta por dois departamentos nacionais: o de educação e o de saúde.

Nesse processo, em 1937, os departamentos estaduais de saúde, são submetidos à intervenção federal. Esse período foi marcado por intenso trabalho normativo, com a elaboração de leis, regu-

lamentos e códigos que tinham como objetivos organizar as atividades dos serviços de saúde nos estados, acompanhando o processo burocrático do governo central.

A partir dessa intervenção os departamentos estaduais de saúde deveriam ter, segundo Braga e Paula: “um padrão de organização formado por uma Diretoria, uma organização de Órgãos Centralizados (serviços especiais de combate à tuberculose, lepra, além de hospitais e laboratórios) e uma Coordenação de Órgãos Descentralizados (centros de saúde nas cidades maiores e postos de higiene na área rural)”.⁶

A incorporação, por parte do Departamento Nacional de Saúde, dos vários serviços de combate a endemias, do controle de formação de técnicos em saúde pública, das campanhas sanitárias, entre outros serviços, define a estrutura básica para a **criação do Ministério da Saúde em 1953**.

A criação do Ministério da Saúde amplia a preocupação dos governos estaduais com a assistência à saúde, em consequência, as Secretarias Estaduais de Saúde, que foram criadas a partir da década de 1940, se fortaleceram e passaram a desempenhar mais ações em favor da saúde pública e, conseqüentemente, passaram a enfrentar os graves problemas de financiamento dos serviços de saúde.

Três anos após a criação do Ministério da Saúde, em 1956, é instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas.

O Ministério da Saúde foi instituído pela Lei nº 1920, de 25 de julho de 1953, no governo Carlos Luz, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: “Saúde” e “Educação e Cultura”. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se especificamente das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde. O Ministério da Saúde teve como seu primeiro ministro Antonio Balbino de Carvalho Filho.

6) BRAGA e PAULA, 1981, p.54.

O movimento preventivista, que havia surgido na Europa na primeira metade do século XX, facilmente se organizou e se fortaleceu no âmbito da saúde pública do Brasil, e ampliou seu campo de atuação:

- propondo a reorganização do conhecimento médico, transferindo, da sociedade e dos indivíduos para o médico, a responsabilidade pela promoção da saúde e pela prevenção das doenças;
- provocando mudanças no ensino, ao apontar a formação como estratégia para a transformação da prática médica;
- introduzindo a epidemiologia dos fatores de risco e, em consequência, a estatística como critérios científicos de causalidade;
- promovendo uma naturalização dos aspectos sociais do processo saúde e doença.

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) estimulou e patrocinou na América Latina, a partir dos anos 50 do século XX, seminários sobre o ensino de medicina preventiva que contaram com a participação de representantes das escolas médicas de diversos países e foram fundamentais para a difusão das idéias do movimento preventivista na região.

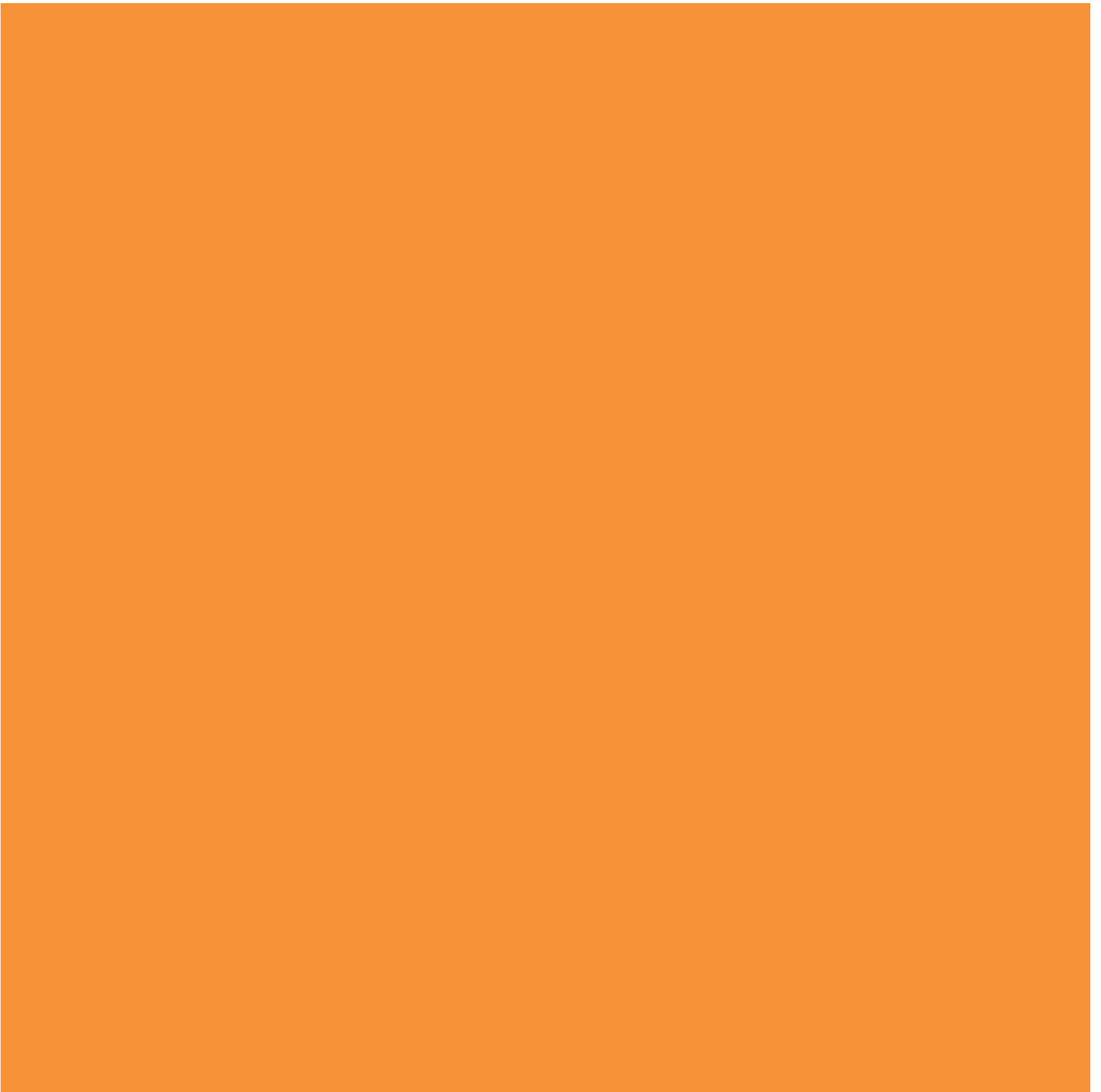
Até a década de 1950, na América Latina, a medicina preventiva aparecia somente como uma das subdivisões da higiene. Após os seminários promovidos pela Opas ocorreu o reconhecimento de uma situação problemática na área da saúde que poderia ter como solução a formação de médicos com uma nova atitude.

No início dos anos 1960, ganha dimensão o discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziu o governo federal ao planejamento global e ao planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Outro acontecimento importante da história da saúde pública ocorreu em 1963, com a realização da **III Conferência Nacional de Saúde (CNS)**, convocada no governo João Goulart, pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização da saúde.

O golpe militar de 1964 interrompeu o processo democrático no país, e não permitiu a continuidade do movimento de descentralização da área da saúde em curso no início dos anos 1960 e definido nas propostas da III Conferência Nacional de Saúde. As reformas institucionais promovidas pelos governos militares afetaram profundamente a saúde pública, principalmente a medicina preventiva, priorizando a mercantilização da saúde com ênfase no modelo hospitalocêntrico.

As Secretarias
Estaduais de
Saúde e a criação
do CONASS



“Quando você participou de uma luta, ajudou a organizar, apoiou e vê isso florescendo e se constituindo num poderoso instrumento de organização pública, você fica orgulhoso, fica feliz.”
(Adib Jatene, 2006)

“...quero justificar historicamente que o CONASS não surgiu do nada, não surgiu de uma idéia de um líder. Surgiu da necessidade das forças coletivas fazerem a força para os pleitos das secretarias estaduais.”
(Nelson Rodrigues dos Santos, 2006)



criação do CONASS, em fevereiro de 1982, está diretamente ligada a história dos Secretários Estaduais de Saúde que lutavam pela busca da melhoria da saúde da população brasileira de seus estados.

O modo de governar que predominou durante o período do regime militar, de 1964 a 1984, impôs uma modernização desregrada ao país, que provocou uma série de conseqüências, como: o êxodo rural, com a população pobre do meio rural partindo para a cidade na busca de oportunidades, de melhoria de vida, fugindo da fome, da falta de emprego, da falta de assistência médico-hospitalar. Nesse contexto, os salários dos trabalhadores ficavam cada vez mais baixos. Além disso, essa parcela da população não tinha acesso a infra-estrutura urbana como energia elétrica, água tratada e saneamento, ficando, portanto, mais vulnerável às doenças e epidemias.

As reformas institucionais promovidas pelos governos militares afetaram profundamente a saúde pública. Um dos grandes modificadores

da lógica da política da saúde brasileira foi a unificação dos IAP no **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**, ocorrida em 1966, que concentrou todas as contribuições previdenciárias, e o mesmo órgão passa a gerir as aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores formais. Ficaram excluídos desse processo os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos informais, que constituíram uma grande massa dos “sem carteirinhas”. Com a criação do INPS verifica-se a participação crescente do Estado brasileiro na prestação de assistência médica.

A política de extensão de cobertura assistencial, patrocinada pela Previdência, teve como característica o desenvolvimento do setor privado mediante a compra de serviços, contribuindo para a formação de um empresariado médico.

Para o sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos, a tensão social dos centros urbanos estava associada à migração da população no início dos anos 1970, provocada pela pobreza no campo:

A tensão social aumentou muito, pois como consequência dos 20 anos de ditadura, aconteceu uma grande pauperização na região rural de todo país e nas cidades pequenas. Acontece exatamente nos anos 1970 uma explosiva migração das cidades pequenas para as cidades grandes, da zona rural para a urbana. Várias cidades médias, em uma década, passam a ter o dobro de habitantes, porém, essa segunda metade é justamente a população pobre, recém imigrada, sendo a maior parte desempregada.

Essa população começa a pressionar os governantes estaduais e municipais por atenção na área de saúde. Essa demanda leva os governadores e prefeitos a reivindicar junto a Previdência Social recursos financeiros, pois

As secretarias de estado e os próprios prefeitos municipais, não tinham condições de prestar serviços na área da saúde. Antes de acabar a ditadura, em 1985, começam a pressionar politicamente

a Previdência Social para fazer os primeiros entendimentos entre as secretarias estaduais e a superintendência regional do Inamps nos estados. Nessa visão, as secretarias estaduais de saúde começaram a pressionar o Inamps e surgiram os primeiros convênios. Isso também aconteceu nos municípios, porque eram nas periferias dos municípios que as populações tensionavam por mais atendimento. Esse é o contexto que envolveu o surgimento do CONASS.¹

No mesmo contexto histórico político, econômico e social iniciou-se um movimento impulsionado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e instituições de serviços, articulados com partidos de esquerda que discordavam dos rumos dados à saúde no país. Esse movimento constituiu a base político-ideológica da **reforma sanitária brasileira**.

Era crescente a insatisfação dos usuários, de prestadores de serviços e de trabalhadores da área da saúde, que também passaram a apoiar o movimento.

A Reforma Universitária de 1968 modificou a estrutura dos cursos superiores no país. Os **Departamentos de Medicina Preventiva (DMP)** foram criados pela Lei 5640/68 e passaram a desenvolver projetos de integração docente-assistencial e de medicina comunitária, financiados por organismos internacionais. Estes fatos contribuíram para a realização de reformas curriculares, mas não alteraram substancialmente o modelo tradicional e hegemônico do ensino médico. O processo de construção da medicina comunitária foi um dos principais espaços onde foi gestado e difundido o movimento sanitário.

Durante o processo de modificação da abordagem da saúde, várias correntes se juntam como protagonistas. O movimento estudantil teve um papel fundamental na propagação das idéias e fez com que diversos jovens comesçassem a se incorporar nessa nova maneira de ver a saúde. As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos

1) SANTOS, 2006.

Estudantes de Medicina (Ecem), em especial os realizados entre 1976 e 1978, foram importantes por serem espaços praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões.

Em 1978, foi criado o **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)** que passou a desenvolver as atividades de assistência médica do Ministério da Previdência Social.

As ações desenvolvidas pelo Inamps beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada” e seus dependentes, os chamados previdenciários. Não havia, portanto, caráter universal na atuação desta autarquia. O Inamps aplicava nos estados, por meio de suas superintendências regionais, recursos para a assistência à saúde de modo proporcional aos beneficiários existentes e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios (postos de assistência médica e hospitais próprios) e uma vasta rede de serviços contratados – ambulatoriais e hospitalares.²

Nessa conjuntura, os Secretários Estaduais de Saúde que assumiram a gestão em 1979, encontraram-se diante de várias dificuldades, como: a falta de assistência médico-hospitalar, de estrutura no atendimento, espaço físico e outros problemas para prestar atendimento adequado à população.

2) CONASS, 2003.

A Conferência de Alma-Ata

Foto: http://www.paho.org/English/dd/pin/alma_photos.htm



Plenária da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, de 6 a 12 de setembro de 1978

Em 1978, a preocupação com a questão da saúde coletiva passou a fazer parte das discussões dos governos de diversos países, de organizações internacionais e das próprias comunidades, que tomaram consciência da urgência em dar maior atenção à saúde dos seus habitantes.

O fórum para a discussão dessas questões foi a **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**, em Alma-Ata, localizada no Cazaquistão, realizada de 6 a 12 de setembro de 1978. Como resultado final das discussões foi estabelecido que os países deveriam promover políticas de saúde adequadas para que as suas

populações atingissem condições melhores de saúde, com ênfase no atendimento ou cuidados primários.

O primeiro artigo da declaração da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, de Alma-Ata, evidencia o conceito de saúde para todos os povos, o segundo e terceiro artigos destacam a desigualdade existente no estado de saúde dos povos e a promoção e proteção da saúde como essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social.

Foto: http://www.paho.org/English/dd/pin/alma_photos.htm



*Centro de
Convenções Lenin
de Alma-Ata,
onde foi realizada
a Conferência
Internacional
sobre Cuidados
Primários de
Saúde, realizada
de 6 a 12 de
setembro de 1978*

A Conferência enfatiza que:

I) A saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de **Saúde para Todos no Ano 2000** (grifo nosso) e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.³

No Brasil, a preocupação com a atenção primária à saúde da população não era prioridade do governo federal porque apesar das dificuldades, as Secretarias Estaduais de Saúde, procuravam atender a população nessa área.

Ao comentar a respeito da Conferência de Alma-Ata, Adib Jatene, Secretário de Saúde do Estado de São Paulo de 1979 a 1982, evidenciou a sua importância para política de saúde no Brasil. Enfatizou em seus comentários como se encontrava a conjuntura política e social, que nesse período foi de grandes desafios para a nação e para os profissionais ligados a área da saúde. Esses buscavam pôr em prática as determinações da Conferência Internacional, priorizando a atenção primária de saúde das comunidades.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata de 6 a 12 do mês de setembro de 1978, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

3) <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata>.

Os Secretários Estaduais de Saúde, que assumiram no início de 1979, o fizeram num momento em que o país estava saindo do regime militar e caminhando para o sistema democrático. Havia um grande entusiasmo de participação popular. Só que nessa época, um ano antes, ocorreu a Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata, quando foi definida a meta Saúde para Todos no Ano 2000. O Dr. Halfdan Mahler, da Suécia, era presidente da OMS e foi quem colocou a discussão em termos de ênfase à medicina preventiva, ao atendimento do coletivo e não do individual. A medicina sempre cuidou das pessoas e ele sugeria que precisava cuidar das comunidades e dar uma ênfase ao chamado atendimento primário. Ou seja, criar uma porta de entrada para as pessoas no sistema de saúde.⁴

As Secretarias Estaduais de Saúde

Adib Jatene evidenciou a importância do **movimento da reforma sanitária**, na busca de políticas públicas voltadas para a saúde e na atuação da universidade na formação de profissionais com perfil para a saúde coletiva, “(...) já vinha sendo discutido aqui no Brasil pelos sanitaristas. Em São Paulo, o professor Walter Leser, que tinha sido Secretário de Estado da Saúde, organizou junto à Faculdade de Saúde Pública um curso intensivo de Sanitarista. Ou seja, o indivíduo se formava médico, fazia um curso de seis meses ou um pouco mais na Faculdade de Saúde Pública, para se credenciar a assumir cargo na administração dos postos de saúde”.

Segundo Jatene, no Brasil, para pôr em prática as decisões da Conferência de Alma-Ata, as Secretarias Estaduais de Saúde tiveram que ampliar as suas funções:

Era atribuição das Secretarias Estaduais da Saúde o atendimento básico: imunizações, combate às endemias, controle da qualidade de alimentos e o atendimento das emergências, criando ou estimulando um sistema de atendimento para a população de baixa renda nos postos de saúde em todo o território nacional. Era competência das secretarias estaduais o atendimento nos postos de saúde, que devia cobrir toda população. Somada a essas responsabilidades, com a meta de Saúde para Todos no ano 2000, os secretários estaduais da época voltaram a atenção para o atendimento de toda população.

Jatene, ao rememorar sua experiência como Secretário, reconhece que para atingir a meta **Saúde para Todos no ano de 2000**, não se tinha estrutura. A busca de soluções

⁴ JATENE, 2006.

para enfrentar o problema foi o desafio daquele momento. Para conhecer de perto a situação da população da região metropolitana de São Paulo, Jatene passou a participar das assembleias populares, organizadas pelas comunidades eclesiais de base.

Houve uma dessas assembleias especialmente importante em maio de 1979, na região de São Mateus, um bairro da zona leste, em que eles queriam que o secretário se comprometesse publicamente e assinasse um documento de construir sete centros de saúde na região. Eu me recusei a assinar e eles me deram uma enorme vaia. Quando terminou a vaia, eu disse: “Eu não assino porque nós não estudamos a área. Eu não sei se precisa de sete, dez, doze. Eu preciso estudar a área e eu gostaria de marcar com as lideranças aqui da região, que viessem à secretaria para nós detalharmos esse estudo”. Isso foi importante porque foi a partir daí que nós estabelecemos uma estratégia de analisar toda área, verificar qual é a população, estudar as vias de acesso. Estudadas as vias de acesso, foi distribuída para cada 10, 15 mil pessoas no máximo, uma unidade. Do estudo resultou que como lá existiam quatro unidades que eram manejadas pela prefeitura, decidiu-se construir mais 12.

Revelou em seus comentários a realidade que estavam vivendo as comunidades de baixa renda no estado de São Paulo e a deficiência no atendimento ocasionada pela falta de estrutura nas unidades de saúde, falta de saneamento, dificuldade de acesso e falta de moradia. Essa situação era comum a todos os estados e se agravava pela insuficiência de recursos para prestar atendimento e cuidados primários à população de baixa renda.

Tangidos pela necessidade os Secretários Estaduais de Saúde realizaram encontros para discutir esses problemas, e de certa forma buscar coletivamente estratégias para solucioná-los por meio da troca de experiências.

Todos os secretários nas reuniões chegaram a conclusão, de que eles até poderiam construir a infra-estrutura, mas teriam muitas dificuldades em ter os recursos para custeio. Ficou claro para todos que estavam pretendendo cumprir a recomendação da Assembleia-Geral da OMS, de que eles deviam fazer ações para oferecer postos de saúde, onde a população pudesse chegar pelos seus próprios meios de locomoção e conseguir recursos para fazer a rede funcionar. **Ficou claro que o problema era comum, todos os secretários tinham o mesmo problema.**⁵

5) JATENE, 2006.

Os Secretários Estaduais de Saúde estimulados pelo clima de mudanças pelo qual passava o Brasil tomam uma decisão de unir forças no sentido de aumentar sua representatividade, para poder negociar com o governo federal, na definição de políticas, estratégias, prioridades, formas de atendimento, estabelecendo condições para cumprir a meta prevista na Conferência de Alma-Ata.

A criação do CONASS

Adib Jatene esclareceu como ele e seus colegas secretários se organizaram, por meio da **criação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)**. O marco zero da entidade foi a reunião organizada em Curitiba, Paraná, pelo secretário Oscar Alves, com a finalidade de selar a união dos Secretários Estaduais de Saúde do Brasil.

Numa reunião que nós tivemos em Curitiba, alguns secretários sugeriram que criássemos um Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde. E como eu participei da 7ª Conferência, cuidando desse assunto, e tinha conversado com vários outros secretários, sugeriram meu nome como primeiro presidente. Essa reunião foi após uma outra ocorrida em Manaus. Nessa reunião de Manaus foi elaborado um documento em que havia compromisso de todos os secretários para lutar no sentido de tornar realidade a meta da OMS: Saúde para Todos no ano 2000.⁶

Zilda Arns, que fazia parte da equipe da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, colaborou com o secretário Oscar Alves na recepção dos vários secretários estaduais que participaram da reunião onde foi oficializada a criação do CONASS:

Tive a felicidade de estar na fundação do CONASS, que foi proposta por Adib Jatene, em Curitiba – lembro-me como hoje – então, é uma alegria muito grande.

Eu estava acompanhando alguns secretários porque a secretaria do Paraná, designou que cada um dos diretores acompanhasse os secretários no dia-a-dia. Então, pude estar presente.

6) JATENE, 2006.

Lembro que foi colocada a situação do Brasil, a situação epidemiológica, e o que poderia ser feito se os estados estivessem mais unidos, se tivessem mais entrosamento. E lembro bem do Adib Jatene, que frisava que deveria ser fundado um conselho de secretários estaduais de saúde, para que houvesse um órgão que coordenasse essa articulação, essa soma de esforços em nível nacional.

Lembro-me que à noite alguns secretários de saúde se mobilizaram e Adib Jatene estava muito animado, falando da necessidade de se criar um organismo, e todos os secretários estavam favoráveis.⁷

O jornal paranaense *Gazeta do Povo* fez a cobertura do encontro que contou com a presença dos Ministros da Saúde, Waldyr Arcoverde, e da Previdência Social, Jair Soares.

Registro do encerramento do encontro do CONASS em Curitiba, publicado pelo jornal Gazeta do Povo em fevereiro de 1982



As reuniões do encontro aconteceram no auditório da Associação Comercial do Paraná, nos dias 3 e 4 de fevereiro de 1982. O encontro foi marcado pela criação do CONASS no dia 3 de fevereiro, como entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, por meio da aprovação do seu primeiro Estatuto. A matéria jornalística evidencia o objetivo da criação do conselho:

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde foi criado para promover o fortalecimento da política de saúde das Secretarias junto aos órgãos do governo federal. Ele tem estatuto próprio, aprovado durante a reunião dos dois últimos dias e, conforme ficou decidido pelos participantes do CONASS, foi solicitada a representação deste Conselho nos órgãos colegiados federais de interesse para área de saúde.⁸

7) ARNS, 2006.

8) GAZETA DO POVO, 1982.

