



História da 8ª Conferência Nacional de Saúde

Oitava Conferência Nacional de Saúde Realizada de 17 a 21 de março de 1986, Brasília/DF

- ▶ Contexto Histórico
- ▶ Discurso de Roberto Figueira Santos, Ministro de Estado da Saúde
- ▶ Principais Temas
- ▶ A Conferência

Texto elaborado por Álvaro Nascimento, coordenador do RADIS/ENSP/FIOCRUZ.

Contexto Histórico

A pré-Constituinte da Saúde

O processo que culmina com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) remonta a antes da década de 70 e é acima de tudo o resultado de um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde. Originário nos grupos de profissionais que configuravam uma oposição às propostas para o setor implementadas pelos governos militares, o chamado "movimento sanitário" cresce e ganha consistência, ao mesmo tempo que avança na produção de conhecimento, na crítica ao modelo de política de saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população.

Sua importância política, antes negada e combatida, é reconhecida e suas bandeiras conquistam espaço de expressão com o processo de "abertura" democrática e com a flagrante falência do sistema e piora das condições de vida da população.

Entretanto, mesmo antes desse período, várias propostas gestadas e construídas no interior desse movimento já faziam parte do elenco de experiências, documentos e discussões que buscavam uma alternativa para as opções de governo até então implementadas.

Assim, algumas trajetórias visando atingir esse objetivo já vinham sendo trilhadas: do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) à frustrada promessa do PREV-SAÚDE, até chegar ao programa das AIS (Ações Integradas de Saúde), passando pelo plano CONASP, foram alguns dos mais importantes mecanismos implantados.

Instituições como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) sempre tiveram papel fundamental nesse processo, tendo sido cruciais nos anos cinzentos do obscurantismo impostos pelos governos militares.

Com o projeto da auto-proclamada "Nova República", aglutinam-se em torno dessas propostas as forças sociais e políticas comprometidas com o processo de mudança. Realizam-se várias reuniões para debater a saúde e o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) se manifesta em defesa da bandeira do Sistema Único de Saúde (SUS), antes vaga e pouco consistente, mas que começa aqui a traduzir-se em propostas concretas resultantes de diferentes estratégias.

A disputa pela posse da interlocução no setor saúde, que a essa época era também a disputa em torno da composição dos ministérios, se refletia, finalmente, no texto elaborado pela Comissão do Plano de Ação Governamental (Programa de Ação do Governo - Setor Saúde) que propõe a unificação do sistema por decreto, com uma transferência pura e simples de órgãos, configurando novo rearranjo institucional.

A questão passa, portanto, da coerência das formulações em nível técnico para a base de sustentação política e legitimidade dos agentes encarregados de torná-las realidade. As idéias debatidas ali não eram fruto daquele momento ou da conjuntura momentânea. Ao contrário, aquelas propostas tinham história e se sedimentaram numa longa trajetória de luta política.

Esse mesmo "movimento sanitário" nacional, através de trabalho político intenso e articulado, conquista alguns importantes postos de condução da política setorial, conseguindo uma articulação que atinge partidos políticos, organizações sindicais, associações de moradores e instituições do aparelho do estado. Estes fatos marcaram de forma importante a conjuntura do início do Governo Sarney (1985).

A preparação da 8ª CNS

A morte de Tancredo Neves, as relações de José Sarney com o PMDB e a reforma ministerial trazem incertezas. Esses movimentos de gangorra repercutem intensamente em todos os setores do Governo e a política de saúde não foi uma exceção.

O regimento interno especial da 8ª CNS determinava que a sua finalidade seria "obter subsídios visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para se debater a saúde na futura Constituinte".

As resistências à reformulação do sistema de saúde por decreto são então explicitadas. O Ministro Waldir Pires, da Previdência e Assistência Social, convoca os trabalhadores para a discussão e para a defesa de seus direitos, afirmando que essa mudança deveria passar pela Assembléia Nacional Constituinte. Carlos Santana, Ministro da Saúde, empunha a bandeira da unificação e anuncia a realização da Conferência.

O processo de preparação da 8ª Conferência foi então desencadeado através do estímulo e apoio à realização das pré-Conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral. Todos os estados brasileiros realizaram suas pré-Conferências, sendo que alguns tiveram várias conferências municipais antes do evento estadual, como foi o caso de Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará.

Estes encontros se constituíram, realmente, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional.

Assim, o "movimento sanitário" ampliou-se ainda mais e discutiu-se sobre saúde nos mais diferentes lugares e situações, como nunca anteriormente havia sucedido.