*Sede da Associação
Comercial do Paraná,
em Curitiba, onde foi
realizado o encontro
que resultou na criação
do CONASS em
fevereiro de 1982*



Foto: Nami Gots

Outra questão tratada no encontro, foi a aprovação dos documentos que foram elaborados anteriormente, em duas reuniões nacionais dos secretários, em Brasília, de 8 a 10 de setembro e no Amazonas, de 3 e 4 de dezembro de 1981, quando foi organizado o chamado **Documento de Manaus** com o seguintes pontos principais:

Propunha ao Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, para quem o documento foi elaborado, que “da parcela de recursos retida pela União, seja destinada às Secretarias de Saúde das Unidades Federadas 5% do Imposto de Renda e do Imposto de Produtos Industrializados, ou quantia equivalente obtida de outras fontes”. Pedia também garantias para todas “as Unidades Federadas, a participação do Inamps na manutenção de toda rede básica de saúde, enquanto não se obtiverem os recursos ora propostos”.

Outro ponto discutido (...) Interceder junto a Secretaria do Planejamento da Presidência da República, no sentido de restabelecer a Saúde, dotando o INAN de recursos no montante de Cr\$ 17,3 bilhões para o Plano Nacional de Saúde; conceder recursos no valor de Cr\$ 4,5 bilhões, para implementação do Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos – PROAB, coordenado pelo INAN.⁹

No encontro, foram discutidos os pontos da Ação Trilateral da Política de Saúde, entre Ministérios da Saúde e da Previdência Social e Secretarias Estaduais de Saúde. Segundo o texto jornalístico, o encontro dos secretários gerou um documento final, com relação à questão da Ação Trilateral que ficou deliberado pelos conselheiros,

(...) voto de louvor à disposição da Comissão Interministerial de Planejamento em promover ampla discussão da proposta dos Ministérios, da Saúde e da Previdência e Assistência Social sobre participação no Convênio Trilateral com as Secretarias Estaduais.

A Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan) tinha por objetivo articular as ações de saúde no âmbito do governo federal e era composta pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior e do Planejamento.

Os Secretários Estaduais defenderam no encontro a unificação da política de saúde no país, que na época se dividia entre o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social. Essa proposta já era uma visão do princípio da direção única em cada esfera de governo que veio a ser incorporado à Constituição Federal de 1988. Ou seja, uma única autoridade sanitária em cada esfera de governo.

9) GAZETA DO POVO, 1982.

OBJETIVO PRINCIPAL



Unificação da política de saúde no Brasil, a meta maior dos Secretários que estão reunidos em Curitiba.

Unificação da política para saúde

Os integrantes do CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, reunidos no Auditório da Associação Comercial do Paraná, defendem a urgente unificação da política de saúde no país, atualmente dividida entre três ministérios: da Saúde, da Previdência Social e do Planejamento. O Secretário de Saúde de São Paulo, Adib Jatene, foi eleito presidente do CONASS. Os Ministros Jair Soares e Waldyr Arcoverde estarão presentes ao encerramento da reunião, hoje às 18 h. (Pág. 40).

Registro do encontro do CONASS em Curitiba, publicado pelo jornal Gazeta do Povo, em fevereiro de 1982

10) GAZETA DO POVO, 1982.

11) GAZETA DO POVO, 1982.

O Secretário Estadual de Saúde de Pernambuco, Djalma de Oliveira, enfatizou que o “Brasil nunca teve um Plano Nacional de Saúde, o que há é um plano de previdência”.¹⁰

A Secretária Estadual de Saúde de Rondônia, Ieda Erse, ressaltou que: “(...) os secretários de Saúde Estaduais querem uma participação ativa nas decisões de saúde no país”.¹¹

O presidente do CONASS, Adib Jatene, defendeu a vinculação de verba para a saúde e propunha a destinação de 5% do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para as Secretarias de Saúde das Unidades Federadas.

Registro do encerramento do encontro do CONASS em Curitiba, publicado pelo jornal Gazeta do Povo em fevereiro de 1982



Foto: Jairo Cavello

Na Associação Comercial, os ministros participaram do final do Encontro Nacional de Secretários de Saúde.

Ministros encerram Encontro de Secretários

Os Ministros Waldyr Arcoverde e Jair Soares, da Saúde e da Previdência Social, participaram da sessão de encerramento da Reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Estados, realizada nos dois últimos dias. Como resultado de discussões no encontro, foi lavrado um documento final, onde aparecem os seis principais pontos consensuados entre todos os secretários estaduais de Saúde participantes.

Ratificar os documentos das reuniões nacionais já realizadas em Brasília, de 8 a 10 de setembro, e de Manaus, de 3 a 4 de dezembro últimos foi um dos pontos aprovados. Ficou decidido ainda voto de louvor à disposição da Comissão Interministerial de Planejamento, em promover ampla discussão da proposta dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social sobre participação no Convênio Trilateral com os secretários estaduais. Solicitar a constituição de uma Comissão Trilateral — foi outro ponto consentido entre os participantes — para revisão das propostas dos dois Ministérios e elaboração do documento final, com definição clara do papel das Secretarias de Saúde dos Estados, bem como minuta do convênio a ser firmado.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde foi criado para promover o fortalecimento da política de saúde das Secretarias junto aos órgãos do governo federal. Ele tem estatuto próprio, aprovado durante a reunião dos dois últimos dias, e, conforme ficou decidido pelos participantes do CONASS, foi solicitada a representação deste Conselho nos órgãos colegiados federais de interesse para a área de saúde. Foi solicitado ainda apoio dos Ministros para a reivindicação dos secretários de Saúde de vinculação dos recursos para atenção primária retirados da parcela do imposto sobre Produtos Industrializados e sobre o Imposto de Renda, retirados pela União e que já havia sido objeto de discussões em Manaus.

Um documento, elaborado pelo Ministério da Previdência Social sobre como era seu pensamento em relação ao convênio trilateral, e que foi debatido na parte da manhã dos trabalhos da CONASS, no dia de ontem, resultou em críticas da maioria dos secretários de Estado presentes. Eles argumentaram que a proposta do MPAS atua na possibilidade de as Secretarias de Saúde dos Estados se tornarem órgãos subjugados diretamente ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Como referido anteriormente, na reunião que ocorreu em Manaus, realizada antes da criação formal da entidade em Curitiba, foi apresentada a **primeira proposta de ação conjunta**: a criação de um fundo federal de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde. Adib Jatene relata:

Decidiu-se, em Manaus, que todos os secretários iriam à Brasília, conversar com o Ministro do Planejamento, Delfim Neto, propondo a criação de um fundo federal que fosse destinado às secretarias estaduais de saúde, de acordo com suas populações para investir no atendimento primário. Nós fomos todos para Brasília, expusemos isso ao Ministro e ele achou muito interessante a idéia e nos disse duas coisas: “Consigam que seus governadores falem comigo, que eu apoio esse programa. E segundo, marquem uma audiência com o Ministro Golberi do Couto e Silva – da Casa Civil – cuja opinião é fundamental. Eu vou me dedicar a esse assunto, embora o que vocês estão propondo, um percentual do IPI ou do imposto de renda, não me parece viável, mas eu vou estudar uma forma de fazer esse fundo”. Bem, passaram-se uns meses e em contato com o Ministro, ele nos disse: “Olha, nós constituímos um fundo que podia atender à solicitação dos secretários estaduais de Saúde. Mas vocês vão ter que falar com o novo Ministro-chefe da Casa Civil, Leitão de Abreu”. Eu fui falar com o ministro Leitão de Abreu, e expliquei toda a problemática. Ele me ouviu e disse: “Olha secretário, de fato o fundo está criado, mas não vai ser destinado às secretarias estaduais. Nós vamos colocar esse fundo no BNDE, acrescentar um S [social] e esse recurso ficará a disposição do Presidente, para atender situações emergenciais, inclusive na área da saúde”. Essa foi uma enorme frustração.¹²

José da Silva Guedes, da equipe da Secretaria Estadual de São Paulo, rememorou essa passagem da luta dos Secretários Estaduais de Saúde pela prioridade com a saúde da população junto ao Ministro do Planejamento em uma reunião em Brasília,

(...) ouvi do Delfim Neto naquela reunião, o seguinte: “só vocês – era um grupo de secretários estaduais – é que dizem que saúde tem prioridade. Eu não recebo aqui governadores dizendo que saúde é prioridade. Não recebo aqui prefeitos dizendo que saúde é prioridade. E hoje – ele dizia – está em Brasília, percorrendo os vários gabinetes do governo, um grupo de prefeitos, que está discutindo o subsídio especial para o diesel. Então, isso para eles é prioridade, é o transporte e não sei mais o quê. Saúde não aparece aqui”.

Então, acho que esse foi um momento importante. Isso está no nascimento do CONASS, um pouquinho antes, um pouquinho depois dessa primeira reunião. Foi uma coisa de muita consciência naquele momento, em que os secretários estavam certos de que teriam que tentar conquistar este espaço, esta prioridade.¹³

Frustração à parte, os secretários retornaram aos seus estados e deram continuidade aos seus trabalhos, com muitas dificuldades, mas, de uma forma ou de outra passaram a desenvolver estratégias para conseguir recursos e apoio político para a construção

12) JATENE, 2006.

13) GUEDES, 2006.

da infra-estrutura necessária para o atendimento da saúde da população de seus estados, mesmo que isso tenha sido realizado de forma e tempo diferentes de estado para estado.

Segundo Júlio Müller, a criação do CONASS contribuiu muito para a mudança da mentalidade de pensamento sobre a política de saúde no Brasil:

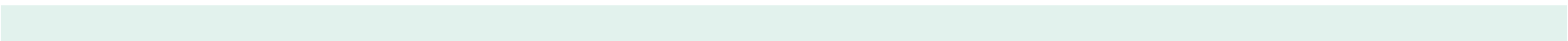
Nós que temos uma militância antiga na saúde pública, no meu caso, pelo menos, que estou desde 1979/1980, vimos todo esse projeto de construção da política de saúde, ainda nos seus primórdios, nos seus antecedentes, quando da fundação do CONASS. Já na década de 80, nós tínhamos um quadro, que não era muito animador, a política de saúde, o sistema de saúde no Brasil estava num impasse muito grande e não se conseguia vislumbrar muitas alternativas dentro do modelo existente. O CONASS foi um dos grandes atores institucionais dentro desse processo e passou, em minha opinião, a ter um papel muito importante, decisivo, junto com a Abrasco, Cebes e outras instituições que já existiam no início da década de 80, no sentido de redirecionar o debate da política de saúde para o que mais tarde viria a se constituir um sistema único. Ou seja, colocar na agenda da sociedade brasileira a discussão da saúde como um direito da cidadania, como parte da seguridade social, a sua importância e a sua relação com a democracia. Não se deve esquecer que nos últimos anos, desse período, nós ainda vivíamos a ditadura militar. Enfim, esse conjunto de temas que acabou sendo consolidado ou sistematizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e que veio a gerar a partir desses princípios as bases para as discussões da constituição brasileira de 1988 e mais tarde da lei 8080, de 1990, que é a lei, fundadora do SUS. Então, o CONASS foi um ator decisivo nesse processo todo, tanto nos antecedentes, como também no processo de implantação dessa política. Porque uma coisa é a formulação da proposta e outra coisa é a implantação do SUS.¹⁴

O modelo de saúde existente no Brasil, no período dos anos 1980, não era condizente com a realidade social e sanitária da população. Esse modelo gerou discussões em torno de um orçamento próprio para a saúde, atendimento, prevenção e cura das doenças. Foi a partir dessas discussões que começou a se consubstanciar a idéia da unicidade de um sistema, para atender a todos os cidadãos brasileiros e não mais a distinção no atendimento

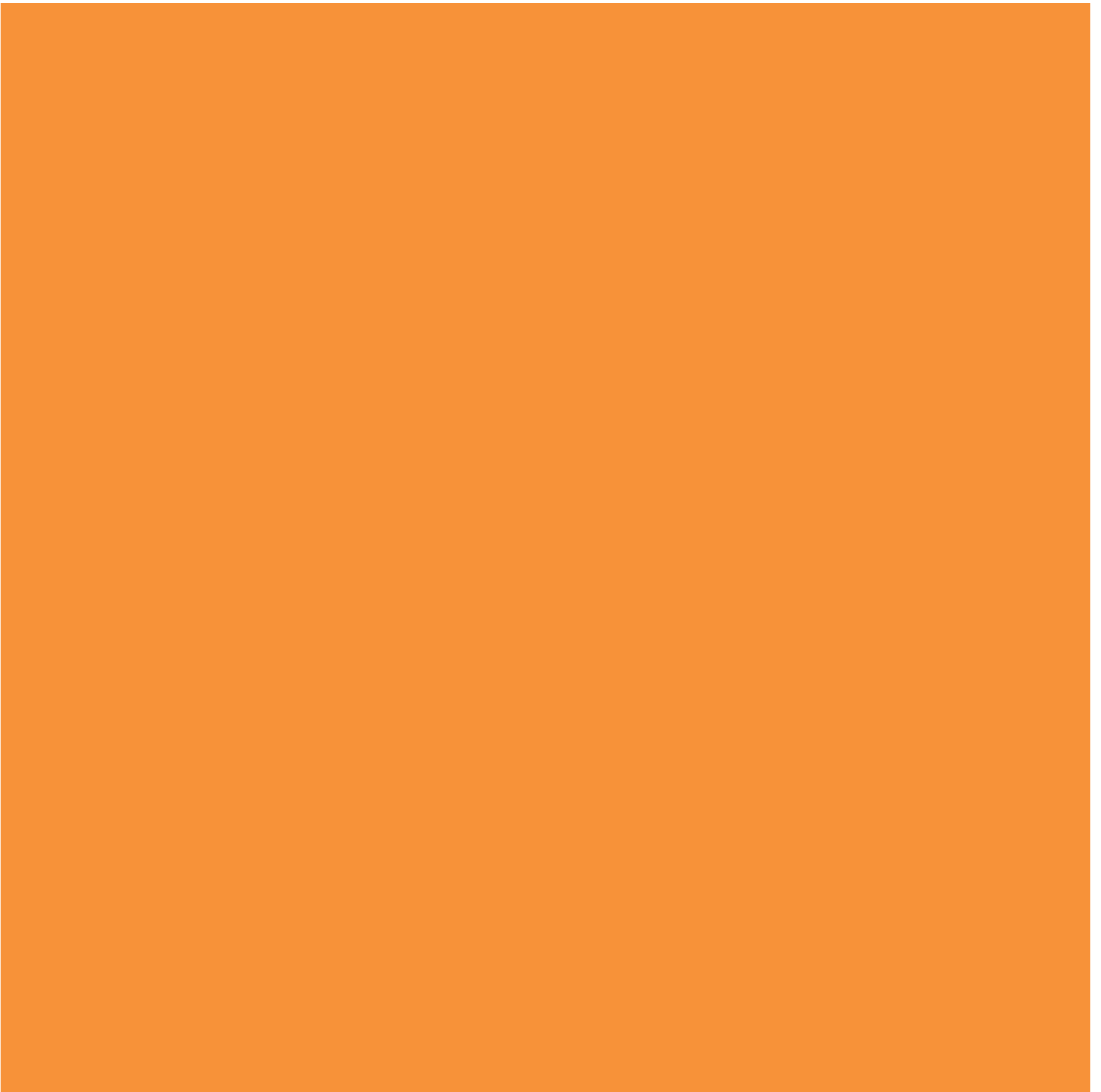
14) MÜLLER, 2006.

voltado para os previdenciários e os não previdenciários, ou da forma mais habitualmente usada, os contribuintes e os “indigentes”.

O CONASS, juntamente com outras entidades, participou da formulação da idéia do que se tornou o Sistema Único de Saúde. Isso reforça a concepção inicial deste capítulo, de que os secretários como representantes dos governos estaduais travaram lutas para minimizar os problemas de suas comunidades, buscando soluções para resolver as dificuldades orçamentárias e para prestar atendimento digno para a população.



A democracia e o direito à saúde





início da década de 1980 foi marcado pelo chamado processo de “abertura democrática”, no governo do general João Batista Figueiredo, momento em que além da anistia começam a surgir movimentos voltados a redemocratização do país, como a eleição dos governadores, em 1982, o movimento pelas “diretas já”, em 1984, a eleição “indireta” de Tancredo Neves e o surgimento da chamada “Nova República” em 1985, com o presidente José Sarney.

Junto com esses movimentos o da reforma sanitária brasileira ocupa espaços fundamentais para consolidar ao final da década a criação de um sistema único de saúde.

Dentro da estratégia de descentralização na área da saúde temos no ano de 1983 a implantação das Ações Integradas de Saúde.

Ações Integradas de Saúde (AIS)

As AIS surgiram como um programa dentro do Plano do **Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp)**, ligado ao Inamps, e se concretizaram por meio de convênios assinados entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) /Ministério da Saúde (MS) e as secretarias estaduais de saúde, com a incorporação progressiva de municípios. Em 1984, todos os estados brasileiros haviam adotado as Ações Integradas de Saúde.

As Ações Integradas de Saúde trouxeram avanços significativos no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos e na articulação com os serviços públicos municipais. Para Nelson Rodrigues dos Santos a prática da integralidade, princípio fundamental do SUS, começa com as AIS:

Conasp: “Criado em 2 de setembro de 1981, pelo Decreto número 86.329 do presidente da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conasp deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica. Deveria sugerir critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor saúde, bem como analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social”.¹

No início dos anos 80, a pressão dos estados e municípios, passou a exigir do Inamps um convênio para todas as secretarias estaduais e municipais. O governo federal reagiu, relutou e acabou cedendo e, por etapas, foram pactuados critérios para fazer convênios. Surgiu o famoso convênio das AIS.

O governo federal tratava os municípios como vendedores de serviços, como simples executores dos projetos federais. Os municípios se sujeitaram porque começou a entrar recursos muito maiores para as secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde. Para se ter uma idéia, a tabela que o governo federal utilizava para pagar os hospitais, laboratórios e consultórios privados, para a mesma consulta, o mesmo exame, para a mesma internação hospitalar, pela mesma cirurgia, o valor para o setor privado era o dobro do que para estados e municípios.

Esse convênio deu um impulso não só para atender mais a população, como para estados e municípios romperem com a herança campanhista do Ministério da Saúde. Estes começaram na prática a oferecer para a população o que hoje é um dos princípios do SUS, a integralidade. A prática da integralidade começa nas ações integradas de saúde, a partir de 1983, que é o ano que se iniciam esses convênios.²

1) ESCOREL;
NASCIMENTO; EDLER;
2005.

2) SANTOS, 2006.

José da Silva Guedes relembra esse período:

No ano de 1983, assumem os novos governadores. Franco Montoro indica Mário Covas para prefeito de São Paulo e eu assumo a secretaria municipal de saúde da capital. Nesse momento, nós assinamos as AIS. Nós e o Rio de Janeiro, fomos os primeiros a materializar o projeto das AIS.

Isso representou um acréscimo de 30% ao orçamento da secretaria municipal. Era um dinheiro que não vinha carimbado para pagar recursos humanos, inativos ou construção. Era para melhorar e ampliar o sistema, permitindo, por exemplo, na cidade de São Paulo, que se criasse um terceiro turno de trabalho em todas as unidades sanitárias e ter clínicos em todas elas.³

As Conferências Nacionais de Saúde

O objetivo básico das primeiras conferências era fazer um balanço geral da situação da saúde, evidenciando os erros e acertos, e, principalmente, obter uma harmonização das medidas e normas necessárias para a solução dos problemas que afligiam a população brasileira.

As Conferências têm sua origem na lei 378, de 13 de janeiro de 1937, promulgada por Getúlio Vargas. A primeira ocorreu em 1941, e as seguintes em 1950, 1963, 1967, 1975, 1977, 1980, 1986, 1992, 1996, 2000 e 2003.

Até 1986 tiveram o caráter de fóruns de discussões técnicas, e a partir da 8ª Conferência realizada no mesmo ano passaram a ter conotações políticas importantes com a inclusão da participação de usuários da saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde do Brasil possuem uma história de mais de sessenta anos de debates e propostas para a saúde pública, com participação ampla de diversos ministérios, de representantes do Congresso Nacional, dos gestores da saúde nos níveis federal, estadual

3) GUEDES, 2006.

e municipal, a quem se somam, a partir dos anos 1980, sindicatos, ONGs e a comunidade de modo geral, chegando nas últimas conferências a congregar em torno de 4.000 participantes, entre delegados, convidados e observadores.

O processo da preparação das últimas conferências foi precedido de conferências estaduais e municipais, com ampla divulgação da agenda de discussão para o conjunto da sociedade.

A seguir far-se-á um breve relato das conferências realizadas no país.

A 1ª Conferência (1941), apesar de ter sido um encontro com caráter técnico, marcou a história da saúde brasileira por causa de algumas demandas: criação do Ministério da Saúde e mudança das relações entre os estados, municípios e a União, pois a gestão da saúde era centralizada no governo federal.

A 2ª Conferência (1950) se destacou na defesa de leis referentes à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes.

A 3ª Conferência (1963) elaborou a primeira proposta efetiva de descentralização na área da saúde e foi a primeira realizada após a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

As quatro conferências posteriores, ocorridas durante os governos militares, voltaram a ter um caráter predominantemente técnico e burocrata.

A 4ª Conferência (1967) teve como tema central a questão dos recursos humanos e a necessidade de se identificar o tipo de profissional necessário às demandas do país.

A 5ª Conferência (1975) discutiu o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais.

A 6ª Conferência (1977), tratou principalmente do controle das grandes endemias e da interiorização e extensão dos serviços de saúde.

A discussão da 7ª Conferência (1980) foi norteadada, principalmente, pela criação do **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude)**, inspirado no **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)**, e abordou assuntos sobre os serviços de saúde nas universidades federais, e a articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde.

Piass: O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), elaborado pela equipe do setor de saúde do Ipea, propunha a “interiorização das ações de saúde, não mais através de uma política de atrair médicos para o interior, mas através de programas de extensão segundo as propostas da OPAS” (Van Stralen apud Escorel, 1998: 156). Teve como sua área de ação privilegiada a região Nordeste, especialmente aquelas localizadas que não interessavam as empresas de saúde e, portanto, não se chocava com setores privatizantes da prática médica e da Previdência Social. Concebido originalmente como uma rede de minipostos e ações de saneamento, constatou-se a extrema dificuldade de sustentação e manutenção desta rede, sem articulação com níveis mais complexos (Rosas apud Escorel, 1999). O Piass pretendia ser um programa de impacto, de alta visibilidade para a população, legitimador do regime. Na verdade, o Piass uniu uma abordagem médico-social ao pensamento sanitário desenvolvimentista, significando, assim, a viabilização e expansão do que já fora experimentado no MOC [Projeto Montes Claros/MG], favorecendo, por outro lado, o avanço do movimento sanitário. Abrangendo dez estados, tornou-se viável por haver contado, a partir de um certo momento, com o apoio de Secretários de Saúde dos estados e da própria Previdência Social. Suas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária na assistência à saúde.⁴

O Prevsáude: na sua primeira versão, apresentava-se, aparentemente, como um plano que, inspirado em programas de atenção primária, (...) tinha como seus pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas. Contudo, não passava de uma proposta de investimento no nível primário de atenção, que não tocava significativamente na rede hospitalar privada. (...) Ao incorporar o ideário do movimento sanitário, construído em amplos debates oficiais, como o I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde, e a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, bem como debates não-oficiais, o Prevsáude sofreu pressões por parte de todos os grupos de interesses privatistas. Na medida em que defendia um serviço integrado de saúde, pautado pelos princípios da atenção primária à saúde, em bases regionais e hierarquizadas, jamais foi apresentado oficialmente.⁵

4) ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER; 2005.

5) ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER; 2005.

O processo de realização da **8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)** é o resultado de um movimento de âmbito nacional na defesa da saúde, que se originou nos grupos dos profissionais que se opunham às propostas e programas executados pelos governos militares e formavam o movimento da reforma sanitária, que ganha consistência e cresce, ao mesmo tempo que avança na produção do conhecimento e na crítica à política de saúde, denunciando a situação sanitária da população.



Solenidade de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986. Ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos, presidente da República, José Sarney e presidente da Conferência, Antônio Sérgio da Silva Arouca

Sua importância política é reconhecida e suas propostas conquistaram o espaço diante do processo da redemocratização do país. Diversas propostas gestadas no interior desse movimento buscavam alternativas para os programas de governo. Era o período em que estavam sendo executados, por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), que foram algumas das medidas mais importantes adotadas no sentido de um sistema integrado de saúde. Além disso, a proposta de um programa para a atenção da saúde no sistema de Previdência Social (Prevsáude) não tinha prosperado devido às pressões de grupos com interesses privatistas, mas permaneceu como um paradigma das reformas sanitárias desejadas pela sociedade, jamais atendida pelo governo federal.

Com o projeto da “Nova República”, as forças sociais se aglutinam em torno do processo da mudança social e política. Diversas reuniões são feitas para debater os problemas de saúde, e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) pronuncia-se na defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS), que começa a se concretizar e que é eficaz no tempo atual.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira:

a) saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”;

b) saúde como direito da cidadania e dever do Estado;

c) instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade.

Esse documento serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987.

Nelson Rodrigues dos Santos credita ao movimento da reforma sanitária a organização e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

O movimento da reforma sanitária brasileira organizou e realizou a famosa 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nessa Conferência, o movimento da reforma sanitária brasileira aprovou o relatório final que já estava apontando os eixos básicos do que viria a ser o SUS. Eram eixos que também não foram inventados do nada. Tinham uma fundamentação na experiência de países com sistemas muito avançados de saúde. Era o sistema inglês e sueco. Cuba, naquele momento, também apresentava para o mundo o seu sistema de saúde, que era um sistema universal, eqüitativo, muito respeitado, independente das discussões políticas e ideológicas. O sistema cubano, inglês, sueco e alguns outros eram objeto de estudo aqui no Brasil do movimento da reforma sanitária brasileira e passou a ser objeto de estudo dos constituintes. A 8ª Conferência teve o mérito de politicamente acelerar esse processo. Quando a discussão estava sendo feita para formular um sistema de saúde, o CONASS já estava fazendo os convênios do SUDS e estava participando das discussões da Assembléia Nacional Constituinte. É um momento muito rico dos anos 80.⁶

6) SANTOS, 2006.

Na opinião de Mourad Belaciano,

A 8ª Conferência Nacional de Saúde marcou a história. Foi um grande divisor de águas, onde se formulou as diversas frentes que apontavam as mudanças institucionais necessárias: a questão do financiamento, dos recursos humanos, ciência e tecnológica, organização do sistema. Toda a essência do que viria a ser a legislação do SUS foi discutida amplamente nesse momento, com as forças políticas, com as forças sociais, com as forças das entidades profissionais, (...).⁷

A 9ª Conferência foi realizada em 1992 e teve como tema central “a municipalização é o caminho”.

A 10ª Conferência foi realizada em 1996 cuja temática tratou do financiamento, modelo assistencial e controle social.

A 11ª Conferência foi realizada em 2000 e discutiu as questões relacionadas ao acesso, qualidade e humanização.

A 12ª Conferência foi realizada em 2003 com o tema central “Saúde um direito de todos e dever do Estado: a Saúde que temos, o SUS que queremos”.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

Em 1987, foi criado o **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)** que tinha como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

Os convênios do SUDS foram contemporâneos à Assembleia Nacional Constituinte, que naquele momento discutia, entre outras questões, o direito à saúde e o Sistema Único de Saúde.

⁷ BELACIANO, 2006.

A Assembléia Nacional Constituinte e a Constituição de 1988

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu de base para as discussões na **Assembléia Nacional Constituinte**, em 1987. Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 (CF-1988) criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integridade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade.

Foto: Câmara dos Deputados



Sessão solene do Congresso Nacional de Promulgação da Constituição de 1988. Destaque para o presidente da República, José Sarney, e para o presidente da Câmara, Ulisses Guimarães

Cabe lembrar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias.

A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo Inamps, autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal.

A **Constituição Federal de 1988**, em seu artigo 196, estabelece que a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.⁸

Coincidindo com a promulgação da Constituição de 1988, nesse mesmo ano é criado o **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)**, parceiro fundamental para a construção tripartite do SUS.

Uma vez aprovado, o SUS precisou de uma regulamentação em lei que só foi acontecer em 1990. O movimento da reforma sanitária brasileira e o CONASS participam desse processo de regulamentação.

A criação do Conasems sintetiza um processo histórico que remonta a década de 70, quando a chamada Reforma Sanitária lançou as bases do que futuramente se consolidaria como movimento municipalista. Contemporâneo da Constituição “Cidadã” de 1988, o Conasems foi criado com a perspectiva de construir um sistema de saúde que garantisse amplo acesso aos cidadãos e que fosse gerido de maneira democrática por municípios, estados e União.⁹

8) CONASS, 2003.

9) www.conasems.org.br

A criação do Sistema Único de Saúde

Com a criação do **Sistema Único de Saúde** todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito a saúde. A Constituição Federal de 1988 institui o SUS, cuja regulamentação foi feita pela Lei 8080/90, a chamada “Lei Orgânica da Saúde”.

Fernando Cupertino analisa a implantação do SUS, demonstrando que os atos normativos do Poder Público vão esculpindo esse sistema de saúde conquistado pela sociedade, um exercício de cidadania que alcança toda a população:

Acho que o SUS não é só um processo de saúde, mas também de inclusão social, talvez o mais espetacular que o Brasil já tenha vivido, e que ainda não se completou – ele está em marcha.

Tivemos a promulgação da Constituição de 1988, a lei orgânica da saúde, que começou em 1990 o detalhamento do sistema. De lá para cá, sucessivos atos normativos foram estabelecendo o jeito, foram esculpindo a figura do SUS. Essa escultura ainda não está pronta.¹⁰

Segundo Ricardo F. Scotti, para o SUS cumprir realmente sua função é necessário que haja a integração das três esferas de governo:

Não havia nenhuma autoridade sanitária que pensasse o município, a região ou o estado como um todo – nem mesmo o Ministério. Tínhamos redes concorrentes. Isso configurava serviços desintegrados, competitivos e sem planejamento. A partir do SUS é que começou o movimento de organizar uma rede integrada entre União, estados e municípios.¹¹

10) CUPERTINO, 2006.

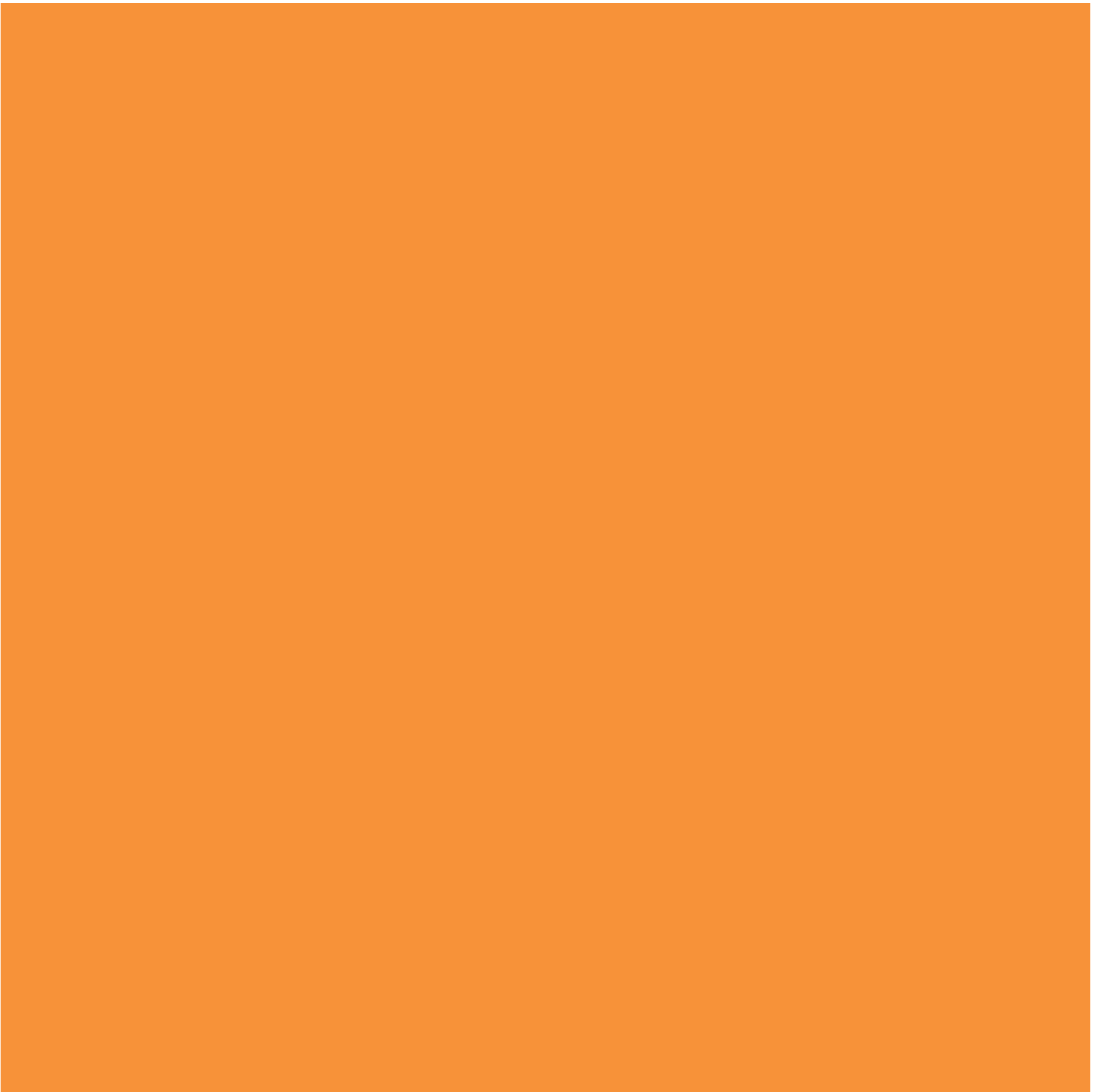
11) SCOTTI, 2006.


No final da década de 1980, o Brasil alcança duas conquistas muito importantes: a democracia e o direito à saúde. A primeira materializada pelas eleições diretas para Presidente da República, em 1989, e a segunda, com a consagração do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, pela Constituição de 1988.



Campanha das Diretas Já, 1984

O CONASS e a construção do SUS





onquistado o direito à saúde, era necessário regulamentar o Sistema Único de Saúde, para efetivamente construí-lo a partir de uma ação sinérgica das três esferas de governo: União, estados e municípios.

Essa regulamentação foi feita pela Lei 8080/90, que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, destacando seus aspectos de gestão e financiamento, e estabelecendo princípios para sua promoção, proteção e funcionamento. Devido a vetos presidenciais no texto da Lei 8080/90 foi necessária a Lei 8142/90 para regulamentar a participação da comunidade na gestão do sistema, bem como as transferências inter-governamentais de recursos financeiros. Essa Lei foi resultado da reação da sociedade civil organizada aos vetos presidenciais.

A Lei Orgânica da Saúde

A **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A **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 inter-governamentais de recursos financeiros na área de saúde, como a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal.

Como conquista da Lei 8142/90 foram definidas as instâncias de participação social: os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Criado em 1937, através da lei 378, o Conselho Nacional de Saúde tinha como atribuição assessorar o então Ministério da Educação e Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Educação. Ao longo de sua história, este primeiro Conselho Nacional de Saúde caracterizou-se como um colegiado formado por especialistas em assuntos de saúde pública, com caráter consultivo e normativo, ou seja, estabelecia normas e diretrizes técnicas assim como emitia pareceres sempre que convocado. Assim permaneceu, com algumas modificações até 1990, quando, através do Decreto 99438, foi criado o novo Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Além de congrega diversos segmentos da sociedade, este novo CNS possui caráter deliberativo: pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções, que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde.¹

1) www.conselho.saude.gov.br

As Normas Operacionais Básicas de 1991 e 1992

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis 8080/90 e 8142/90, se iniciou efetivamente o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma pactuada entre o Ministério da Saúde, CONASS e Conasems.

Esse processo foi orientado pelas **Normas Operacionais Básicas (NOB)**, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

As NOB estabeleceram critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde.

A NOB/91 foi editada pela resolução do Inamps nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela resolução do Inamps nº 273, de 17 de julho de 1991. Equiparou prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passou a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços. Essa medida legal centralizou a gestão do SUS no nível federal (Inamps) e estabeleceu o instrumento de convênio como forma de transferência de recursos do Inamps para os estados,

Distrito Federal e municípios. Considerou como “municipalizados” no SUS, os municípios que atendessem os requisitos básicos:

- a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
- b) criação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
- d) Programação e Orçamento da Saúde (Pros) como detalhamento do Plano de Saúde;
- e) contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento;
- f) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.

Essa norma instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) definindo os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. Modificou o sistema de pagamento aos prestadores de serviços com a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).²

A NOB/92, aprovada pela portaria 234 de 07 de fevereiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, foi o resultado do consenso obtido entre CONASS, Conasems e Inamps.

Seus objetivos eram: normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema;

2) CONASS, 2003.

dar forma concreta e fornecer instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

A NOB/92 instituiu o Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) a ser concedido e repassado aos hospitais que integravam a rede do SUS (públicos, contratados e conveniados). Criou o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (Fege) que se destinava a definir e reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática aos estados habilitados para a reposição e modernização dos equipamentos da rede pública estadual e municipal. Entretanto, essas iniciativas não foram implementadas.

A NOB/92 mantém o Inamps como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, dando continuidade em linhas gerais ao que estava previsto na NOB/91.

Nelson Rodrigues do Santos salienta o papel do CONASS para a edição das NOB 91 e 92:

Em 1991 e 1992 foram feitas as primeiras normas operacionais básicas. Foi o CONASS que promoveu mais intensamente a discussão com o Ministério da Saúde, fazendo uma grande pressão para que este atendesse melhor estados e municípios. O Conasems já participava também e tinha uma posição muito boa. Naquela época o presidente do CONASS era o Lúcio Alcântara. Ele e os demais membros discutiram com o Ministério da Saúde para que o Inamps colocasse mais recursos financeiros nas consultas e nos ambulatórios, tirando das internações. Na medida em que esses funcionassem melhor, seriam evitadas o excesso de internações. Gastava-se mais recursos financeiros na internação do que no ambulatório.³

Outra reivindicação vitoriosa do CONASS foi a equiparação das tabelas de pagamento do SUS para os serviços prestados pelos setores público e privado.

Lúcio Alcântara enfatiza que a implantação do SUS por meio das primeiras normas operacionais exigiu uma mudança da cultura política vigente:

3) SANTOS, 2006.

O processo de descentralização trazido pela Constituição de 88, deu muita força aos municípios, particularmente em relação à saúde e principalmente depois da Lei Orgânica. Isso naturalmente significava uma mudança muito grande dos papéis das instâncias políticas. Essa descentralização numa primeira abordagem implicava numa perda de poder dos estados e tinha toda uma mudança cultural que precisava ser feita. Era um tempo de construção muito delicado e difícil, porque às vezes havia intolerâncias das partes, muitos não queriam compreender que isso era algo que deveria ser construído politicamente e não só com a letra fria da lei. Esse foi um trabalho que o CONASS fez numa tecitura política muito delicada. A primeira norma operacional básica foi um passo inicial, tanto que depois teve que ser ajustada e melhorada, até que se criasse um consenso entre os estados e os municípios.⁴

A Norma Operacional Básica de 1993

Em 1992, foi realizada a **9ª Conferência Nacional de Saúde** com o tema central “a municipalização é o caminho”. Adib Jatene, ministro da saúde na época, diz que essa conferência consolidou a idéia da descentralização, definindo no SUS a estratégia da “municipalização da saúde”. “A 9ª Conferência foi realizada no auge da movimentação para derrubar o Presidente Collor. Eu fiz realizar a Conferência quando se consolidou a idéia da descentralização em nível municipal.”⁵

A partir de uma discussão tripartite, com a ativa participação do CONASS, foi editada a NOB/93 por meio da portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, que formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde e desencadeou um amplo processo de habilitação nas “condições de gestão” criadas (incipiente, parcial e semiplena).

Os principais avanços dessa Norma Operacional Básica foram:

- a) criar a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- b) habilitar municípios como gestores;
- c) definir, de forma frágil, o papel dos estados, mas esses, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;

4) ALCÂNTARA, 2006.

5) JATENE, 2006

d) constituir as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

Nelson Rodrigues dos Santos relata o papel importante do CONASS na discussão da NOB/93:

A NOB/93 oficializou a Tripartite, em 1994. O presidente do CONASS era o secretário do Piauí, Benício Sampaio. Ele teve papel formidável, porque participou aguerridamente da discussão da criação da NOB/93, que foi muito revolucionária na época e lutou para implantar os fundos de saúde e o repasse fundo a fundo. Quer dizer, o CONASS, o Conasems e o próprio Ministério da Saúde conseguiram o início da reforma do Estado, porque acabaram os convênios. O governo federal não podia mais tratar estados e municípios como simples executores dos programas federais. Isso foi resolvido na NOB/93. Nesse momento o CONASS e o Conasems tiveram um papel formidável e decisivo.⁶

A extinção do Inamps

O Inamps passou do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 99060, de 7 de março de 1990 e foi extinto pela Lei 8689, de 27 de julho de 1993, com suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias gestoras do SUS, de acordo com as respectivas competências. Nesse processo da extinção do Inamps foi fundamental a atuação do deputado federal Sérgio Arouca, que foi o relator da lei.

O poder Executivo foi autorizado a transferir as dotações orçamentárias do Inamps para o Fundo Nacional de Saúde (FNS). Com o remanejamento das dotações orçamentárias, o FNS passou a responder pelas obrigações financeiras do Inamps.

Com a extinção do Inamps cria-se, na prática, a direção única em cada esfera de governo, prevista no Constituição.

6) SANTOS, 2006.

A criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite

Foto: arquivo CONASS



Plenário da reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT (Brasília, 2006)

Na opinião de Gastão Wagner a criação do CONASS (1982) e do Conasems (1988) proporcionou uma alternativa de articulação que acabou criando as CIBs e a CIT:

Uma das grandes invenções do movimento sanitário brasileiro, com repercussões positivas na gestão do Sistema Único de Saúde, foi a criação desses conselhos, o CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde e o Conasems, que é o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Isso criou uma alternativa de representação e de articulação entre os estados e municípios, que são horizontais entre eles, e acabou gerando a criação das comissões Bipartites nos estados e da comissão Tripartite no âmbito federal.⁷

Gilson Cantarino O'Dwyer ressalta a importância do CONASS e Conasems nesse processo de gestão e o papel da Comissão Intergestores Tripartite:

⁷ WAGNER, 2006.

*“Se não existisse
CONASS, se não
existisse Conasems,
não existiria
democracia, pelo
menos no âmbito da
gestão da saúde.”
(Gilson Cantarino
O’Dwyer)*

Se não existisse CONASS, se não existisse Conasems, não existiria democracia, pelo menos no âmbito da gestão da saúde. E acho que é por isso que a Tripartite é tão importante. Ela não é importante só para ficar pactuando normas e criando regras. Ela é importante exatamente para que essas representações políticas tenham voz. Aí sim, você reflete um modelo brasileiro de um país federado, com entes autônomos.⁸

Nelson Rodrigues dos Santos rememora como foram realizadas as primeiras reuniões “informais” entre CONASS, Conasems e alguns dirigentes do Ministério da Saúde em 1991 e 1992:

O CONASS, o Conasems e alguns dirigentes técnicos do Ministério, de uma maneira “escondida” do governo federal, começaram a se reunir “clandestinamente”. A Tripartite, que hoje dizem que é o maior momento da gestão do SUS, reunindo-se mensalmente e com muita competência, nasceu de maneira clandestina. O Lúcio Alcântara que era presidente do CONASS naquela época e o presidente do Conasems, José Eri Medeiros, encamparam isso. No início dos anos 90 o CONASS teve esse papel que eu acho que é importante ser registrado.⁹

A perda de recursos financeiros da seguridade social

O artigo 198 da Constituição Federal, em seu parágrafo único, diz que o SUS seria financiado com recursos dos orçamentos da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes e o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) previa que, até a aprovação da lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde.

8) O'DWYER, 2006.

9) SANTOS, 2006.

Em 1993, ao mesmo tempo em que se comemorava a vitória de uma NOB que avançava no sentido do reconhecimento do papel dos gestores no SUS, sofria-se um revés importante na área de financiamento. Nessa época, o financiamento da saúde pública perdeu a sua principal fonte, pois os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passaram a cobrir as despesas previdenciárias e o setor saúde teve que disputar com distintas áreas outras fontes de receitas.

Nelson Rodrigues dos Santos considera esse momento como uma grande “derrota do SUS”:

Em 1993, aconteceu uma grande derrota, porque o bolo do orçamento da seguridade social, cujo maior componente era a folha de pagamento do empregador, foi retirado como base de financiamento do SUS. O Ministério da Saúde foi a zero. O SUS quase acaba em 1993, pois o Ministério da Fazenda, junto com o Ministério da Previdência, autoritariamente retiraram esses recursos. Isso demonstrou como a política econômica interfere hegemonicamente e truculentamente contra as políticas sociais. O Ministério da Saúde entrou em colapso e foi obrigado a pedir um empréstimo. O presidente da República a época, Itamar Franco, teve que fazer um decreto de calamidade pública. Com esse decreto, o Ministério da Saúde pode pedir um empréstimo para o Ministério do Trabalho, junto ao Fundo de Apoio ao Trabalhador. Esse foi um golpe muito duro para o SUS.¹⁰

O Decreto de Transferência Fundo a Fundo

Apesar dessa “derrota”, em 1994, o SUS teve uma das suas maiores conquistas, que foi a implantação da transferência automática e regular de recursos financeiros federais para os respectivos fundos de saúde estaduais e municipais, contemplando o previsto na Lei 8142/90.

O **Decreto número 1232, de 30 de agosto de 1994**, assinado pelo Presidente da República Itamar Franco e pelo Ministro da Saúde Henrique Santillo **definiu as condições e a forma de repasse regular**

10) SANTOS, 2006.

e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Esse decreto diferencia o setor saúde de todos os demais.