DISCURSO DE ROBERTO FIGUEIRA SANTOS, Ministro de Estado da Saúde

8ª CNS

Brasília, DF, 17 a 21/03/1986.

"O momento é decisivo. Por várias vezes, nas últimas quatro décadas, o governo do Brasil convocara anteriormente a Conferência, ao verificar a necessidade do reexame de aspectos vários da problemática da saúde. Na presente oportunidade, resultou a convocação das profundas alterações político-administrativas desencadeadas pelo Governo Sarney no último ano, com reflexos expressivos nos conceitos e na prática dos cuidados à saúde. A implantação da Nova República, com o que significou para o cidadão brasileiro, nas mais variadas componentes das suas condições de vida e trabalho, tem ensejado fecunda meditação sobre as diretrizes vigentes na nossa área de ação profissional.

Aproxima-se a instalação da Assembléia Constituinte, razão a mais e de fundamental importância para a convocação de uma Conferência que diferisse das anteriores na sua composição. Estamos, aqui reunidos, autoridades do governo nos níveis federal, estadual e municipal, juntamente com representantes de variados setores da comunidade, estes na condição de usuários dos serviços submetidos a debate.

Antes de implantar-se o Governo Tancredo-Sarney, estudiosos do assunto afinados com as idéias políticas vitoriosas, produziram documentos de mais alta valia, acerca das relações entre o Brasil que renascia e a saúde do seu povo. Transcorrido o primeiro ano sob a presente orientação política e administrativa, cabe a avaliação do progresso alcançado. Sem dúvida, mudou a ordem de prioridades do governo ao longo do ano. As áreas sociais, nelas incluídas a saúde, assumiram destaque que há muito tempo não lhes era atribuído, o que gerou conseqüências favoráveis na elaboração do orçamento do presente exercício.

Historicamente, havia-se estabelecido verdadeiro abismo de diferenças entre a gestão das medidas de ordem preventiva e as ações da medicina curativa. Não há qualquer exagero em dizer-se que estas diferenças têm sido altamente nocivas e injustas.

Sabem todos que as medidas preventivas têm sido financiadas com recursos do Tesouro, aos quais, recentemente, se agregaram parcelas oriundas do Finsocial. O desprestígio do desenvolvimento social, ao longo de muitos anos, resultara na destinação de escassas verbas e na atrofia de atividades de mais primordial importância para o bem-estar dos homens, mulheres e crianças deste País. A situação está sendo revertida em ritmo acelerado, para o que se tem contado com a excelente qualidade dos profissionais dedicados ao setor, em cujas mãos os recursos adicionais logo estarão dando elevado retorno.

Paralelamente, atribuiu-se às ações da medicina curativa cobertura financeira proveniente da receita especial, arrecadada juntamente com o que se destina a outros benefícios da Previdência Social. O crescimento da população economicamente ativa, as conquistas lentas porém expressivas do operariado brasileiro, fizeram com que este dinheiro aumentasse em flagrante desproporção com o oriundo do Tesouro para as atividades e prevenção. E assim se criaram interesses de grande vulto e com raízes profundas.

Em defesa desses interesses, difundiu-se a idéia de que somente depois que a moléstia se instala, merecia a saúde do trabalhador ser cuidada com meios resultantes da contribuição direta do mesmo trabalhador. A prevenção da doença, as medidas de ordem profilática que asseguram a preservação da saúde, justamente as mais importantes e que deveriam

vir em primeiro lugar, não mereciam a aplicação das contribuições diretas do operário e deveriam ficar sujeitas à variável escala de prioridades adotada por governos que, por longo tempo, consideraram de escassa significação os problemas sociais. Sei que muitos, em total boa fé, entendem que a prevenção deveria ser tarefa "do governo", com verbas provenientes da arrecadação dos impostos, como se estes benefícios só indiretamente atingissem os trabalhadores. Estamos convictos de que esta noção é equivocada. Mesmo que a controvérsia se acentue no começo, é necessário que o debate se aprofunde e os argumentos sejam trazidos à tona, entre técnicos e usuários dos serviços de saúde. Porque se há de demonstrar que advirá economia no uso das contribuições dos trabalhadores, caso parte maior delas se destine à prevenção. É muito mais barato preservar a saúde – qualquer que seja a fonte de recursos – de que curar a doença, ou seja, do que restabelecer a saúde já abalada por falta de meios de preservá-la.