Armando Raggio afirma que o decreto de transferência fundo a fundo foi o ato mais importante para a implantação do SUS depois da Lei 8080/90 e da Constituição Federal de 1988:

Vivemos uma experiência interessante no período de seis meses antes de assumirmos a secretaria estadual de saúde, no segundo semestre de 1994, que eu considero o fato mais importante e menos lembrado pelos gestores de saúde desde a Constituição de 1988: foi o decreto fundo a fundo, assinado pelo ministro Henrique Santillo e pelo presidente Itamar Franco. Há quem discuta que nem era necessário, porque a Constituição nesse aspecto era auto-aplicável. É óbvio que além da Constituição, depois da Lei 8080, o ato institucional mais importante para a implantação do SUS é o decreto fundo a fundo de agosto de 1994.¹¹

As oficinas de trabalho do CONASS

Além da função de representação política nos fóruns criados no Sistema Único de Saúde, o CONASS passa a desenvolver nesse período ações voltadas ao apoio técnico aos Secretários de Saúde, no sentido de fornecer subsídios para a tomada de decisões. Na assembleia do dia 13 de março de 1995, em Brasília, foi proposta a realização de oficinas de trabalho.

A partir daí, o CONASS realizou diversas oficinas de trabalho, no período de março de 1995 a outubro de 2000, cujos conteúdos encontram-se registrados na publicação *Cadernos do CONASS* (números 1 a 5 de 1998 a 2001).

11) RAGGIO, 2006.



Plenário da oficina de trabalho do CONASS sobre o tema “O financiamento do SUS” (Maceió/AL, 1995)

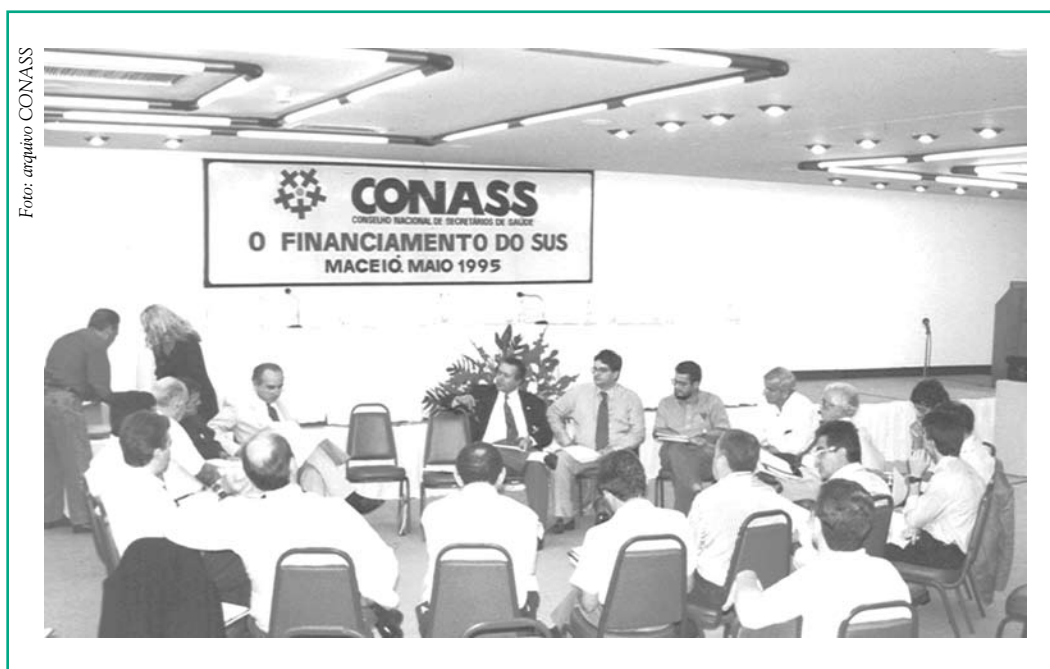
Nelson Rodrigues dos Santos refere-se à realização das oficinas de trabalho realizadas no ano de 1995, que considera “históricas” para o CONASS e que passaram, na sua opinião, a ser uma marca da entidade:

O CONASS realizou em 1995, com o apoio da Opas, quatro oficinas de trabalho que fizeram história. Participaram além do Conasems, parceiro de primeiro momento, a Associação Brasileira de Economia em Saúde (Abres), o Instituto de Direito Sanitário e a Abrasco. Em cada oficina havia mais de 100 participantes. As temáticas dessas oficinas foram: Financiamento; Regulação na atenção à saúde; Alternativas na gestão pública; e Estratégias e parcerias entre as três esferas de governo. Os relatórios dessas oficinas, na maior parte são atuais abrindo caminhos de competência e de gestão pública, para “tirar água das pedras” com pouco financiamento. Em 1995, o presidente do CONASS, José Wanderley Neto, teve essa grande acuidade de perceber que aquele era o momento dos gestores públicos mostrarem que estavam conquistando competências de gestão. Essas quatro oficinas repercutiram tão bem, que isso passou a ser uma marca do CONASS.¹²

12) SANTOS, 2006.

José Wanderley Neto associa a realização da primeira oficina do CONASS ao início da luta pela CPMF e por mais recursos financeiros para a saúde.

Idealizamos as oficinas do CONASS, que estão aí documentadas. A primeira oficina foi em Maceió, a situação aflitiva era a questão do financiamento da saúde. E foi dessa primeira oficina que surgiu a idéia da CPMF. A oficina foi encerrada pelo ministro Adib Jatene. E foi aqui que começou essa luta para a recomposição do orçamento da saúde. E houve sucessivas oficinas, e criamos as câmaras técnicas.¹³



Reunião dos Secretários Estaduais de Saúde durante a oficina de trabalho do CONASS sobre o tema “O financiamento do SUS” (Maceió/AL, 1995)

13) WANDERLEY NETO,
2006.

A criação da CPMF

Uma das questões centrais para o SUS, a partir do momento em que foram retirados os recursos referentes à seguridade social da área da saúde, foi a busca de uma fonte estável de recursos financeiros. Uma alternativa encontrada pelo Ministro da Saúde, em 1995, Adib Jatene, para minimizar esse problema foi a proposta de criação de uma contribuição que incidisse sobre as movimentações financeiras, cujos recursos arrecadados deveriam ser utilizados na área da saúde. A Lei nº 9311, de 24 de outubro de 1996, criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em uso até hoje.

O CONASS participou ativamente da movimentação para aprovação da CPMF. A ata da 4ª Assembléia do CONASS, de 20 de julho de 1995, registra a participação do Ministro Adib Jatene, que trata da referida contribuição.

José Wanderley Neto relembra:

Foi um período muito rico, desafiante e apaixonante. No final é que foi desapontador, mas conseguimos uma mobilização intensa. Lembro-me que eu, com a direção do CONASS, estivemos com o Ministro da Fazenda Pedro Malan, com o Ministro do Planejamento José Serra e todas as lideranças do Congresso, o presidente do Senado José Sarney e o presidente da Câmara, Luís Eduardo Magalhães.

Finalmente, tivemos uma audiência com o Presidente Fernando Henrique, e conseguimos mobilizar todos os governadores – estiveram lá 17 governadores e 10 vice-governadores. O CONASS teve uma participação importantíssima. E mais importante ainda foi a do doutor Adib Jatene, a força dele, a convicção, a determinação dele no que estava fazendo, e o seu prestígio pessoal.¹⁴

Armando Raggio considera a CPMF uma conquista muito importante para o sistema de saúde no Brasil.

Na ocasião em que presidi o CONASS houve uma conquista muito importante, a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) durante o período em que o Dr. Adib Jatene foi Ministro da Saúde.¹⁵

14) WANDERLEY NETO, 2006.

15) RAGGIO, 2006.

Foto: arquivo CONASS



Audiência com o presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, para solicitar o apoio para a aprovação da CPMF

Audiência de representantes do CONASS com o presidente do Senado, José Sarney, para tratar da CPMF



Foto: arquivo CONASS

A Norma Operacional Básica de 1996

A NOB/93 havia ampliado a discussão no âmbito da assistência à saúde pública e impulsionou a elaboração de um novo documento legal que promovesse um grande avanço na qualidade de oferta dos serviços do SUS em todo o país: a NOB/96, que a exemplo das demais teve intensa participação do CONASS.

Os objetivos gerais da NOB/96 podem ser assim resumidos:

- a) promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União;
- b) caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor seja na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- c) reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- d) aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (“fundo a fundo”) dos recursos federais a municípios e

implementar esta modalidade de transferência aos estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;

e) fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, por meio da CIT e das CIBs, espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;

f) estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela.¹⁶

A NOB/96 foi editada em 5 de novembro de 1996, por meio da portaria GM/MS nº 2203. Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação.

Nessa ocasião Ricardo F. Scotti, assessor do Ministro Adib Jatene, elaborou uma nota técnica denominada “Para entender a NOB 96” muito utilizada por gestores e técnicos do SUS.

Entretanto, em dezembro de 1996, houve a substituição do Ministro Adib Jatene pelo Ministro Carlos Albuquerque, gerando uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma discussão sobre alguns con-

16) LEVCOVITZ;
LIMA; VIEIRA
MACHADO; 2001.

ceitos contidos na versão original, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a sua implementação.

Discussões entre o Ministério da Saúde, CONASS e Conasems sobre o financiamento do SUS e a implantação dessa norma consumiram quase todo o ano de 1997. Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implantação da NOB/96.

Nessa época, Ricardo F. Scotti, já como assessor do CONASS, afirma que “o ‘pacote’ de portarias editadas pelo Ministério da Saúde ao final de 1997 e início de 1998, mais do que regulamentar a NOB/96 introduz profundas mudanças na sua concepção original, representando um novo modelo de relacionamento do Ministério da Saúde com CONASS e Conasems”.¹⁷

As principais alterações introduzidas na NOB/96 foram: o conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência; a portaria 1882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB.

O valor nacional da parte fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido “fundo a fundo” de forma regular e automática aos municípios habilitados na NOB/96; foi criado o “valor máximo da parte fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998.

Foi criada a parte variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:

- a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- b) Programa de Saúde da Família;
- c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
- d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
- e) Assistência Farmacêutica Básica;
- f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB.¹⁸

17) SCOTTI, 2006.

18) CONASS, 2003.

Armando Raggio relembra esse momento e a importância da criação do PAB fixo e variável:

O PAB variável e o PAB fixo constituíram uma maneira de manter um processo de estimulação para os municípios organizarem novas políticas para segmentos estratégicos, como o Programa de Saúde da Família, com incentivo através do PAB variável.¹⁹

Júlio Müller ressalta a participação ativa do CONASS nas discussões sobre a NOB/96 associada à criação das Câmaras Técnicas do CONASS:

O período em que fizemos a discussão técnica da NOB/96, ensejou a criação de Câmaras Técnicas do CONASS, que passa a fazer oficinas temáticas: como implementar a atenção básica, como trabalhar com a vigilância sanitária e o que fazer com os recursos humanos. O período de pactuação da NOB foi muito demorado, nós tivemos aí um período de quase um ano e meio. Na minha opinião, talvez tenha sido uma das mais importantes normas operacionais, porque ela garantiu duas coisas: consolidou o processo de descentralização e municipalização e ao mesmo tempo sinalizou muito claramente para o novo modelo de atendimento à saúde, com base na atenção básica e na Saúde da Família. O CONASS teve uma participação decisiva, sobretudo nos aspectos relacionados a esse processo da descentralização e da reorganização da atenção. Nós defendemos muito a necessidade de que a norma operacional não ficasse limitada apenas à assistência, que ela se estendesse também às áreas da vigilância, enfim, às outras áreas do sistema de saúde, como por exemplo, da assistência farmacêutica, da vigilância ambiental, que eram áreas que continuavam muito centralizadas no Ministério da Saúde, na Funasa e na Ceme. Nesse período se fez um embate no sentido de garantir que todas essas áreas fossem descentralizadas e não apenas a assistência médico-hospitalar, que era o que correspondia ao antigo sistema do Inamps.²⁰

Rafael Guerra, presidente do CONASS em 1997, afirma que a NOB/96 representou um avanço em programas como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

19) RAGGIO, 2006.

20) MÜLLER, 2006.

Foi um período de muito diálogo, de muita negociação, que trouxe avanços importantes, porque a norma operacional, além de colocar pontos básicos na questão da participação, das negociações intergestores, provocou um avanço importante, que foi o piso assistencial básico. E, com isso, permitiu também o avanço dos programas de agentes comunitários de saúde, do Programa de Saúde da Família, criou um critério *per capita* mais justo e mais democrático na assistência básica. A partir daí ocorreram inúmeros avanços no Programa de Saúde da Família, como o crescimento dessas equipes. O piso de assistência básica não foi um programa de governo, foi uma proposta, um programa de Estado, que veio para ficar e é irreversível.²¹

Júlio Müller considera ainda, que as pactuações feitas nesse período, em relação à assistência farmacêutica básica e a descentralização das ações de controle de doenças foram decisivas para o avanço do SUS:

No meu período de gestão, tive a satisfação de ter feito duas pactuações decisivas para o avanço do SUS. Uma foi a da assistência farmacêutica. Pela primeira vez, o SUS construiu uma proposta de farmácia básica que foi pactuada com estados e municípios. Isso foi uma luta muito grande que envolveu a própria extinção da Central de Medicamentos, que era uma autarquia do Ministério da Saúde e que já vinha mostrando sinais de incompetência e de corrupção há muito tempo e que demorou muito, inclusive, a ser extinta. Com a extinção da Ceme foi imediatamente criada essa política e o CONASS foi decisivo. A câmara técnica de assistência farmacêutica do CONASS deu um suporte técnico decisivo para a implementação dessa política e também para a definição da lista mínima de medicamentos que seriam pactuados. A outra ação importante nesse período em que eu estava na presidência, foi referente à descentralização das ações de controle de endemias, que era uma área também muito centralizada no governo federal, sob o controle da Funasa e nós vivíamos inclusive naquele período as epidemias de cólera e de dengue. Conseguimos implementar a política de descentralização de controle de endemias, passando para os estados e, sobretudo para os municípios os recursos, inclusive os recursos humanos da antiga Funasa.²²

21) GUERRA, 2006.

22) MÜLLER, 2006.

A primeira pesquisa de opinião pública sobre a saúde

A necessidade de obter-se uma visão sobre a opinião dos brasileiros sobre o Sistema Único de Saúde leva o CONASS a realizar em 1997, com a colaboração do Ministério da Saúde, uma pesquisa sobre o assunto. A proposta foi aprovada na 5ª Assembléia Ordinária do CONASS de 1997, realizada em Campo Grande/MS, no dia 22 de agosto.

A pesquisa, até então inédita no Brasil, foi realizada em âmbito nacional pelo Ibope e seus resultados apresentados em Brasília, na Assembléia do CONASS, no dia 26 de março de 1998.

Rafael Guerra, relembra essa experiência:

Na minha gestão foi feita a primeira pesquisa sobre o grau de satisfação do usuário com o SUS. Fizemos a pesquisa nos ambulatórios, hospitais, serviços de urgência e postos de saúde do SUS. De zero a dez, o SUS teve uma nota perto de oito – um grau de aprovação e satisfação muito superior ao que nós esperávamos. É um sinal da necessidade de termos o SUS como o grande plano de saúde no Brasil, porque as pessoas precisam dele, sabem valorizar o que conseguem. E é sinal de que o SUS vem no caminho certo.²³

A criação das Câmaras Técnicas do CONASS

A cada momento de pactuação em que o CONASS participava evidenciava-se a importância de fortalecer o componente técnico da entidade para dar respaldo a condução e decisão política de seus membros. A experiência acumulada na discussão das diversas normas operacionais demonstrou a necessidade de criação de Câmaras Técnicas, como espaços de discussão e troca de experiências entre os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e de formulação de propostas para subsidiar a decisão do conjunto dos Secretários.

23) GUERRA, 2006.

Na Assembléia do CONASS, realizada no dia 12 de dezembro de 1996, sob a presidência de Armando Raggio, foi criada a Câmara Técnica de Planejamento e Gestão. Ele declara:

Eu tive a felicidade, como presidente do Conasems, de instaurar câmaras técnicas. Essa experiência nos permitiu ver que se nós fizéssemos isso no CONASS, poderia ser uma contribuição decisiva para o melhor entendimento entre as formulações técnicas dos municípios, dos estados e da União.²⁴

Júlio Müller afirma que muitas das propostas implementadas no SUS nasceram no CONASS ou Conasems, a partir das suas câmaras técnicas:

As câmaras técnicas se organizaram por áreas temáticas: vigilância sanitária, medicamentos, recursos humanos, planejamento, financiamento etc. Nós então juntávamos os técnicos dessas áreas, que debatiam em cima da realidade objetiva que eles enfrentavam na situação dos estados. Muitas das propostas que foram implementadas no SUS nasceram ou no CONASS ou no Conasems, a partir de questões levantadas nesses espaços institucionais e de debate técnico político, que os estados e municípios faziam.²⁵



Foto: arquivo CONASS

24) RAGGIO, 2006.

25) MÜLLER, 2006.

Ricardo F. Scotti relembra a criação das Câmaras Técnicas do CONASS:

O grupo que trabalhava com planejamento no Nordeste se aglutinou e passou a trabalhar junto, em apoio aos secretários da região. O CONASS apoiou esse grupo. Então, se criou uma câmara técnica de planejamento do nordeste. Reunimos os outros secretários e ampliamos a câmara técnica do Nordeste para uma câmara técnica nacional, com uma divisão de sub-câmaras por região, para não perder o desenvolvimento que já existia no nordeste, em relação aos outros que estavam incipientes. Essa primeira idéia foi muito bem sucedida e começamos a criar algumas outras câmaras técnicas.

As câmaras foram se multiplicando até que, hoje temos nove: assistência farmacêutica, atenção à saúde de média e alta complexidade, epidemiologia, gestão e financiamento, informação e informática, recursos humanos, vigilância sanitária e, mais recentemente, na gestão do presidente Jurandi, criamos a de atenção básica e a de comunicação social.

Essa forma de atuar gerou uma outra função para o CONASS: além da de representação, criamos a de “informação e de apoio técnico” aos secretários, mediante o Progestores – Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.²⁶

A estruturação da Secretaria Técnica

Ricardo F. Scotti evidenciou que o CONASS passou, na década de 1990, a desempenhar além da função de representação política, a de apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde.

Para isso foi constituída a Secretaria Técnica do CONASS, que além de proporcionar a infra-estrutura necessária à realização das assembleias mensais, passa a elaborar documentos técnicos para subsidiar as decisões dos secretários.

A Secretaria Técnica se originou da pequena estrutura de apoio administrativo dos primeiros anos da entidade, para se transformar em uma assessoria formada por técnicos qualificados, egressos de secretarias municipais e estaduais de saúde.

26) SCOTTI, 2006.

Desde sua criação passaram pela coordenação da Secretaria Técnica do CONASS profissionais da área de saúde pública que colaboraram decisivamente para a consolidação da entidade: Antonio José Guerra, Mourad Belaciano, Nelson Rodrigues do Santos, Francisco Cruz Barbosa Lopes e Ricardo F. Scotti.

Antonio José Guerra, primeiro coordenador da Secretaria Técnica do CONASS, relembra os primeiros anos de funcionamento do CONASS:

No início, tudo era difícil, porque o CONASS não era reconhecido como uma entidade oficial ainda. Era uma reunião de secretários que estavam tentando se organizar para poder reivindicar algumas coisas do Ministério da Saúde. Naquela época, o Ministério da Saúde também estava passando por uma reestruturação, com a questão da unificação, depois da reforma constitucional e da criação do SUS. Os secretários começaram a se mobilizar para também se organizarem, mais em caráter de reivindicação.

Criou-se um espaço físico, onde os secretários tinham um local para se reunir, onde recebiam informações do Ministério.²⁷

Em entrevista ao *Jornal do CONASS* em dezembro de 2002, Ricardo F. Scotti falou sobre a Secretaria Técnica:

A Secretaria Técnica possuía uma pequena estrutura de apoio administrativo, desde os anos 90. Resolvemos transformá-la em uma assessoria bem estruturada, formada por técnicos qualificados experientes, ultrapassando o seu papel original de assessoria direta à Assembléia Geral da entidade. A partir daí a Secretaria Técnica passou a assumir outras responsabilidades, tais como: representação e participação ativa nas negociações técnicas com os demais parceiros do SUS; criação de instrumentos que agilizassem a difusão de informação entre as equipes das secretarias e outros profissionais de saúde; desenvolvimento de pesquisas e estudos de interesse comum dos gestores; apoio e assessoria direta às Secretarias Estaduais de Saúde em temas específicos. Ela ganhou espaço e prestígio entre os gestores.²⁸

O Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, enfatiza o papel fundamental da área técnica do CONASS e a “sua importância para instrumentalizar os secretários nos seus posicionamentos frente ao Ministério da Saúde”.

27) GUERRA, 2006.

28) SCOTTI, 2002.

Tecnicamente o CONASS começou timidamente. Lá pelos anos 1987/1988, tinha uma pequena sala, no quarto andar da sede do Ministério da Saúde, onde era uma espécie de escritório de representação. Tendo em vista que o discurso político podia se esvaziar sem um respaldo técnico que pudesse decodificar as informações para os secretários, foi criado um espaço de interlocução técnica. Hoje, os técnicos das secretarias estaduais têm uma capacidade de interlocução muito forte.

José Agenor Álvares da Silva em sua fala homenageia o ex-Coordenador da Secretaria Técnica do CONASS, Francisco Lopes, como um ator importante que ajudou a construir a entidade “na década de 90 e que foi uma pessoa importantíssima para configurar o CONASS como um instrumento de interlocução entre os estados e o Ministério da Saúde”.²⁹

José Wanderley Neto foi o presidente do CONASS que indicou Francisco Lopes (Chico Lopes) para assumir a condução da Secretaria Técnica,

Francisco Cruz Barbosa Lopes, ex-coordenador da Secretaria Técnica do CONASS

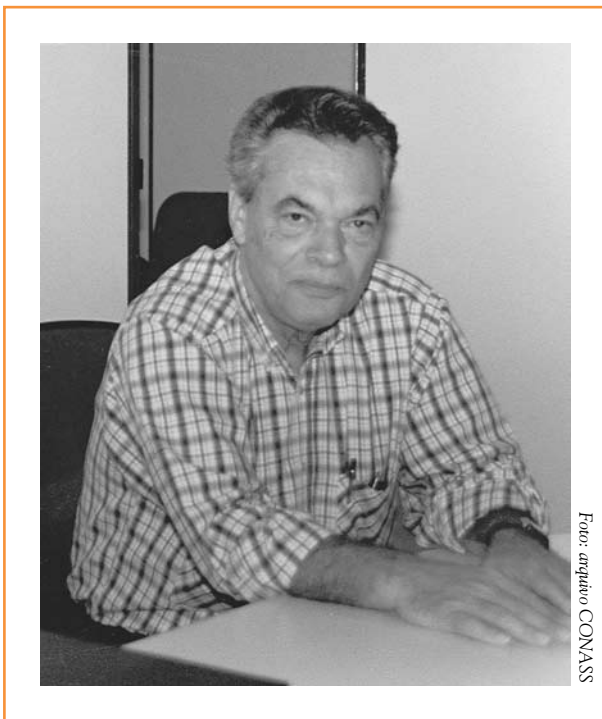


Foto: arquivo CONASS

O Chico era um sanitarista, conhecia todos esses atores sociais, era uma pessoa que tinha compromisso, tinha trabalhado na Opas, tinha o perfil ideal. Então, fui lá falar para ele: “Você vai se aposentar, mas vai para o CONASS”. Ele olhou para mim, não me conhecia e disse: “Mas como?” Expliquei e ele disse: “Mas qual é o meu papel?”. Você vai tomar conta disso. Você tem que ajudar a saúde. Nós precisamos homenageá-lo, pois foi o Chico que organizou isso tudo. Começou a organizar o corpo técnico e foi nessa época que o Scotti veio para o CONASS.³⁰

29) SILVA, 2006.

30) WANDERLEY NETO, 2006.

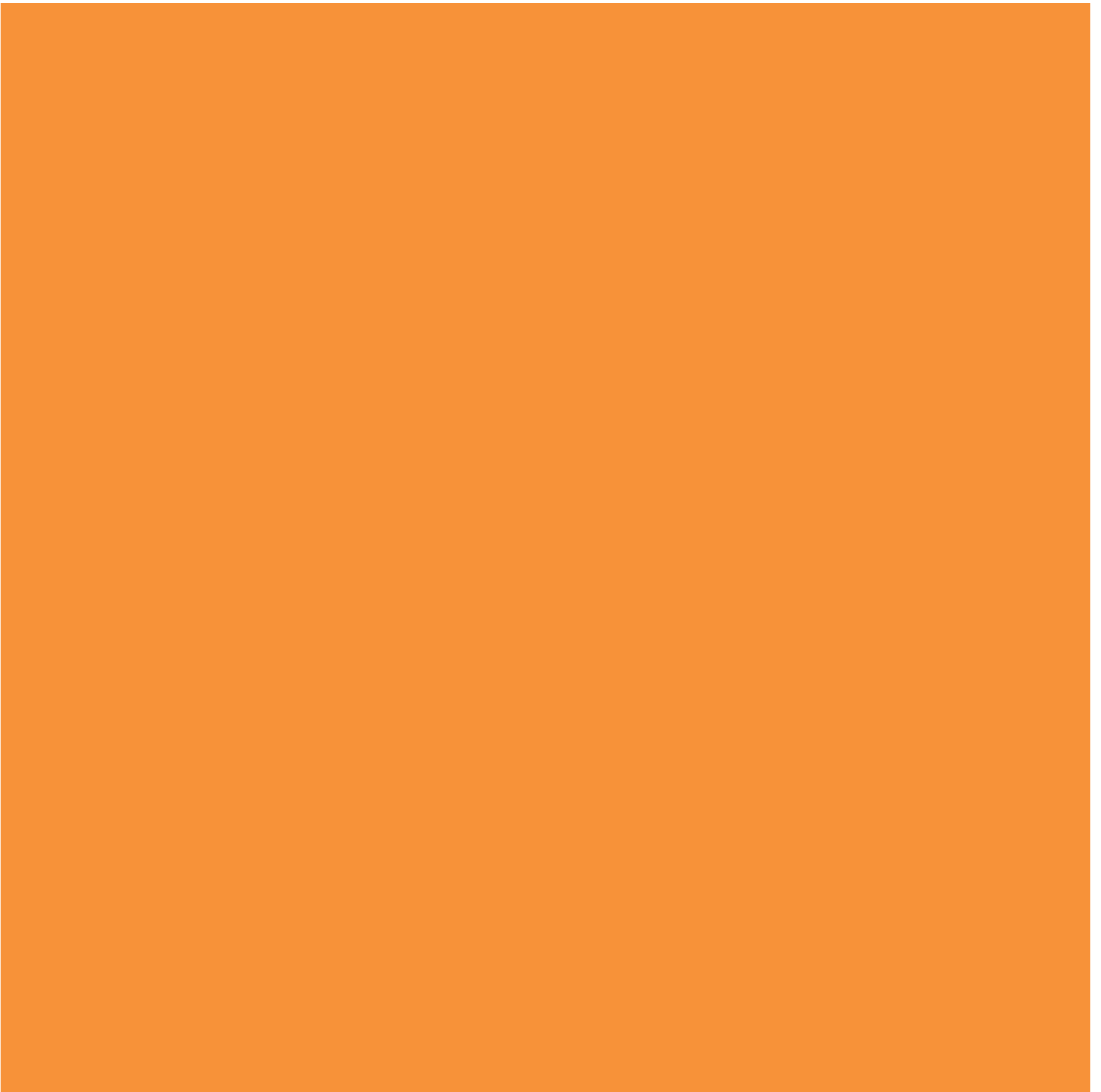
A década de 1990 ficou marcada por várias ações objetivando a construção do Sistema Único de Saúde: a Lei Orgânica da Saúde, as normas operacionais, a extinção do Inamps, a transferência “fundo a fundo”, a mudança da sistemática de financiamento.

Parafraseando Fernando Cupertino o SUS passou a ser “esculpido” pelas normas operacionais a partir dos anos 1990. As Conferências Nacionais de Saúde desse período foram significativas para produzir e socializar o conhecimento necessário para que a escultura fosse tomando a forma que se conhece neste início de século XXI.

“O SUS passou a ser ‘esculpido’ pelas normas operacionais a partir dos anos 1990. As Conferências Nacionais de Saúde desse período foram significativas para produzir e socializar o conhecimento necessário para que a escultura fosse tomando a forma que se conhece neste início de século XXI”. (Fernando Cupertino)

O CONASS foi indispensável no processo de construção do SUS e precisou se fortalecer em sua atuação técnica, com a estruturação de sua Secretaria Técnica e suas Câmaras Técnicas, tudo isso com um objetivo: representar a força dos estados na garantia do direito à saúde.

CONASS: a força
dos estados na
garantia do
direito a saúde





slogan **CONASS: a força dos estados na garantia do direito à saúde**, surge no início do século XXI, a partir de uma conversa sobre a elaboração do livro **CONASS 20 anos**, entre Gilson Cantarino O'Dwyer, o Secretário Executivo Ricardo F. Scotti e o consultor Flávio Goulart, e sintetiza em poucas palavras o papel a ser desempenhado pela entidade na construção do Sistema Único de Saúde.

Para fazer frente a esse papel o CONASS amplia suas ações técnicas com diversos projetos, notadamente o Progestores (Programa de Informação e Apoio Técnico as Equipes Gestoras Estaduais do SUS), além de reforçar sua participação política nos diversos fóruns do SUS, visando transformar-se em um formulador de propostas para o sistema de saúde brasileiro.

As Assembléias do CONASS promovidas mensalmente tornam-se um espaço de construção de consensos e de definição das questões prioritárias para o conjunto das Secretarias Estaduais de Saúde.

Uma questão central que faz parte de forma permanente das discussões da entidade é o desafio do financiamento do SUS, de forma que se possa garantir os seus princípios fundamentais, a universalidade e a integralidade. Apesar da aprovação da CPMF, no final dos anos 1990, permaneciam as dificuldades para garantir uma estabilidade de recursos.

A Emenda Constitucional nº 29

Para fazer frente ao desafio do financiamento do SUS, é aprovada pelo Congresso Nacional a **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**, com o objetivo de evitar alguns dos problemas que nos anos 1990 comprometeram o financiamento do SUS, dentre os quais destacam-se:

- a) a inexistência de parâmetro legal que induzisse os estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos para a área de saúde;
- b) a instabilidade (associada a ciclos econômicos e/ou à concorrência com outras políticas públicas) das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela dos recursos destinados ao SUS;
- c) a natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recursos para o setor.¹

A Emenda Constitucional nº 29 alterou artigos da Constituição Federal e acrescentou o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, Distrito Federal e municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Ao ser emendado, o artigo 198 da Constituição Federal passou a tratar dessa base de cálculo e o artigo 77, incluído no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabeleceu os percentuais mínimos de aplicação de recursos.

A Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29) vinculou o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde: estados, 12% e municípios, 15% das receitas próprias. No caso da União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado

1) CONASS, 2006.

em 1999, acrescido de 5%, nos anos subseqüentes, e a variação nominal do Produto Interno Bruto.

Como se percebe, a EC nº 29 estabeleceu a participação orçamentária mínima obrigatória da União, estados, municípios e Distrito Federal no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, dando condições para um novo ciclo de expansão do SUS, ao trazer mais recursos numa hora decisiva para sua consolidação.

A defesa da regulamentação da EC nº 29

A EC nº 29 foi aprovada em 2000, e passados seis anos, ainda não foi regulamentada. A falta de regulamentação não deixou de produzir efeitos no financiamento do SUS. A determinação constitucional, mesmo não regulada infra-constitucionalmente, constitui um marco que permite a luta política entre os setores que decidem os orçamentos e os diferentes atores sociais que lutam por mais recursos na saúde.

A não regulamentação da EC nº 29, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), têm sido mecanismos utilizados para limitar os recursos públicos na saúde. A falta de uma definição precisa sobre o que são “ações e serviços de saúde” tem levado a introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. Isso resulta em menos recursos para o financiamento do SUS.

A luta política por mais recursos públicos para a saúde encontra-se hoje centrada na regulamentação, pelo Congresso Nacional, da EC nº 29, **por meio do Projeto de Lei Complementar (PLC) 01/2003**.

O PLC 01/2003 pretende corrigir distorções na vinculação dos recursos da União e esclarecer o que são ações e serviços de saúde. O texto estabelece que a União aplique anualmente em ações e serviços de saúde, no mínimo, o montante equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas, constantes dos orçamentos Fiscais e da Seguridade Social. A estimativa de acréscimo, em 2006, com a aprovação da regulamentação da EC nº 29, segundo estimativas do CONASS era de aproximadamente R\$13 bilhões no orçamento federal com o financiamento da Saúde.

A crise permanente do financiamento do SUS, mesmo com a aprovação da EC nº 29, tem sido tema prioritário do CONASS e objeto de mobilização da entidade.

Marcus Pestana ressalta a necessidade da luta permanente por um financiamento mais adequado para fazer frente ao desafio de garantir uma saúde de qualidade a todos os brasileiros e a importância da regulamentação da EC nº 29:

Na nossa gestão demos um grande foco na luta pelo financiamento adequado. A secretaria-executiva do CONASS produziu documentos que serviram de base para negociações com as entidades representativas dos diversos segmentos da saúde junto ao Congresso Nacional. Fizemos mobilizações anuais com grande repercussão e eficiência em termos de apresentar um “raio-x”, a verdade dos números do SUS e empreendemos uma grande luta junto com a Frente Parlamentar da Saúde, a Federação das Filantrópicas, o Conasems e o Conselho Nacional de Saúde, balizando isso sempre em cada orçamento, por mais dinheiro para a saúde e também pela regulamentação da EC nº 29, que até hoje não conseguimos, embora tenhamos lutado muito.²

*Presidente do
CONASS, Marcus
Pestana, em ato público
realizado na Câmara
dos Deputados,
em defesa da
regulamentação da
EC nº 29 e de mais
recursos para o
orçamento do
Ministério da Saúde
(Brasília, 2005)*



Foto: arquivo CONASS

2) PESTANA, 2006.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde

O período de implementação da NOB/96 compreendido entre os anos de 1998 e 2000 foi marcado por uma série de importantes avanços no processo de descentralização do SUS.

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/96, entre os quais pode-se citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde/2001 (NOAS/01), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

A NOAS/01 foi o resultado de um longo processo de negociação entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o Conasems e o seu objetivo era “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”.

A NOAS/01 estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a sua elaboração, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, e submetido a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/02) instituída pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, foi o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da CIT de 22 de novembro de 2001. Nessa data,

foi firmado um acordo entre o CONASS e o Conasems contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população referenciada.³

Fernando Cupertino lembra que a NOAS visava organizar espaços regionais e redes de atenção à saúde:

Começamos a discutir com o Ministério aquilo que deveria ser o embrião da NOAS que era pensar e organizar espaços regionais e redes. Quando assumi a presidência e tive a felicidade de ter uma diretoria extraordinária, o CONASS teve um crescimento muito grande no grau de reflexão. Havia uma colaboração bastante estreita com o Conasems, que naquela época era presidido pelo Silvio Mendes, que hoje é prefeito de Teresina. E em uma concertação permanente com o Ministério da Saúde, conseguimos fazer discussões muito profundas, buscando aperfeiçoar o sistema.⁴

3) CONASS, 2006.

4) CUPERTINO, 2006.

CONASS 20 anos

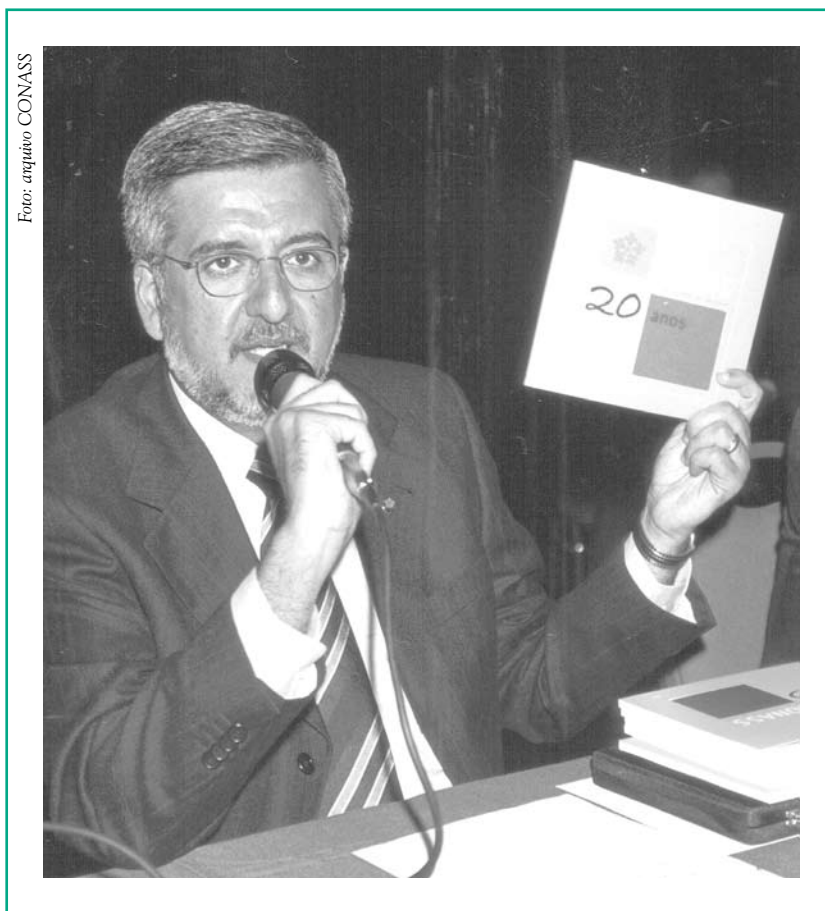
Para comemorar os 20 anos do CONASS foi realizada uma solenidade, dia 5 dezembro de 2002, em Brasília. Nesse evento foram homenageados ex-Presidentes do CONASS, ex- Ministros da Saúde e diversas pessoas e entidades que marcaram a história do Conselho e da saúde pública brasileira. Foram feitas homenagens póstumas a Francisco Cruz Barbosa Lopes – ex-Coordenador da Secretaria Técnica do CONASS, José Maria Magalhães Neto – ex-Secretário de Saúde do Estado da Bahia, João Yunes – ex-Secretário de Saúde do Estado de São Paulo e Raimundo Bezerra – ex-Deputado Federal Constituinte e ex-Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza.



Autoridades e homenageados durante o evento CONASS 20 anos (Brasília, 2002)

No evento, foi lançado o primeiro livro sobre a história da entidade – **CONASS 20 ANOS** que tinha como objetivo apresentar o CONASS e evidenciar a sua composição, atribuições, estatuto e presidentes desde sua criação em 1982 até 2002.

O presidente Fernando Cupertino evidencia na apresentação do livro, que o mesmo não é apenas uma publicação comemorativa, e que sua leitura é uma oportunidade para um “mergulho na história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS)”.



Presidente do CONASS, Fernando Cupertino, lança o livro CONASS 20 anos durante o evento comemorativo (Brasília, 2002)

20 anos de CONASS: Muitos foram os que passaram pelo CONASS, seja desempenhando funções de direção, seja compondo suas Câmaras Técnicas, ou ainda se ocupando de sua administração e de seu funcionamento cotidiano. Cada qual, no seu tempo e dentro de suas possibilidades, tentou fazer desse colegiado uma instância de reflexão, de debates, um lugar de intenso processo de mobilização política em defesa da saúde dos brasileiros. Mais do que isso, tentou-se, com sucesso, reforçar o papel dos estados na condução do SUS, procurando, incessantemente, seu aprimoramento. Buscou-se igualmente, proporcionar apoio técnico aos diferentes estados, assessorando-os nas questões mais intrincadas e que exigiram maior esforço para serem superadas, na perspectiva de retomada de posição das Secretarias Estaduais de Saúde frente às responsabilidades indelegáveis de coordenação e gestão do SUS em cada unidade federada.⁵

5) CUPERTINO, In: CONASS 20 anos, 2002.

A segunda pesquisa de opinião pública sobre a saúde

Em 2002, foi realizada pelo CONASS a 2ª pesquisa nacional sobre a Saúde na Opinião dos Brasileiros. Fernando Cupertino (2002), presidente do CONASS, na época, informa na apresentação que: “a realização da pesquisa foi possível graças à iniciativa do Ministério da Saúde, sob a gestão do ministro Barjas Negri, de quem partiu a idéia e o apoio financeiro para o projeto”.⁶

A pesquisa nacional **A Saúde na Opinião dos Brasileiros** foi feita para identificar o nível de conhecimento, opiniões, avaliações, grau de satisfação e posicionamentos da população brasileira frente a diversas questões relativas ao atendimento à saúde prestado pelo SUS em todo o País. O objetivo maior foi oferecer as informações coletadas aos gestores como mais um elemento para a tomada de decisões e o desenho de políticas de saúde que possibilitem um desenvolvimento do SUS contínuo e consistente.

A versão 2002 da pesquisa **A Saúde na Opinião dos Brasileiros** ampliou o escopo da primeira versão, publicada pelo CONASS em 1998, com algumas mudanças de ordem metodológica e com a abordagem de novos temas. Essas mudanças, no entanto, não impedem a comparação entre os resultados das duas versões, sendo possível observar a evolução na forma como a população brasi-

leira avalia e percebe os serviços de saúde que estão à sua disposição.

A pesquisa realizada pelo instituto Vox Populi envolveu a aplicação de 3.200 questionários a uma amostra aleatória de pessoas com idade mínima de 16 anos, residentes em municípios dispersos por todo o território nacional. Essa pesquisa de opinião mostra dados que permitem compreender as percepções da população brasileira sobre o SUS.

A avaliação geral do SUS expressa no percentual que considera que o sistema funciona bem ou muito bem, é de 45,2% nos usuários exclusivos do SUS, de 41,6% nos usuários não exclusivos do SUS e de 30,3% nos não usuários. Isso significa que a avaliação é mais positiva entre os que mais utilizam o sistema. As avaliações positivas são maiores, também, nos grupos de menor renda: 47,2% no grupo de renda até dois salários mínimos e 30,6% no grupo de renda de mais de dez salários mínimos.

Os dados mostraram que, em geral, as avaliações do SUS, especialmente por aqueles que efetivamente utilizam o sistema, são favoráveis. As percepções negativas estão fortemente associadas ao tempo de espera: demora em ser atendido, espera em filas, tempo perdido na recepção.⁷

6) CUPERTINO, In: *A saúde na opinião dos brasileiros*. 2003.

7) CONASS, 2003.

O Progestores

Em 2002, o CONASS, em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolveu o **Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Progestores)**.

A idéia era receber os Secretários Estaduais de Saúde que tomariam posse em 2003 com um amplo conjunto de informações, criando condições favoráveis para subsidiar a transição através da organização e divulgação de informações estratégicas para a gestão do Sistema Único de Saúde.

O Progestores tem como objetivos:

- a) apoiar os gestores estaduais do SUS, mediante organização, edição e divulgação de informações estratégicas e gerenciais;
- b) prestar assessoria direta às Secretarias Estaduais de Saúde, para o aprimoramento da gestão estadual do SUS;
- c) promover o fortalecimento técnico, administrativo e gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde, por meio de programas de capacitação, elaboração de publicações dirigidas e realização de seminários;
- d) divulgar as publicações do CONASS para atualização permanente de informações;
- e) promover a integração de ações do SUS por meio de discussões nas Câmaras Técnicas temáticas do CONASS;
- f) promover a integração entre os dirigentes estaduais, municipais e federais da área da saúde;
- g) subsidiar as Secretarias Estaduais de Saúde para que, por sua vez, possam prestar adequada cooperação técnica aos municípios.

Ricardo F. Scotti informou que o Progestores obteve tanto êxito que se transformou em um eixo permanente de cooperação técnica do CONASS com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), desenvolvendo, nos anos seguintes várias ações com resultados diretos nas SES, principalmente nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica, Recursos Humanos, Funções Essenciais de Saúde Pública para a gestão estadual do

Sistema Único de Saúde, Troca de Experiências entre as Secretarias Estaduais de Saúde, e Redes de Atenção à Saúde.

Quatro anos atrás, quando essa geração de secretários entrou, preparamos um conjunto de livros com informações básicas, de como funciona e como é a gestão do SUS, e também informações individualizadas por estado. Esse projeto foi chamado de Progestores. Ele foi um grande sucesso e se tornou um programa permanente de apoio técnico para as secretarias.⁸

“O Progestores obteve tanto êxito que se transformou em um eixo permanente de cooperação técnica do CONASS com as Secretarias Estaduais de Saúde.” (Ricardo F. Scotti)

Fernando Cupertino, presidente do CONASS na época da elaboração e lançamento do Progestores ressalta:

O Progestores foi uma ferramenta estratégica para podermos colaborar com os estados no aumento da sua densidade técnica, da capacidade dos seus quadros de formularem estratégias, de desenvolverem políticas, de fazerem avaliação, controle e planejamento, vigilância epidemiológica, de estar discutindo novas questões, como promoção da saúde. Isso foi extraordinário. E o que mais me toca é que o CONASS não ficou satisfeito apenas com essa ação. Esse foi, talvez, o pontapé inicial de uma série de outras ações semelhantes de qualificação, capacitação e apoio para que os estados hoje tenham profissionais de altíssimo nível.⁹

8) SCOTTI, 2006.

9) CUPERTINO, 2006.

Foto: arquivo CONASS



Lançamento da Coleção Progestores durante a solenidade de transmissão de cargo da presidência do CONASS – Fernando Cupertino e Gilson Cantarino O'Dwyer (Brasília, 2003)

Gilson Cantarino O'Dwyer entende que o CONASS além da representação política também avança na “produção do saber”, e cita o Progestores nesse contexto.

Outro processo que eu acho muito rico no CONASS é o processo de produção. Com o Progestores, com as suas câmaras técnicas, com as assessorias que o CONASS tem para áreas especializadas, produzindo notas técnicas, documentos e conhecimento. O CONASS, além da representação política, teve um avanço muito grande no que eu chamaria “produção do saber”.¹⁰

¹⁰) O'DWYER, 2006.