Muito bem aplicada estaria a contribuição dos trabalhadores em evitar que doenças como a malária se estendesse ainda mais do que já se espalhou pelo Brasil afora, e que a esquistossomose, o calazar, a febre amarela, a doença de Chagas e tantas outras endemias que enegrecem os indicadores de saúde do Brasil, viessem a atingi-los na segurança dos seus lares ou nos seus locais de trabalho. O rendimento de cruzeiros ou cruzados que se destinam a medidas preventivas é, indubitavelmente, muito maior do que a de aplicá-lo em medidas curativas.

Ateremos, agora, o curso do raciocínio e acharemos outro igualmente válido. Assim como os recursos do Tesouro, resultantes da arrecadação de impostos, têm servido para financiar as medidas preventivas, poderia o poder público, em nome da comunidade de que representa, estender verbas da mesma origem para financiar, em idêntica ordem de prioridades, as ações da medicina curativa. Aliás, pode até ser que a Constituinte venha a optar por fórmula nesta direção. Mas, o que não se pode entender, senão pela perpetuação do erro histórico evidente, é que se mantenha sob orientações diversas, correspondentes a fontes de financiamento inteiramente díspares, e quantitativamente desproporcionadas, a gestão de um dos setores mais essenciais à vida em sociedade. Foi o setor artificialmente bifurcado e danosamente diferenciado em parcelas que, na verdade, constituem um todo coerente e indivisível. São incalculáveis e irrecuperáveis os prejuízos para a saúde do povo brasileiro, acumulados ao longo de muitos anos pela perseverança em erro tão flagrante.

Ora, não faltará quem diga: mas isto já não é assim. A correção do erro já começou, e as Ações Integradas de Saúde aí estão para sanar as falhas do passado.

Sem dúvida, cumpre responder, as AIS estão na direção certa. Elas representam, na timidez com que estão sendo postas em prática até agora, como que um aprendizado válido para o convívio entre instituições que, a despeito dos seus objetivos comuns, nada tinham a ver umas com as outras, na gerência de serviços a seu cargo. Pode-se até entender que este aprendizado ocorra a passos lentos, porém não se deve considerar seja esta a solução definitiva. Fazemos votos para que a Conferência reconheça como imprescindível a unificação dos serviços de saúde, a curto prazo, e que assinale, de forma justa e com insofismável clareza, a fonte dos recursos que hão de sustentar a prestação destes serviços. A Assembléia Constituinte há de levar em conta os subsídios que lhe forem encaminhados por forum tão abalizado.

Com efeito, de nada adianta a unificação dos serviços caso parte destes continuassem a merecer financiamento oriundo da contribuição dos trabalhadores, de mistura com o que deles se arrecada para aposentadoria e pensão, enquanto as atividades preventivas, de relevância ao menos igual, continuasse sujeita às minguadas fatias oriundas do Tesouro Nacional.

Ora, dirão também, já não é tão negro o quadro, como foi pintado, porque nas Comissões Interinstitucionais de Saúde, pelo Brasil afora, estão se sentando à mesma mesa, em louvável processo de aprendizado, representantes de serviços que até bem pouco faziam questão de desconhecer-se reciprocamente, quando não se hostilizavam de forma aberta.

Cumpre responder: aumentaria enormemente o rendimento dos trabalhos destas comissões, e das que delas derivam os níveis local e regional, caso realizassem trabalho de baixo para cima, dando curso ao processo de **regionalização** dos serviços de saúde, sonho acalentado há tempos pelo pessoal da área. Não se havia, até agora, encontrado meios para sua implantação em larga escala. É esta a oportunidade preciosa, que não pode ser perdida. A SUCAM, organização modelar e insuficientemente conhecida mesmo entre os que são do ramo, dispõe de mapas de domicílios espalhados pelo Brasil afora, que facilitariam de muito a regionalização das unidades sanitárias com diversas vinculações administrativas. Quero, então, transmitir desta tribuna às Comissões Interinstitucionais do Brasil a seguinte mensagem de fé: REGIONALIZAR JÁ, e o resto virá depois, mais rápida, segura e tranqüilamente.

Muito mais tranqüilamente virão os programas de cobertura universal dos serviços de saúde, de municipalização, de distribuição de alimentos como ação de saúde, de reidratação oral, de imunização universal, de assistência integral à saúde da mulher, de distribuição de medicamentos aos carentes, de referência dos pacientes necessitados de atendimento

em níveis secundário e terciário, e tudo mais que se queira como ação curativa e preventiva.

Chegaríamos, assim, pela via da regionalização a cargo do CIS, à hierarquização dos serviços, assegurando a utilização correta, socialmente justa e criteriosamente dosada, das altas tecnologias médicas e das pesquisas operacionais. Se, em épocas pregressas, menosprezamos os cuidados primários e valorizamos por demais as tecnologias mais complexas, invertemos recentemente o discurso quando não a prática. E passamos a condenar os serviços equipados para as tecnologias mais avançadas, rotulando-os de luxuosos. Pouco importam, do ponto de vista da saúde pública, as instalações requintadas, as quais, podem, aliás, abrigar medicina de péssima qualidade, quer no tocante à técnica, quer no ponto de vista ético. Porém, importa muito à saúde do povo a hierarquização das unidades, de modo que os pacientes necessitados de cuidados especializados, qualquer que seja sua posição na sociedade, tenham ao seu dispor unidades equipadas e com pessoal afeito às tecnologias de ponto na área médica.

E a vocês, usuários dos serviços de saúde presentes a esta Conferência, a regionalização e a hierarquização das unidades permitirá participação muito mais direta no planejamento, no controle da qualidade, na gestão e na fiscalização das atividades que importam fundamentalmente à sua comunidade. A relação paciente-profissional-serviço de saúde torna-se muito mais humana quando o sistema opera segundo as normas de regionalização e de hierarquização. Este é o grande instrumento à disposição de vocês, de forma imediata e sem razões para resistências.

Algumas expressões foram citadas, com justificada insistência, na mobilização popular para a derrubada do regime anterior, e passaram aos documentos dos técnicos que contribuíram para as bases da Nova República. Uma delas foi a palavra "descentralização", como remédio para a abusiva e sempre crescente concentração de poder político, econômico e administrativo exercida àqueles tempos pelo governo federal.

Valeram-se governos passados de mecanismos firmados no sistema tributário vigente, para atingir os seus propósitos de autopropetuação no poder. Da receita fiscal arrecadada, sabidamente, reduzíssima parcela remanesca para aplicações que resultassem de decisão autônoma dos municípios. A parcela reservada à decisão dos governos estaduais, era igualmente pouco expressiva. A "parte do leão" ficava ao dispor do governo central, que distribuía a massa de dinheiro público segundo os critérios que convinhem aos seus objetivos políticos imediatos. Graças a esses critérios, o regime sobreviveu alguns anos mais, o suficiente para exacerbar a irritação popular e desencadear a reação quase unânime contra os manipuladores do processo.

Entre as matérias que a Assembléia Constituinte terá de examinar, estará, sem dúvida, reforma tributária que assegure aos estados e municípios poderes para decidir sobre a aplicação de recursos em maior percentual da receita, do que vem ocorrendo até agora. O município, a verdadeira "célula" política da nação, poderá então se desincumbir de tarefas que lhe deveriam corresponder, com liberdade de ação política, sem receios de ameaças do poder central e dos que o representam localmente, e, assim, prestar serviços da sua área de competência, realizando-os com maior eficiência e melhor produtividade.

Poder-se-á então falar com firmeza em descentralização e em municipalização dos serviços de saúde, trazendo indiscutíveis benefícios à generalidade dos cidadãos.

Enquanto aguardamos providências deste porte, as medidas postas em prática, mesmo as que estiverem no rumo certo, terão de ser paliativas, ou servirão ao nobre propósito de experimentar o mérito de várias fórmulas, para escolher mais tarde as que se tornarão duradouras. Cumpre, porém, desencadeá-los logo, porque assim nos adelantaremos, e quando ocorrer a esperada reforma tributária, mais prontamente absorveremos as imensas vantagens que dela advirão.

É tempo de encerrar. O momento é feito para o debate e não comporta o monólogo prolongado. O momento é de esperança e confiança na participação de todos em busca do melhor. O momento é de certeza de que as mudanças reclamadas pelo povo nas ruas e praças do Brasil aliviarão dos erros do passado também a área da saúde. Construiremos o futuro, resgatando a dívida social herdada, com a mesma coragem demonstrada pelo Presidente Sarney à frente da nação brasileira, ao combater as causas da deterioração da economia nacional. Povo sadio é povo feliz. E a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Principais Temas

O temário da Conferência propunha três questões cruciais: "Saúde como dever do Estado e direito do cidadão", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento setorial". Algumas propostas, que tinham longa trajetória de debate no campo da antiga oposição em saúde, encontram, agora, diferentes percepções e alternativas, uma vez que eram submetidas à discussão pelas diversas representações da sociedade civil, das instituições oficiais e dos partidos políticos.

Optou-se assim pela discussão das diretrizes da política de saúde global, que orientasse, na continuidade do debate, as discussões sobre os temas específicos. Estes, em número de 22, teriam o seu debate nacional

realizado posteriormente, enfatizando a implementação da política setorial proposta naquelas ações que lhe são próprias.