A criação da Secretaria Executiva

Coincidindo com a elaboração do Progestores, a área técnica do CONASS se consolida, e a Secretaria Técnica passa a assumir outras responsabilidades tais como: representação e participação ativa nas negociações técnicas com os demais parceiros do SUS; criação de instrumentos que agilizassem a difusão de informação entre as equipes das Secretarias Estaduais de Saúde; desenvolvimento de pesquisas e estudos de interesse comum dos gestores estaduais; apoio e assessoria direta às Secretarias Estaduais de Saúde em temas específicos.

Pelas mudanças em seu perfil de atuação, com a incorporação de novas responsabilidades, a Secretaria Técnica transformou-se, a partir de novembro de 2002 em **Secretaria Executiva do CONASS**.

Foram Secretários-executivos do CONASS entre 2002 e 2006, Ricardo F. Scotti e René Santos (julho de 2005 a abril de 2006).



Foto: arquivo pessoal

Secretário Executivo do CONASS, Ricardo F. Scotti

A Secretaria Executiva (SE) é o órgão assessor e de administração do Conselho, constituído por uma equipe técnico-administrativa. Atualmente é composta por um Secretário Executivo, quatro Coordenações (Coordenação Técnica; Coordenação dos Núcleos de Referência Técnica; Coordenação de Projetos – CONASS/Progestores e Coordenação Administrativa e Financeira), que, em conjunto com o Secretário Executivo formam o Colegiado de Coordenação da SE.

Seu corpo de assessores técnicos se organiza em Núcleos Técnicos de Referência (temáticos) e pela Assessoria de Comunicação Social.

Além de viabilizar o cumprimento das macro-funções do CONASS, a Secretaria Executiva também atua de forma importante na formulação do processo normativo do SUS, participando da concepção, analisando as propostas apresentadas pelos demais parceiros gestores e interpretando e informando os secretários e as equipes técnicas estaduais.

Núcleos Técnicos de Referência da Secretaria Executiva do CONASS:

- Planejamento e Gestão do SUS
- Financiamento e Investimento no SUS
- Vigilância Sanitária
- Atenção Primária
- Promoção da Saúde e Programas Estratégicos
- Ações e Programas Estratégicos
- Epidemiologia
- Assistência Farmacêutica
- Assistência de Média e Alta Complexidade
- Regulação no SUS
- Ciência e Tecnologia
- Recursos Humanos
- Informação e Informática
- Saúde Suplementar
- Cooperação Internacional
- Economia da Saúde



Foto: arquivo CONASS

*Reunião de trabalho da
Assessoria Técnica do
CONASS (Brasília, 2006)*

Os seminários do CONASS para construção de consensos

De 10 a 12 de julho de 2003, foi realizado em Aracaju/SE, o 1º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, sob a presidência de Gilson Cantarino O'Dwyer. Um dos principais objetivos desse seminário foi implantar um espaço de reflexão sobre o SUS que permitisse a integração e a definição de posições conjuntas entre os novos gestores estaduais da saúde. A idéia era identificar os principais temas, fazer sua discussão e aprofundamento em busca de soluções.

Esse seminário permitiu um amplo debate entre os gestores e definiu prioridades relacionadas aos temas apresentados: o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na reorganização do modelo de atenção à saúde e gestão; a promoção da saúde; a inserção e incorporação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; a atenção primária como estratégia organizativa do sistema de saúde; ações e serviços de média e alta complexidade; comando único; financiamento; recursos humanos e gestão do SUS.



Foto: arquivo CONASS

Mesa de abertura do 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos (Aracaju/SE, julho de 2003)

Um dos produtos desse seminário foi a **Carta de Sergipe** que sintetizou o consenso das discussões marcando de forma clara o posicionamento do CONASS em relação aos temas citados acima.

Gilson Cantarino O'Dwyer afirma que a Carta de Sergipe explicita a agenda da entidade naquele momento:

O CONASS buscava o fortalecimento da gestão estadual que se sentia mais enfraquecida pelo processo anterior de fortalecimento da gestão municipal. Então, a minha agenda política era lutar por um poder maior de regulação do estado, por uma participação mais efetiva na atenção primária em saúde, por uma melhoria de financiamento, enfim, uma agenda que está consubstanciada num documento chamado Carta de Sergipe, produzida em 2003. Ali, se deu o norte do que seria o movimento político e foram feitos vários seminários para a construção de consensos entre os Secretários de Estado de Saúde, para que pudessemos construir nossa agenda com o Conasems e com o Ministério da Saúde. Criamos ali uma agenda inovadora e acho que conseguimos com isso criar uma agenda política em várias áreas como recursos humanos e atenção primária.¹¹

Além desse seminário, foram realizados: o Seminário para a Construção de Consensos sobre Atenção Primária, dias 27 e 28 de novembro de 2003, na cidade de Salvador/BA; o Seminário para a Construção de Consensos sobre Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS, dias 1 e 2 de abril de 2004, Rio de Janeiro/RJ e o Seminário para a Construção de Consensos sobre Assistência Farmacêutica – Medicamentos de dispensação em caráter excepcional, dia 4 de julho de 2004, na cidade de Manaus/AM.

O CONASS, na permanente busca de atualização e informação, a exemplo das oficinas de trabalho e das câmaras técnicas, cria uma forma de atuar e produzir conjuntamente posições estratégicas para os próximos passos da sua participação na implantação do SUS.

11) O'DWYER, 2006.



Abertura do Seminário do CONASS para Construção de Consensos sobre Recursos Humanos (Rio de Janeiro/RJ, abril de 2004)



Participantes do Seminário do CONASS para Construção de Consensos sobre Assistência Farmacêutica (Manaus/AM, julho de 2004)

Carta de Sergipe

Aracajú, SE, 12 de julho de 2003.

Os Secretários Estaduais de Saúde das 27 unidades da Federação, reunidos em Aracajú, Sergipe, entre 10 e 12 de julho de 2003, em Seminário do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), apresentam, como resultado consensual das discussões, suas preocupações e prioridades quanto à organização, gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Os Secretários Estaduais de Saúde reafirmam o seu compromisso com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, cuja implantação representa um movimento de reforma setorial dos mais expressivos realizados no Brasil. Reconhecem os significativos avanços alcançados nos últimos 15 anos e os grandes desafios a serem enfrentados.

2. Propõem o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária, mas entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais. Os Secretários consideram que o Programa de Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS.

3. Defendem a valorização e a priorização das atividades de Promoção da Saúde, que deve ser entendida a partir de um enfoque mais abrangente do conceito de saúde e de seus múltiplos determinantes, com ênfase na articulação intersetorial, através de parcerias intra e extragovernamentais, devendo constar das políticas, planos e orçamentos estaduais de saúde como um dos eixos para a mudança do modelo de atenção à saúde.

4. Consideram urgente e necessária uma ampla rediscussão quanto ao entendimento de “comando único” nos termos da NOAS/SUS/2002 e do conceito de “direção única em cada esfera de governo”, nos termos do artigo 7º da Lei 8.080/90. O comando único deve ser uma diretriz organizativa do SUS voltada para a garantia do direito à saúde do cidadão, independente do município onde resida. Em função disso, e considerando o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, entendem que a gestão das referências intermunicipais deve ser de responsabilidade do gestor estadual, observadas as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites e deliberações dos Conselhos Estaduais de Saúde.

5. Afirmam como prioritário e necessário o fortalecimento do papel regulador dos Estados, notadamente na regulação do acesso das populações referenciadas para municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em articulação com o gestor municipal, e na regulação das referências intermunicipais e dos prestadores de serviços nos municípios não habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Defendem a configuração de uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra-referência municipal, intermunicipal e interestadual.

6. Os Secretários de Saúde reafirmam seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 e ressaltam a necessidade de sua imediata regulamentação por meio de lei complementar. Propõem a revisão urgente dos Limites Financeiros Federais da Assistência de Média e Alta Complexidade contemplando as reais necessidades de cada Unidade da Federação e observando o disposto no orçamento do Ministério da Saúde que prevê alocação de recursos com o objetivo de reduzir desigualdades regionais. É necessária a construção de uma nova política de alocação de recursos visando a redução das desigualdades macrorregionais, interestaduais e intermunicipais. Demandam a revisão dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH/SUS), de modo a corrigir a enorme defasagem entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.

7. Afirmam a prioridade da discussão das questões referentes à política de recursos humanos para a saúde. Apóiam a constituição das Mesas de Negociação como fórum privilegiado de discussão das questões relativas a RH em todos os níveis da gestão do SUS. Defendem o concurso público como forma prioritária de provimento das vagas ofertadas pelos gestores do SUS, e propõem que seja pautado na Comissão Intergestores Tripartite a análise do documento “Princípios e Diretrizes para a Elaboração da NOB/RH – SUS”.

8. Os Secretários de Saúde reafirmam a importância da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) como instâncias de negociação e pactuação dos aspectos

operacionais do SUS. Ressaltam como fundamental o controle social exercido por meio dos Conselhos de Saúde. Manifestam, contudo, sua preocupação com a necessária observância das distintas atribuições, responsabilidades e prerrogativas tanto das instâncias intergestoras quanto dos Conselhos, evitando-se conflitos de competências.

9. Propõem a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e as diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002). Esta nova norma deve ser elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e políticas de recursos humanos. Propõem que esta norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestoras com base em um tipo de “contrato de gestão”, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual, e o pleno exercício das macro-funções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente, junto aos municípios.

10. As propostas aqui apresentadas em consenso pelos Secretários Estaduais de Saúde representam o estabelecimento de compromissos para o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais e a promoção da inclusão social, buscando o permanente aperfeiçoamento do SUS, com o olhar voltado para o futuro e a construção da cidadania.¹²

12) CONASS, *Documenta* nº 8, 2005.

I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-americanos de Saúde

Reconhecendo o papel fundamental das parcerias entre o CONASS e instituições internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), e buscando um espaço para troca de experiências entre os países, o CONASS promoveu em parceria com a Opas, com o apoio do Ministério da Saúde e da Unesco, o I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-americanos de Saúde.

*Presidente do
CONASS,
Gilson Cantarino
O'Dwyer, discursa
na abertura do
I Encontro de
Gestores Estaduais,
Provinciais e
Departamentais
de Sistemas
Sul Americanos
de Saúde
(Brasília, 2005)*



Foto: arquivo CONASS

Esse encontro foi realizado dias 6, 7 e 8 de abril de 2005, em Brasília, e contou com a participação de titulares e técnicos do nível de direção das esferas sub-nacionais e municipais de saúde, professores e pesquisadores atuantes na área e representantes de organismos internacionais como a Opas, Unesco, Bird e Bid. Participaram do evento, representantes da Argentina, Colômbia, Canadá, Venezuela e Brasil.

Foram abordados quatro temas:

- a) a importância da regionalização e responsabilidades dos territórios regionais no contexto da descentralização;
- b) as experiências de articulação das esferas governamentais e co-responsabilidade sanitária;
- c) as Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp);
- d) territórios sub-nacionais e as redes de serviços e atenção primária: o papel das esferas supra-municipais.

Esse evento é apenas um exemplo do movimento realizado no CONASS no sentido de consolidar parcerias com instâncias e instituições internacionais.

A participação do CONASS em parcerias internacionais tem como um de seus objetivos, socializar e debater com outros países os êxitos alcançados pelo Sistema Único de Saúde, bem como aprender com experiências exitosas e inovadoras alcançadas para além das nossas fronteiras.

Parcerias com o governo e instituições canadenses

Em 2004 foi assinado o acordo de cooperação na área da saúde entre o Ministro da Saúde e dos Serviços Sociais do Quebec e o CONASS, com ênfase nas seguintes eixos:

- Promoção e proteção da saúde.
- Prevenção dos problemas de saúde.
- Distribuição dos serviços de saúde em base local.
- Acesso aos serviços de urgência.
- Tecnologias de informação em saúde.

Em outra iniciativa, o CONASS, visando potencializar as relações com outras instituições do Canadá, entrou em contato com a Universidade de Toronto, com a Universidade de Montreal e com o Ministério da Saúde do Canadá, para buscar outras parcerias que possibilitassem o intercâmbio de conhecimentos em áreas de interesse comum.

A fim de estreitar as relações e aperfeiçoar seus Sistemas de Saúde, Brasil e Canadá trocaram experiências durante o **I Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona de Saúde – Brasil e Canadá – Colufra**, ocorrido em Montreal, Quebec, no período de 14 a 17 de junho de 2005. Entre os resultados obtidos firmou-se a possibilidade de cooperação técnica bilateral, entendendo que essa cooperação entre os países pode proporcionar a construção de uma agenda de troca de experiências e qualificação de recursos humanos.

Foto: arquivo CONASS



*Assinatura do Acordo de
Cooperação na área da
saúde, entre o ministro
da Saúde e dos Serviços
Sociais do Quebec, Philippe
Couillard e o presidente
do CONASS, Gilson
Cantarino O'Dwyer
(Rio de Janeiro, 2004)*

*Reunião de trabalho
entre os representantes
do CONASS com e o
ministro da Saúde e dos
Serviços Sociais do Quebec,
Philippe Couillard, durante
o I Simpósio Internacional
da Conferência Luso-
Francófona de Saúde –
Colufras (Québec, 2005)*



Foto: arquivo CONASS

1º Encontro do CONASS para troca de experiências

Partindo da premissa que trocar experiências entre as Secretarias Estaduais de Saúde é possibilitar o aprendizado mútuo, implementar e aperfeiçoar um importante processo de cooperação horizontal, em que as equipes técnicas das secretarias de um estado podem ajudar as equipes técnicas de outros, o CONASS realizou dias 4, 5 e 6 de agosto de 2005, na cidade de Fortaleza, Ceará o 1º Encontro para troca de experiências, sob a presidência de Marcus Pestana.

Foram apresentados 22 projetos que abordaram os seguintes temas: Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e Regulação, Assistência Hospitalar e Vigilância em Saúde.

Na opinião de Marcus Pestana esse evento foi um marco, pois abriu um espaço de troca de experiências entre os estados:

O CONASS além do papel institucional de representar os estados abriu o espaço para a troca de experiências entre estes. Eu sempre achei que não é necessário inventar a roda a cada minuto, que o aprendizado comum, a troca de experiência pode levar a avanços. Então nós criamos um espaço de intercâmbio com um Encontro Nacional de Troca de Experiências, onde nós tínhamos claramente um absorvendo a experiência do outro.¹³

¹³) PESTANA, 2006.



Abertura do 1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências, realizado em agosto de 2005, em Fortaleza/Ceará. Secretário de Saúde do Ceará, Jurandi Frutuoso Silva, Governador do Ceará, Lúcio Alcântara e presidente do CONASS, Marcus Pestana

O resultado desse encontro foi uma maior interação entre as equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde e entre os gestores. As experiências apresentadas estão relatadas na publicação CONASS documenta número 10.

Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil

Quando o CONASS procurou O *Globo* para propor a realização do evento, dois pontos chamaram a atenção. O primeiro foi a garantia de que seria um Fórum suprapartidário, que colocaria a questão da saúde acima de qualquer interesse eleitoral. O segundo que não seria um Fórum de lamúrias e reclamações, mas um espaço para discussão de propostas concretas, para apresentação de experiências que efetivamente funcionam. (...) Daí veio a excelente idéia de realizar a feira o SUS que dá certo. (Agostinho Vieira – Diretor Executivo de O *Globo/Extra*).¹⁴

Considerando que em 2006 haveria eleições presidenciais, e que a sucessão presidencial é sempre um momento privilegiado para uma reflexão coletiva nacional, o CONASS resolveu aproveitar esse momento para discutir os temas prioritários para a saúde pública.

Com o objetivo de discutir o futuro da saúde no Brasil o CONASS em parceria com o jornal O *Globo* realizou dias 13 e 14 de março de 2006 no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, o **Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil**, que contou com a participação de gestores do SUS, lideranças políticas, segmentos organizados da sociedade civil, educadores e pesquisadores das instituições de ensino superior. Foram cerca de quinze horas de debates para um público de mais de mil pessoas.

Paralelo a esse evento foi realizada a feira **O SUS que dá certo**, em que foram expostas experiências bem sucedidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Antes do referido evento, foram publicadas seis colunas no jornal O *Globo* sobre os temas que seriam discutidos no encontro: a) A democracia como estratégia do SUS; b) Pacto Federativo; c) O desafio do controle social no SUS; d) Financiamento; e) Incorporação tecnológica na Saúde: custo e benefício; f) O futuro do SUS: como garantir a integralidade e a universalidade.

Após o evento, o jornal O *Globo* lançou um caderno especial repercutindo o Fórum com entrevistas e matérias sobre os debates ocorridos.¹⁵

14) CONASS *documenta* nº 12, 2006.

15) Para mais informações consultar, CONASS *documenta* nº 12, 2006.

Foto: Jornal O Globo



Presidente do CONASS, Marcus Pestana, discursa durante a abertura do Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para do Brasil, realizado no Forte do Copacabana (Rio de Janeiro, março de 2006)

Foto: arquivo CONASS



Feira O SUS que dá certo, realizada durante o Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para do Brasil, com estandes do CONASS e das Secretarias Estaduais de Saúde. Forte do Copacabana (Rio de Janeiro, março de 2006)

O grande diferencial desse evento foi que o CONASS conseguiu incluir na pauta da grande imprensa nacional a discussão sobre os rumos da saúde no Brasil. Foram publicadas mais de 15 matérias em jornais de grande circulação, além de diversos *sites* governamentais e de notícias que registraram o evento. Para se ter uma idéia da repercussão, *O Globo on-line* fez cobertura de todo o fórum em tempo real com a publicação de 32 matérias.

O presidente Marcus Pestana considerou esse encontro um dos momentos mais importantes da história do CONASS e do próprio SUS, pela repercussão nos meios de comunicação:

Um marco histórico, na minha opinião, foi a realização no início de 2006, de um grande encontro no Rio de Janeiro. Foi talvez o de maior repercussão, fora do âmbito do SUS que fizemos em parceria com o jornal *O Globo*. Foi um encontro de reflexão sobre a sucessão presidencial e o futuro da saúde no Brasil. Eu acho que poucos eventos do SUS alcançaram maior êxito do que esse, em termos de repercussão política, de alcançar a grande mídia e de chegar à população.

São alguns marcos que eu registro no desenvolvimento da nossa gestão, confirmando a tradição do CONASS de ter uma atitude pró-ativa, firme e uma presença muito rica no debate do SUS.¹⁶

Ricardo F. Scotti entende que o CONASS tem conseguido “transportar os muros do próprio SUS” para poder fazer que as informações cheguem à sociedade e às outras entidades. Um exemplo concreto dessa ação do CONASS, em sua opinião, foi o fórum realizado no Rio de Janeiro.

¹⁶) PESTANA, 2006.

O Pacto pela Saúde

O CONASS, desde 2003, baseado nos consensos estabelecidos na **Carta de Sergipe**, solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS.

Era compreensão dos gestores estaduais, **expressa no item 9 da Carta de Sergipe**, “que o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país e que a elaboração de uma **nova norma** deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância das instâncias de pactuação – CIB e CIT, e o fortalecimento do controle social”.

O processo se iniciou em agosto de 2004, quando foi realizada uma oficina de trabalho com a participação do Ministério da Saúde, CONASS e Conasems, denominada Agenda do Pacto de Gestão, com os objetivos de se iniciarem as discussões para a revisão do processo normativo do SUS e estabelecimento das diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de gestão do SUS.

O trabalho conjunto exigiu o exercício da construção de consensos e os resultados obtidos constam da portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde.

Estas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a regionalização e instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito

dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde.

A partir das discussões envolvendo o Pacto de Gestão houve a compreensão pelos gestores do SUS da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Então se estabeleceu a organização de um **Pacto pela Saúde**, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo.

Nesse sentido foram definidas três dimensões no **Pacto pela Saúde 2006: Pacto em defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão**.

Foto: arquivo CONASS



Assinatura do Pacto pela Saúde. Presidente do CONASS, Marcus Pestana, ministro da Saúde, Saraiva Felipe e presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Silvio Fernandes (Brasília, 2006)

Marcus Pestana, presidente do CONASS quando da assinatura do Pacto pela Saúde 2006, relata o processo de discussão:

Foram mais de 18 meses de discussão, envolvendo o Ministério da Saúde, Conasems e o CONASS. Foi muito importante o Pacto de Gestão, o Pacto pela Saúde, um pacto pelo SUS, que nós assinamos coroando um processo de transformação, que eu acho que vai ser muito importante no SUS que continua sendo implementado. Mas foram meses e meses de discussão, de divergências, de exploração de diagnósticos, de marcos teóricos para chegar a um documento que é um marco na história do SUS.¹⁷

Gastão Wagner ressalta o posicionamento do CONASS no sentido da superação das normas operacionais e do avanço para um pacto entre os gestores.¹⁸

Júlio Müller recorda que a idéia do pacto entre os gestores do SUS tem antecedentes recentes:

No período em que estive na presidência do CONASS, houve as eleições para os governos federal e estaduais. Nesse processo, José Serra assumiu o Ministério da Saúde. Nós conseguimos construir uma proposta, que eu acho que hoje voltou a campo, mas na época, inclusive, ela foi discutida, pactuada e assinada. Foi uma sugestão nossa. O CONASS levou uma plataforma de diretrizes para serem implementadas no SUS. O Ministro e a sua equipe de dirigentes aceitaram as sugestões e nós passamos aproximadamente seis meses construindo todas essas propostas e assinamos um pacto pelo SUS. Um pacto, que, se não me engano, foi chamado Pacto pela Vida. Esse pacto foi assinado entre o Ministério e os 27 estados da federação.¹⁹

17) PESTANA, 2006.

18) WAGNER, 2006.

19) MÜLLER, 2006.

Jurandi Frutuoso Silva, atual presidente do CONASS, entende que a implantação do Pacto pela Saúde irá fortalecer o SUS:

O pacto foi trabalhado de maneira bastante responsável pelos gestores do SUS e representa um avanço, pois rompe a hegemonia do processo normativo, e passa a permitir que o SUS seja implementado, mantido os seus princípios, mas respeitando as diversidades existentes no país. Ou seja, um SUS com a cara do Brasil. O objetivo do CONASS é estabelecer estratégias para fortalecer o SUS. O Pacto pela Saúde é um instrumento muito forte para chegar a esse objetivo.²⁰

O Pacto pela Saúde representa um compromisso inequívoco das três esferas de governo com a responsabilidade sanitária e de gestão e se materializa por meio do Termo de Compromisso de Gestão municipal, estadual e federal. Esse termo reflete as atribuições e responsabilidades assumidas pelos gestores do SUS perante a sociedade, e representa a superação dos mecanismos de habilitação até então vigentes nas normas operacionais do SUS.

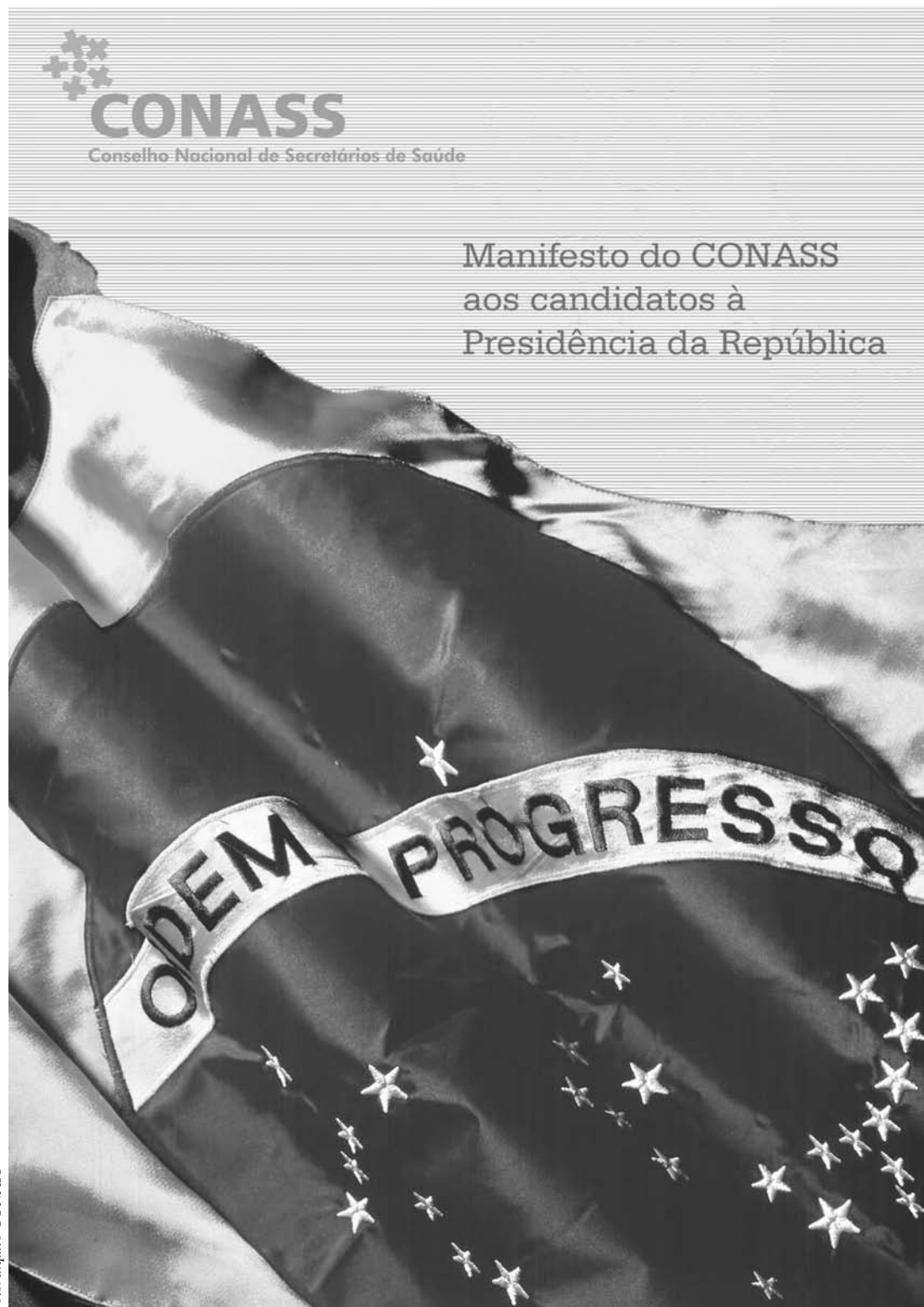
O manifesto aos candidatos à Presidência da República

Têm sido muitos os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira.

Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar: o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de atenção à saúde; o desafio da gestão do trabalho no SUS e o desafio da participação social.

Com base nesses desafios o CONASS apresentou manifesto aos candidatos à Presidência da República com propostas, que considera prioritárias, a serem contempladas nos respectivos planos de governo. Essas propostas foram construídas a partir de discussões feitas nas suas Assembléias e no Fórum Saúde e Democracia: Uma visão de futuro para o Brasil, realizado no mês de março de 2006, no Rio de Janeiro, em parceria com o jornal *O Globo*.

20) SILVA, 2006.



Capa do Manifesto do CONASS entregue aos candidatos à Presidência da República

Foto: arquivo CONASS

As propostas apresentadas foram as seguintes:

- Compromisso com os princípios constitucionais do SUS.
- O SUS como política de Estado, mais que de governo.
- Pacto em defesa do SUS – movimento de repolitização da saúde.
- Pacto pela Vida – definição de prioridades e gestão pública por resultados.
- O desafio do financiamento – necessidade de aumentar os gastos públicos em saúde no Brasil.
- Aumento da eficiência da gestão do SUS – organizar-se em redes de atenção à saúde.
- Regulamentação da EC nº 29 – por mais recursos públicos para a saúde e para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento.
- Ênfase na atenção primária – como principal porta de entrada do SUS.
- Mais recursos para a média complexidade ambulatorial e hospitalar, cujo financiamento se encontra cada vez mais estrangulado pelo da alta complexidade.
- Redução das desigualdades regionais.
- Novo Pacto Federativo e Reforma Tributária.
- Aumento de recursos no orçamento do Ministério da Saúde.
- Superação da crise de financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.
- Mudança no modelo de atenção à saúde – regionalização e redes de atenção à saúde.
- Implementação do Pacto de Gestão – como um novo pacto federativo sanitário e que deverá estruturar-se sob a égide da unidade doutrinária e da diversidade operacional.

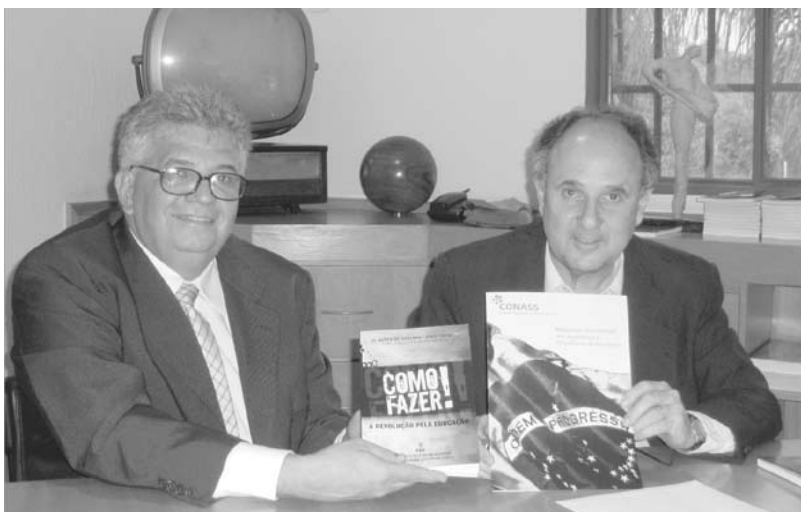
Ricardo F. Scotti evidencia a importância desse momento: “entregamos o manifesto a cada candidato à presidência da República, com as propostas do CONASS. Este fato representa a importância política do CONASS na construção do SUS”.²¹

21) SCOTTI, 2006.



Candidato à reeleição, Luiz Inácio Lula da Silva, e o presidente do CONASS, Jurandi Frutuoso Silva. As propostas do CONASS foram entregues ao coordenador do Programa de Governo do PT, Glauber Piva

Candidato à Presidência da República Geraldo Alckmin recebe do diretor de Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, as propostas da instituição



Secretário executivo do CONASS, Ricardo F. Scotti, entrega o Manifesto ao candidato à Presidência da República Cristóvam Buarque



Livro “SUS: avanços e desafios”

Tendo em vista o papel do CONASS na formulação de propostas para a consolidação do SUS, e considerando a posse de novos governos estaduais e federal em 2007, a entidade, sob a Presidência de Jurandi Frutuoso Silva, elaborou o Livro **SUS: avanços e desafios**.

O livro foi lançado em dezembro de 2006, durante a Assembléia do CONASS e a solenidade contou com a presença do Ministro da Saúde José Agenor Álvares da Silva, e traz o registro dos grandes avanços do SUS nos últimos anos, chamando a atenção para os desafios a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira. Além disso, apresenta um detalhamento das propostas para o enfrentamento desses desafios, com subsídios técnicos que as sustentam, e uma análise de conjuntura para a viabilização de sua implantação.

Ricardo F. Scotti, que coordenou sua elaboração, diz que o livro é uma contribuição do CONASS no exercício da sua função de formular e propor políticas para a área da saúde.²³

O Presidente do CONASS, Jurandi Frutuoso Silva, afirma que “o livro ‘SUS: avanços e desafios’ representa um momento de reflexão e ao mesmo tempo de ousadia ao buscar olhar para o futuro com a certeza de que estamos no bom caminho”.²²

Solenidade de lançamento do livro “SUS: avanços e desafios”, com a presença do ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, e do presidente do CONASS, Jurandi Frutuoso Silva (Brasília, 2006)



Foto: arquivo CONASS

22) SILVA, In: SUS: avanços e desafios. 2006.

23) SCOTTI, 2006.

Progestores 2007

Dando continuidade ao Progestores e considerando que o estágio de consolidação da função de gestão dos sistemas estaduais de saúde ainda é bastante diferenciado entre as SES, com grande rotatividade da força de trabalho e alternância política, foi desenvolvido o Progestores 2007 de forma a subsidiar os Secretários de Saúde dos estados e do Distrito Federal e suas equipes que assumiram a gestão em janeiro de 2007, com as principais informações dos aspectos técnicos e gerenciais mais relevantes do SUS.

O pleno exercício da gestão, em cada Unidade Federada, será de fundamental importância para o sucesso de todos os pactos firmados nas diversas instâncias do SUS e para as negociações ainda em curso que visam à consolidação das políticas de saúde implementadas conjuntamente entre os entes federados.

Para atualizar as informações referentes a esses processos, de forma organizada e clara para o entendimento dos novos gestores e facilitar a transição no âmbito das administrações estaduais, o CONASS elaborou a **coleção de livros Para Entender a Gestão do SUS**:

- O Sistema Único de Saúde
- A Gestão Administrativa e Financeira no SUS
- O Financiamento da Saúde
- Ciência e Tecnologia em Saúde
- A Gestão do Trabalho no SUS
- Vigilância em Saúde (Tomo I e Tomo II)
- Assistência Farmacêutica no SUS
- Atenção Primária e Promoção da Saúde
- Assistência de média e alta complexidade no SUS
- Regulação em Saúde
- Saúde Suplementar
- Legislação Estruturante do SUS

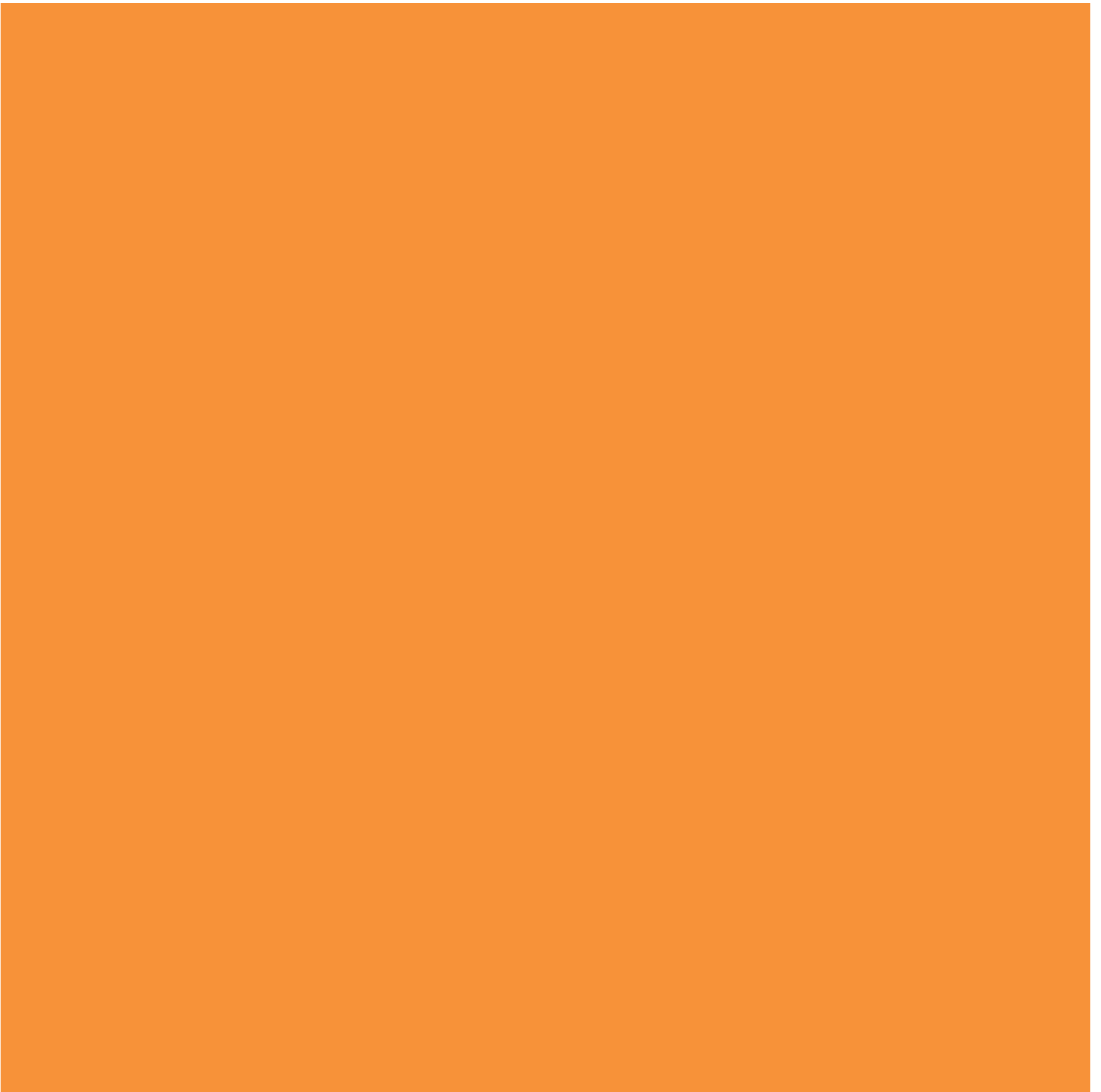
Além da coleção, o CONASS elaborou uma coletânea de **Informações para a Gestão Estadual do SUS**, por unidade federativa, contendo:

- Caracterização Territorial
- Indicadores Demográficos e Sócio-Econômicos
- Indicadores de Saúde
- Rede de Serviços de Assistência à Saúde – Atenção Ambulatorial no SUS e Atenção Hospitalar no SUS
- Estatística Vital
- Vigilância à Saúde
- Financiamento Federal
- Saúde Suplementar

O CONASS ao disponibilizar as principais informações sobre a situação de saúde em cada estado busca fornecer ferramentas para a qualificação da gestão no planejamento e no processo de tomada de decisão, visando enfrentar os desafios do SUS.

Enfrentar esses desafios exigirá uma entidade cada vez mais fortalecida política e tecnicamente, desempenhando suas ações sempre na direção da conquista definitiva dos princípios da Constituição de 1988.

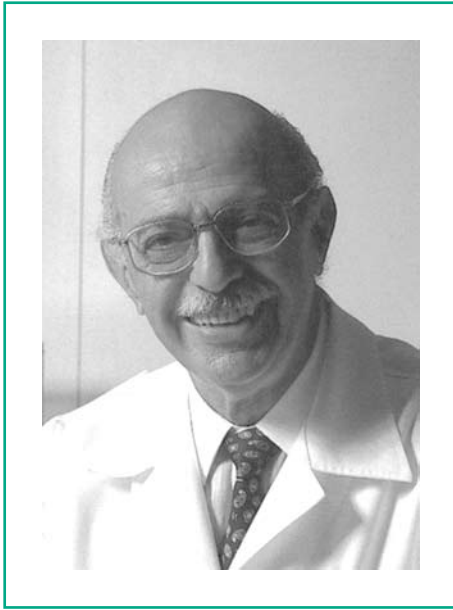
CONASS:
os desafios para
o futuro





CONASS, a exemplo do SUS, tem grandes **desafios** pela frente. Os colaboradores desse livro nos deixam uma avaliação da importância dessa entidade que representa as Secretarias Estaduais de Saúde, bem como identificam os desafios a serem enfrentados, numa visão de futuro de quem acumulou conhecimento e sabedoria nesse caminho trilhado para a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Esse capítulo é construído essencialmente pelas falas dos entrevistados, fugindo ao rigor metodológico, entretanto, nada melhor para registrar o pensamento de cada um, do que utilizar as suas próprias palavras, que ressignificam a memória do CONASS.



Adib Jatene

Quando você participou de uma luta, ajudou a organizar, apoiou e vê isso florescendo e se constituindo num poderoso instrumento de organização pública, você fica orgulhoso, fica feliz.

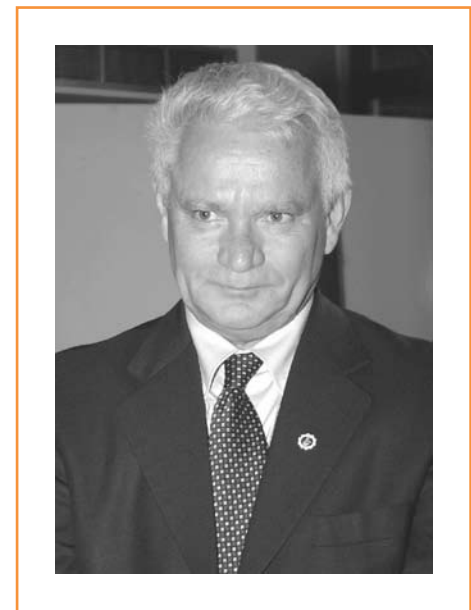
Eu acho que o CONASS pode comemorar com muita legitimidade o que ele fez nesses anos todos. O corpo técnico do CONASS organizado com gente da maior qualificação tem ajudado muito o sistema público de saúde. Eu tenho a convicção de que na medida em que nós conseguirmos ampliar um pouco o desenvolvimento do país, conseguirmos destinar um pouco mais de recursos para o sistema de saúde. Nós vamos ter um dos melhores sistemas do mundo. Desde que nós consigamos implementar o que está programado, desde que não faltem recursos para essa implementação.

Eu acho que os secretários estaduais de saúde têm um enorme instrumento de atuação com a estrutura do CONASS.

Antonio José Guerra

O CONASS tem um papel fundamental nessa etapa, que poderíamos chamar de “consolidação do SUS” e de “aperfeiçoamento do SUS”. Sinto-me orgulhoso de ter participado desse processo desde o seu início.

Acho que o grande desafio é ajudar a consolidar e melhorar o SUS. Quando digo “melhorar”, é melhorar em termos de qualidade, em termos de melhorias no atendimento ao cidadão. **O CONASS tem uma responsabilidade muito grande de continuar participando do que eu chamaria de “processo de formulação de políticas do setor saúde”, junto com o Ministério e o Conasems.**



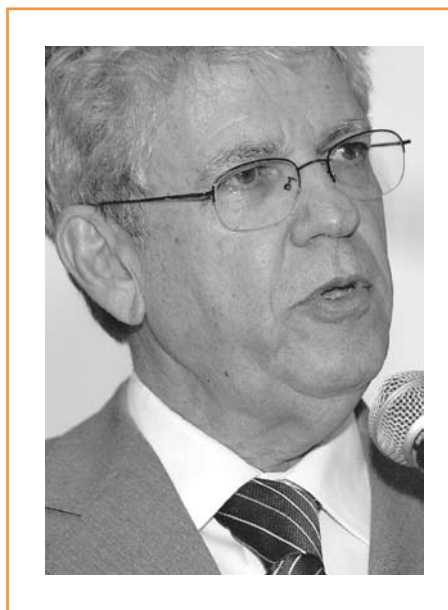


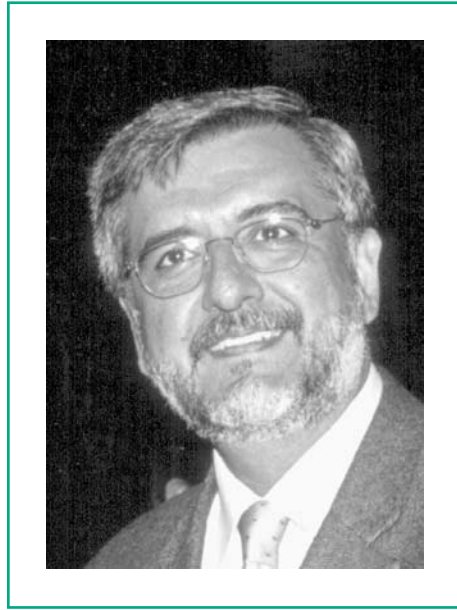
Armando Raggio

Eu acho que hoje o CONASS é uma organização extremamente profissionalizada. Hoje o CONASS é uma marca. Eu penso que a perspectiva dele é ainda de crescimento, de aperfeiçoamento. Ele é bastante credenciado setorialmente, talvez deva **avançar na perspectiva da sociedade.**

Eugênio Vilaça Mendes

O desafio do CONASS é **recolocar as secretarias de saúde dentro de um novo pacto federativo.** Um CONASS forte significa um CONASS autônomo, que tenha a clareza de qual é esse modelo, qual é o papel das Secretarias Estaduais nesse modelo e com uma capacidade de formular e brigar politicamente por essa transformação. Isso para mim é o desafio que se coloca para o CONASS para os próximos 25 anos.





Fernando Cupertino

O que realmente mais me emociona nessa trajetória do CONASS foi que nós percebemos a importância da entidade passar a tomar a iniciativa nas discussões, ao invés de seguir as discussões. O CONASS se estruturou com um corpo técnico da maior qualidade, passou a produzir ferramentas para compreender, para estudar o sistema, passou a ter uma ação muito mais propositiva e a lançar os desafios a serem discutidos.

O Conselho tem sido capaz de devolver aos estados a noção exata do seu papel. Porque, com a ênfase na municipalização, ficamos no Brasil, por um tempo nos comportando como se fôssemos um estado unitário, onde não

existem estados federados, mas sim a União e o município. O CONASS foi fundamental para poder se lançar essa discussão, refletir e criar uma consciência do papel do estado federado na vivência cotidiana do Sistema Único de Saúde.

Esse foi um papel que o CONASS exerceu, de alguns anos para cá, de uma maneira magistral. E hoje, os estados têm podido dar uma contribuição de grande valia para que a população brasileira tenha saúde, apesar de todas as limitações e desafios que ainda temos pela frente, sem dúvida alguma, que é um cenário muito diferente, muito melhor do que tivemos no passado.

Posso estar exagerando, mas, de maneira um pouco profética, visionária, eu entendo assim: se houvesse uma “faculdade do SUS”, seria o CONASS, que hoje tem um papel preponderante na produção de conhecimento, de ferramenta e de serviços prestados à formação de muitos técnicos, não só em nível estadual, mas também municipal, porque uma das principais atribuições do nível estadual é ocupar-se da capacitação do nível municipal.

Acho que o desafio do CONASS é manter-se sempre sintonizado com as necessidades e não perder a ousadia de

querer fazer melhor do que já faz. Isso nós temos percebido ao longo dos anos, que o CONASS, a cada ano, faz melhor do que fez no ano anterior. Essa é uma questão importante. A outra é conseguir, realmente, manter uma coesão dos gestores, a começar pelos gestores estaduais, que é o seu papel fundamental, e manter uma coesão entre as três esferas.