A Conferência

Superando todas as expectativas e estimativas feitas anteriormente, mais de quatro mil pessoas participaram da Conferência, em jornadas de discussão que duraram até 14 horas. Destes, mil eram delegados escolhidos e/ou indicados pelas instituições, organizações e entidades como seus representantes.

Esta forma de organização concretizou a proposta do debate democrático, possibilitando que os representantes da sociedade civil organizada sentassem à mesma mesa de discussão com técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos. Por outro lado, o confronto de opiniões e de idéias entre produtores de serviços de saúde e consumidores foi outro fato que materializou o processo de construção da democracia que se pretendia. Essa organização, portanto, marca toda a diferença e dá o principal tom à 8ª Conferência.

A definição desta representatividade obedeceu aos seguintes critérios: 50% dos delegados (500) eram representantes das instituições (públicas, estatais, educacionais, de pesquisa, etc.) e os outros 50% da sociedade civil.

A distribuição de vagas entre as organizações da sociedade civil se fez da seguinte maneira: entidades, associações e órgãos de representação de produtores privados de serviços de saúde com 15% das vagas; entidades das diversas categorias de profissionais do setor saúde com 20% ; sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais com 30% ; associações de moradores com 10%; entidades comunitárias e outras entidades civis com 20% e partidos políticos com 5%. Quanto às outras instituições, a distribuição foi a seguinte: nível federal com 50% (Ministério da Saúde - 16%; MPAS - 16%; Ministério da educação - 8%; outros Ministérios e órgãos - 10%); nível estadual com 22%; nível municipal com 18% e parlamento com 10%.

O comparecimento do Presidente José Sarney e de várias personalidades políticas como Waldir Pires (Ministro da Previdência), Carlos Santana (Saúde), Ulisses Guimarães (Presidente do PMDB e mais tarde da Constituinte), Pimenta da Veiga (Líder do Governo) e Almir Pazzianoto (Ministro do Trabalho) conferiu ao evento legitimidade política inquestionável. Em seu discurso, Sarney disse que "(...) o Governo, que fez da opção social sua meta prioritária, tem a obrigação de fazer da saúde dos cidadãos um bem tutelado pelo Estado e pela sociedade. (...) Aqui definem-se os rumos de uma nova organização do sistema de saúde

no Brasil (...) Faço votos de que esta Conferência (...) há de representar a pré-constituente da saúde no Brasil".

Ao contrário das conferências anteriores, não houve um documento base a ser apresentado, discutido e aprovado, mas sim vários documentos, que foram encomendados pela Comissão Organizadora a técnicos e estudiosos do setor, para que servissem de subsídio e trouxessem informações à discussão.

O Relatório final da 8ª Conferência traduziu as principais conclusões predominantes na quase totalidade dos grupos de trabalho, que foram aprovadas por expressiva votação na plenária final.

Materializaram-se sem maiores dificuldades o consenso em torno da conceituação de saúde, seus determinantes, sua incorporação ao direito da cidadania, o conseqüente dever do Estado, a criação do Sistema Único de Saúde, a interdependência entre política social e econômica (com os entraves existentes no caso brasileiro), assim como a caracterização dos serviços de saúde como bens públicos e essenciais, propondo-se várias alterações no relacionamento com o setor privado.

Algumas divergências surgiram em torno da estratégia de constituição do SUS e estabeleceu-se uma grande polêmica sobre a intervenção do Estado e o caráter estatizado ou não do novo sistema.

A ausência do setor privado, que uma semana antes da abertura da Conferência resolveu boicotá-la, não comparecendo, não impediu que se discutisse seu papel e as formas de relacionamento e controle necessárias para se garantir mais eficácia e eficiência no atendimento, assim como para impedir as fraudes.

Para que o esforço empreendido e as expectativas criadas na 8ª tivessem valido a pena, era imprescindível desdobrar os efeitos positivos conseguidos com a articulação de forças sociais e com a ampliação do debate sobre saúde. Infelizmente, as forças ali reunidos não foram capazes de vencer as resistências à implementação das medidas propostas.

De qualquer forma, a 8ª cumpriu duas tarefas: uma, imediata, de esclarecimento e consolidação da política setorial do governo. E a outra, de afirmação de um conceito sobre a Reforma Sanitária, que então se pretendia viabilizar e desencadear com a Constituinte.



**Copyright©2001- 2003 Departamento de Computação Científica -
DCC/CICT**