O CONASS é um “cimento” importante para unir as três esferas de governo. A sua grande realização será, um dia, poder estar registrado na história que ele foi um catalisador fundamental para que o SUS conhecesse

o sucesso e o respeito por parte da população. Eu tenho certeza que esse dia vai chegar e não vai demorar muito.

Minha mensagem é, especialmente, de agradecimento, por tudo o que o CONASS representa para os gestores e para nós, profissionais de saúde, que acreditamos no SUS e que lutamos para que esse SUS aconteça melhor a cada dia; agradeço também a todos os atores que fazem do CONASS essa instituição que é digna de elogio e de respeito: o seu corpo técnico, administrativo e os secretários que integram esse colegiado.



Gastão Wagner

O CONASS e o Conasems se transformaram em dois atores políticos da construção do SUS, não apenas gestores. O CONASS virou um ator coletivo, um sujeito coletivo, que faz encontros, seminários, tem documentos e se posiciona a favor ou contra.

Os secretários acabaram criando uma fórmula democrática de entendimento entre eles, entre os seus pares, para que sejam representados junto ao governo federal. Isso não foi teorizado, foi sendo criado pelas contingências.

A mensagem que eu passo é essa: **o futuro do SUS depende muito do que o CONASS fizer e do que os secretários estaduais conseguirem articular nos seus estados nessa transição.** Não pode deixar de colocar o que representa, mas saber compor, ter tolerância, firmeza e consenso na construção de pactos.

Gilson Cantarino O'Dwyer

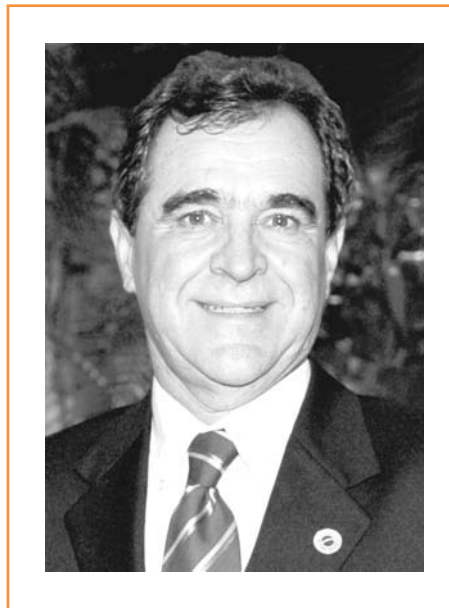


Se não existisse o CONASS e o Conasems, certamente nós teríamos um modelo erroneamente homogêneo, numa lógica unicamente federal, portanto, sem fortalecimento da gestão local. Eu acho que o CONASS e o Conasems fazem a interseção com exercícios de democracia da gestão no SUS. Eu acho que cada um luta por uma conquista mais própria daquela área que defende, mas o que eu observo nesse processo é que sempre o entendimento prevalece. E acaba tendo uma convergência que é a favor da nossa missão em relação à população.

Eu tenho a ótica do CONASS de quem presidiu o Conasems e tenho a ótica do Conasems de quem presidiu o CONASS. Pode ser que o papel do CONASS seja de representação dos secretários de estado na gestão do sistema, mas acho que ele tem direito de ter mais.

Penso que ele precisa dialogar mais com a sociedade. Não é que seja obrigação, mas nós temos história para isso, temos coerência, temos legitimidade e temos produção. **Eu instigo o CONASS a abrir, a ser um vocalizador de questões que a sociedade possa dialogar.**

José Azenor Álvares da Silva



Nas bodas de prata eu daria dois tipos de mensagem. A primeira, dizer que nesses 25 anos, alguns companheiros que estiveram no CONASS, não estão mais aqui conosco, mas eles foram atores importantes que ajudaram a construí-lo, como Francisco Lopes, que foi num momento da década de 90, uma pessoa importantíssima para configurar o CONASS como um instrumento de interlocução entre os estados e o Ministério da Saúde. Reverenciar todos aqueles que ajudaram a construir o CONASS, desde o início até hoje.

O CONASS hoje é uma entidade que tem um respeito e uma credibilidade muito grande do Ministério da Saúde, tanto do ponto de vista político quanto da maturidade técnica operacional.

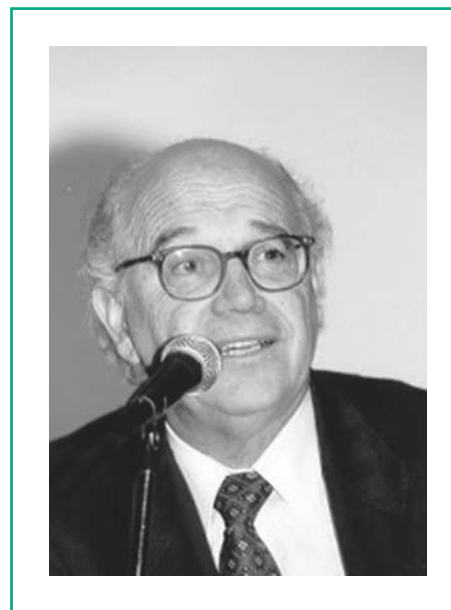
A segunda mensagem, é dizer que se solidifique cada vez mais o trabalho solidário com o Ministério da Saúde e com os municípios e que continue pautando as suas ações de forma crítica e reflexiva. Que ele estabeleça a sua relação com os demais gestores, sempre de uma forma profissional, respeitosa, sem fugir nunca daqueles que são os princípios que ele sempre defendeu e que seja magnânimo na hora de recuar, na hora de conceder.

Eu tenho certeza que com a racionalidade política, com a responsabilidade e consequência política e técnica do CONASS, nós vamos conseguir avançar mais ainda na consolidação do SUS.

José da Silva Guedes

Acho que é muito sério o trabalho do CONASS para construir o futuro. O CONASS tem uma enorme tarefa. É fundamental para nós não descuidarmos dessa politização da saúde.

A nossa grande missão é estar na frente de luta, representando a população na conquista de recursos e no aprimoramento técnico para cumprir nosso papel.



José Wanderley Neto

O CONASS tem e terá **um papel importantíssimo de formulador das políticas de saúde** e continua sendo muito importante como ponto de equilíbrio e de retomada do papel dos estados.

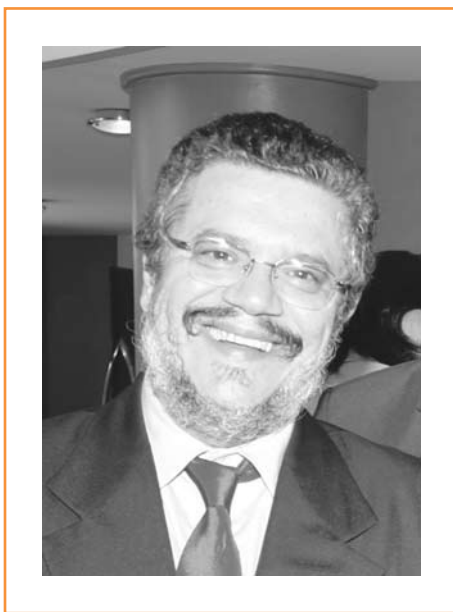
Júlio Müller

O grande desafio do SUS e do CONASS, que é parte desse grande sistema e um ator importante, é fazer o SUS acontecer como deveria e ser aquele sistema que realmente contemple as necessidades e as demandas do nosso povo, em busca dos seus direitos e de sua cidadania.

É um desafio muito grande, é um sistema universal, ao mesmo tempo é um sistema integral, quer dizer, ele preconiza que todos os níveis de assistência sejam garantidos, que a pessoa seja vista na sua totalidade, na sua globalidade. Enfim, isso evidentemente não é fácil, eu diria que é muito difícil.

Esse desafio não é uma questão só do CONASS, mas da sociedade brasileira, do povo brasileiro e da relação entre a sociedade e o Estado. É um problema que está acima do SUS, é um problema da relação entre o Estado e a sociedade e somente o povo, que é soberano, vai poder dizer o que quer e o que não quer do sistema de saúde.

Eu acho que uma coisa que enfatiza o CONASS é um pouco daquilo que falávamos na época do movimento estudantil: o CONASS somos nós, o CONASS é a nossa voz. Palavras de ordem da UNE que vale para o CONASS. É uma voz importante e um ator significativo na construção do SUS no Brasil e exemplo inclusive para outras áreas das políticas públicas em nosso país.



Jurandi Frutuoso Silva

O CONASS como instituição, composta por sua competente equipe técnica e por todos os Secretários Estaduais de Saúde, os que estão atualmente, os que já foram e os que virão, deve ser cuidado, protegido e construído de maneira responsável como vem sendo feito até aqui. **Que cada um possa colocar um pouco de si nesta instituição, e que se consiga, ao longo do tempo, transformá-la num farol da construção da política de saúde no Brasil.**





Lúcio Alcântara

O CONASS tem esse papel de tentar buscar posições consensuais entre os estados para servir também como uma instância de diálogo com os municípios e com o governo federal.

Do ponto de vista técnico, eu sempre defendi na época em que fui presidente, uma estrutura técnica para o CONASS para dar apoio às posições que precisávamos assumir. As posições políticas precisam de sustentação técnica, pois o embate político só pelo confronto, pelo conflito, não leva a resultados, quer dizer, ele não germina soluções. Então é importante ajudar a reconstituir essa trajetória, para que possamos entender melhor como evoluiu o processo.

Marcus Pestana

O CONASS é a voz dos estados frente à sociedade, frente aos gestores municipais e o gestor federal e tem um papel estratégico. O CONASS se caracterizou nesses últimos anos por uma ação consistente, densa, com um arcabouço teórico, com um fundamento muito rigoroso nas suas funções e posições muito coerentes. O CONASS deu uma enorme contribuição com a sua produção intelectual, formulação técnica e ação política, para repensar os gargalos do SUS e apontar novos caminhos dentro do Pacto de Gestão.

Hoje, o CONASS é reconhecido pela contribuição técnica. Tanto o Conasems, quanto o Ministério e todos os agentes relevantes da Saúde, como os sanitaristas, reconhecem a intervenção de qualidade que o CONASS teve durante todo esse período.



O CONASS renasce a cada ano revigorado. Os estados tiveram um momento delicado no SUS ao longo da década de 90, quando não havia clareza do seu papel. Houve um movimento de municipalização radical e uma crise de identidade nos estados. A própria realidade gerou o ambiente necessário para que esses dilemas fossem superados.

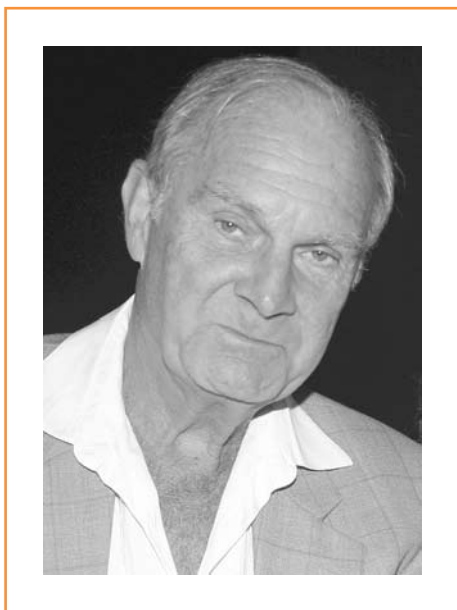
Tenho um profundo orgulho de ter presidido o CONASS, foi a minha escola de saúde pública. Foi no CONASS que consolidei a base necessária de conhecimentos, a partir das experiências dos diversos estados, da convivência com companheiros experientes e históricos na luta pelo SUS.

Desejo que aqueles que vão empunhar futuramente a bandeira do CONASS honrem essa história. Que tenham o vigor, a tenacidade e elementos de convicção para não desanimarem e levarem à frente essa luta que é necessária para a população brasileira. Não é possível pensar em cidadania plena, com todos os direitos garantidos a todos os brasileiros, sem pensar num sistema de saúde pública que ofereça qualidade, atenção humanitária, acolhimento e a configuração da conquista real dos princípios constitucionais.



Mourad Belaciano

O CONASS deve continuar na caminhada histórica do Sistema Único de Saúde, observando seus princípios e diretrizes. Para isso é importante que esteja bem definido o papel da União, estado e municípios.



Nelson Rodrigues dos Santos

Eu acho que a história do CONASS é extremamente rica e talvez das três esferas de governo, eu diria que hoje, pelo momento que passamos, é a esfera que está mais prenhe de futuro. O CONASS está mais prenhe de futuro, porque representa o nível de governo que mais se aproxima da visão regional desse país. Os estados tem uma posição inabdicável no processo de regionalização.

Rafael Guerra

O CONASS é um órgão indispensável ao SUS e precisa conservar seu papel de instância intermediária entre o nível federal e o nível municipal, sendo um dos grandes articuladores do pacto federativo na saúde e, sem dúvida, um motor para a implantação do SUS, para o avanço da municipalização com regionalização.

O CONASS tem um papel absolutamente definido. Tem que assumi-lo cada vez mais, não abrir mão dele, continuar unido e unindo os gestores estaduais na luta pelo SUS.



Ricardo F. Scotti



O CONASS passou a ser um ator presente na formulação do modelo assistencial do SUS, ou seja, no desenho de como ele se organiza na sua arquitetura. Teve sempre, nesses 25 anos, uma característica que se impõe, quando são 27 secretários de estados diferentes, de regiões diferentes e partidos políticos diferentes, que é um tratamento apartidário, do ponto de vista político.

O CONASS tem uma equipe técnica muito competente que além de formação teórica, têm experiência concreta: passaram por secretarias de estado, secretarias de municípios, por várias áreas do Ministério da Saúde.

O desafio do CONASS é manter a coesão dos três entes como gestores e o SUS como política de Estado, mais que de governos. Os maiores desafios em minha opinião são: a questão da comunicação com a sociedade e a questão dos recursos humanos.

Eu, realmente, tenho o CONASS como um espaço privilegiado de trabalho, com essa equipe. Acho que nós todos conseguimos entender esse espírito de uma entidade de mediação, de construção de consenso e propostas novas para o SUS, de uma forma democrática, de respeito aos outros entes, de profundo respeito ao usuário.



Zilda Arns

O trabalho do CONASS representa um grande apoio às Secretarias Estaduais de Saúde. **Quanto mais forte for o CONASS, melhor será o trabalho executado pelas secretarias.** Então, é realmente uma necessidade ter esse organismo. Eu gostaria de dar os parabéns ao CONASS. Passou por muitas dificuldades, mas tem uma história muito bonita e positiva. E gostaria que cada vez mais o CONASS não medisse esforços para que todos os estados ajudassem na descentralização do Sistema Único de Saúde, porque a saúde acontece nos municípios.

O CONASS é muito respeitado nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, e isso para mim sempre foi um ponto importante, porque, como trabalhei 34 anos em uma secretaria de saúde estadual, eu senti bem o peso de uma secretaria de saúde – se bem que no meu tempo não estava descentralizada para os municípios como hoje, com a criação do SUS. E sempre trocamos idéias e também eu, como fundadora e coordenadora nacional da Pastoral da Criança, sempre senti no CONASS um apoio muito grande e sempre procurei valorizar o CONASS porque são essas instâncias estrategicamente importantes para que as coisas aconteçam na base.

Conclusão

O livro **CONASS 25 anos** mostra a trajetória percorrida pelo Conselho e evidencia a sua importância nesse período, onde consolida-se como uma instituição fundamental para a saúde pública brasileira.

O CONASS tem crescido solidamente e se constituído em um espaço de formulação de políticas. Em conjunto com o Conasems e o Ministério da Saúde representa a vanguarda nas políticas públicas do Brasil.

Vejo-o como uma instituição em crescimento e um dos sustentáculos do SUS. Representa os estados formulando políticas, fortalecendo os secretários, permitindo um espaço aberto, democrático e inteligente de construção do Sistema Único de Saúde.

Penso que hoje o Brasil e aqueles que militam na área da saúde, vêem o CONASS como parte do tripé de discussão, de formulação e de pactuação e como uma das instituições mais fortes dentro do contexto da construção coletiva e solidária do SUS.

O resgate histórico e a comemoração de 25 anos vão fazer justiça a cada um que cooperou para que se desse ao país um Conselho tão forte, tão sólido e tão soberano. Mais que isso, demonstrar o quão importante é a união de pessoas para construir uma instituição que tem por objetivos defender os interesses dos cidadãos e os seus direitos.

O CONASS como instituição, composta por sua competente equipe técnica e por todos os Secretários Estaduais de Saúde, os que estão atualmente, os que já foram e os que virão, deve ser cuidado, protegido e construído de maneira responsável como vem sendo feito até aqui.

Que cada um possa colocar um pouco de si nesta instituição, e que se consiga, ao longo do tempo, transformá-la num farol da construção da política de saúde no Brasil.

Jurandi Frutuoso Silva

Referências Bibliográficas

BIOGRAFIA, biografias. **Revista Brasileira de História**. São Paulo: Unijui, v.17, n. 33, 1997.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOUTIER, J.; DOMINIQUE, J. (Org) **Passados recompostos**. Campos e canteiros da história. Tradução de Marcella Mortara [e] Anamaria Skinner. Rio de Janeiro: UFRJ, FGV, 1998.

BOURDIEU, P. **A ilusão biográfica**. In: AMADO, J.; MORAES, M. Usos & abusos da história oral. 4.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e Previdência: Estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HICITEC, 1981.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 2002.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2002. Brasília: Senado Federal; 2002.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990. Seção 1.

BRASIL. Decreto n. 1232, de 30 de agosto de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.82, n.167, p.13093, 31 ago.1994. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 9311, de 24 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.21877, 25 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n. 1, de 2 de janeiro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.86, n.3, p.13, 6 jan. 1998. Seção 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Cadernos CONASS**. Relatório da diretoria do CONASS na gestão do presidente Anastácio de Queiroz Souza e coletânea das oficinas de trabalho do CONASS no período de agosto de 1999 a outubro de 2000. Brasília, n.5, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Relatório de gestão da diretoria do CONASS**. Atividades e Resultados, abril de 2003 a abril de 2005. Brasília: CONASS, Documenta, n. 8, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS. Atividades e resultados: abril de 2005 a abril de 2006. Brasília: CONASS, **Documenta**, n. 11, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006.

BRESCIANI, S.; NAXARA, M. **Memória e (re)sentimento**: indagações sobre uma questão sensível. Campinas: Unicamp, 2001.

CAMPOS. G.W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CODATO, A. N. O golpe de 1964 e o regime de 1968: aspectos conjunturais e variáveis históricas. In:**História: questões e debates**. Curitiba: Ed. UFPR, ano 21, n.40, p. 11 – 36, jan/jun. 2004.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Cadernos CONASS**: Os Estados na construção do SUS , coletânea das oficinas de trabalho do CONASS no período de março de 1995 a março de 1996. Brasília : CONASS, n.1, 1998.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Cadernos CONASS**: Os Estados na construção do SUS, coletânea das oficinas de trabalho do CONASS no período de maio de 1996 a março de 1997. Brasília: CONASS, n. 2, 1998.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Cadernos CONASS**: Os Estados na construção do SUS, coletânea das oficinas de trabalho do CONASS no período de março de 1997 a março de 1998. Brasília: CONASS, n.3, 1998.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Cadernos CONASS**: Os Estados na construção do SUS, coletânea das oficinas de trabalho do CONASS no período de março de 1998 a março de 1999. Brasília: CONASS, n.2, 1999.

CONASS. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS/ Progestores, 2003.

CONASS. Relatório Final do 1º Seminário para Construção de Consensos - Preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: 2003.

CONASS. I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde. Brasília: CONASS, **CONASS Documenta**, n. 9, 2005.

CONASS. I Encontro do CONASS para Troca de Experiências. Brasília: CONASS, **CONASS Documenta**, n. 10. 2005.

CONASS. Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil. Brasília: CONASS, **CONASS Documenta**, n. 12, 2006.

CONASS celebra 20 anos. **Jornal do CONASS**, Brasília, ano VII, n. 40, dez, 2002.

COSTA, N. do R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origem das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1986.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2005.

SCOREL, S.; BLOCH, R. A. de. As Conferências Nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2005.

FERREIRA, M. de M.; AMADO, J. (org.). **Usos & abusos da história oral**. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

FERREIRA, M. de M. A reação republicana e a crise política dos anos 20. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 1993. Disponível em < <http://www.cpdoc.fgv.br/revista/arq/111.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2006.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 1993. Disponível em < <http://www.cpdoc.fgv.br/revista/arq/111.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

HOBSBAWM, E. **Sobre história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/personalidades.htm>>. Acesso em 16 nov. 2006.

INSTITUTO BUTANTAN. São Paulo: 2006. Disponível em: <<http://www.butantan.gov.br/historico.htm>>. Acesso em 14 dez. 2006.

JATENE, A.D. **Medicina, saúde e sociedade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. ; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (orgs). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. **Os sistemas de serviço de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992;

MINISTROS encerram encontro de Secretários. **Gazeta do Povo**, Curitiba, p. 28, fev. 1982.

MINISTROS encerram CONASS. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 1982.

OLIVEIRA, J. A de A & Teixeira, S. M.F. **(im)previdência social 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1985.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata**, 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 03 nov. 2006.

PERISSINOTTO, R. M. **Classes dominantes e hegemonia na república velha**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1994.

PAIM, J. S. , FILHO, N. de A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

_____. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde – Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.3-15, 1989.

PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. *Ciência e cultura*, v.55 n.1, jan/mar 2003. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php>>. Acesso 18 nov. 2006.

SILVA, H. R da. Rememorações/ Comemorações: As utilizações sociais da memória. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 1, n. 44, p. 425-439, 2003.

SCHWARCZ, L. M. **História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SWAIN, T.N. **História plural**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.

TEIXEIRA, S. F. (org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

Documentação oral: entrevistas

ALCÂNTARA, Lúcio. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zeloí Ap.^ª Martins dos Santos. Fortaleza, 11 jul. 2006.

ARNS, Zilda. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zeloí Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 30 ago. 2006.

BELACIANO, Mourad. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zeloí Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 18 out. 2006.

CUPERTINO, Fernando. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zeloí Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 30 ago. 2006.

GUEDES, José da Silva. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zeloí Ap.^ª Martins dos Santos. São Paulo: 18 set. 2006.

GUERRA, Antonio José. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zeloí Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 30 ago. 2006.

GUERRA, Rafael. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zeloí Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 4 set. 2006.

JATENE, Adib. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 9 ago. 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Fortaleza, 10 jul. 2006.

MÜLLER, Júlio. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Cuiabá, 3 jul. 2006.

NETO, José Wanderley. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Maceió, 17 nov. 2006.

O'DWYER, Gilson Cantarino. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Rio de Janeiro, 5 jul. 2006.

PESTANA, Marcus. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Belo Horizonte, 2 ago. 2006.

RAGGIO, Armando. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. 21 jun. 2006.

SANTOS, Nélon Rodrigues dos. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 21 jun. 2006.

SILVA, José Agenor Álvares da. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 13 jul. 2006.

SILVA, Jurandi Frutuoso. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 4 out. 2006.

SCOTTI, Ricardo F. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Brasília, 15 set. 2006.

WAGNER, Gastão. Entrevista concedida a Prof^ª Dra. Zelo Ap.^ª Martins dos Santos. Campinas, 14 jul. 2006.

