

As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)

The National Health Conferences, after the implementation of the National Health System (SUS)

Las Conferencias Nacionales de Salud, después de la implementación del Sistema Único de Salud (SUS)

Liliane Lopes Andrade¹
Andrecinda Rocha de Moraes Pina²
Isabella Cristina Fernandes da Silva³
Karina de Moraes Gomes⁴
Thaiana Cirqueira Gonçalves⁵

RESUMO

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), desde quando foram instituídas em 1937, sofreram profundas mudanças ao longo dos anos. Elas são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do Sistema Único de saúde (SUS) e a propor diretrizes para formulação das políticas de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. A

1 Bacharel em Biomedicina (Centro Universitário de Brasília UniCEUB). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília).

2 Graduada em Ciências Econômicas (UCB/DF). Graduada em Direito (UCB/DF). Especialista em Direito Público (Faculdade Processus/DF). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília).

3 Bacharel em Biomedicina (Centro Universitário de Brasília UniCEUB). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília).

4 Bacharel em Biomedicina (Centro Universitário de Brasília UniCEUB). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília).

5 Bacharel em Biomedicina (UCB/DF). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília).

obrigatoriedade da realização das Conferências foi mantida quando a Lei n. 8142 as consagrou como instâncias colegiadas representantes dos vários segmentos da sociedade. A 8ª CNS representou o marco de uma nova era para a saúde no Brasil por alterar a composição dos delegados, incorporar a participação da sociedade civil e aprovar as diretrizes para a criação do SUS. As Conferências seguintes vieram, em sua essência, para reafirmar princípios, aprimorar e solucionar possíveis problemas do SUS. A intenção é também construir uma agenda de ações que busquem a consolidação do Sistema, para enfrentar os desafios existentes, procurando garantir a qualidade de vida. A última Conferência foi a 14ª, em 2011.

Palavras-chave: Conferências de Saúde; SUS; Política de Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The National Health Conferences (CNS), since its establishment in 1937, has undergone profound changes over the years. It was

implemented to examine the advances and backsets of the Unified Health System (SUS) and propose guidelines for the formulation of health policies at local, state and national levels. The Conferences were maintained as obligatory when the Law n. 8142 consecrated them as collegiate institutions representative of all segments of society. The 8th CNS represented a milestone towards a new era for health in Brazil by changing the composition of the delegates, incorporating the participation of the civil society and adopting guidelines for the creation of the SUS. The following Conferences essentially, came to reaffirm principles, make improvements and troubleshoot potential problems of the SUS. The intention was also to build an agenda for action to seek the consolidation of the system and to address existing challenges, while ensuring the quality of life. The last conference was the 14th, held in 2011.

Keywords: Conferences of Health; SUS; Health policy ; Quality of life.

RESUMEN

Las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) en Brasil, desde cuando fueron instituidas en 1937, sufrirán cambios profundos a lo largo de los años. Son espacios destinados a analizar el progreso y retroceso del Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil y proponer directrices para la formulación de políticas de salud a nivel local, estatal y nacional. La obligatoriedad de realización de las Conferencias fue mantenida cuando la Ley n. 8142 de la Constitución Brasileña, consagró como instancias colegiadas representantes de diversos sectores de la sociedad. La octava CNS representó el marco de una nueva era para

la salud en Brasil, por alterar la composición de los delegados, incorporando la participación de la sociedad civil y aprobar las directrices para la creación del SUS. Las Conferencias siguientes vinieran, en su esencia, para reaffirmar principios, perfeccionar y solucionar posibles problemas del SUS. La intención es también construir una agenda de acciones que van buscar la consolidación del Sistema, para hacer frente a los desafíos existentes, buscando garantizar la calidad de vida. La última Conferencia fue la decimocuarta, en 2011.

Palabras clave: Conferencias Nacionales de Salud; SUS; Octava CNS; Reforma Sanitaria.

INTRODUÇÃO

O presente artigo objetiva analisar o papel desempenhado pelas Conferências Nacionais de Saúde a partir do texto de Sarah Escorel e Renata Arruda de Bloch – As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS.

Dando prosseguimento ao estudo, registra-se que até o momento foram realizadas 14 Conferências, desde a instituição em 1937, computando-se um período de 76 anos. No entanto, no início o espaço era voltado somente às esferas intergovernamentais, permanecendo até o reconhecimento da saúde na Constituição Federal de 1988, como um direito de todos e dever do Estado, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hoje, as Conferências acontecem a cada quatro anos e os debates giram em torno dos desafios para a legitimação do Sistema como política pública universal e para a garantia de acesso aos serviços com equidade, integralidade e melhor qualidade. A ampliação das práticas

de controle social e a disposição de processos democráticos e participativos de entidades e movimentos sociais também estão na pauta das discussões atuais.

Assim, as Conferências de Saúde, a partir de 1988, ocupam no SUS o *status* de instância máxima da participação popular. Assumindo a função de definir as diretrizes para as políticas de saúde, através da participação dos diferentes atores e segmentos sociais¹.

Tal estudo torna-se importante pela relevância na verificação de cinco momentos importantes do desenvolvimento do setor de saúde no Brasil, a saber: Sanitarismo Clássico (1ª e 2ª -1941 a 1962), Transição (3ª e 4ª - 1963 a 1974), Modernização Conservadora e Planejamento Estatal (5ª a 7ª -1975 a 1985), Reforma Sanitária (8ª e 9ª -1986 a 1992) e Consolidação do SUS (10ª a 12ª -1996 a 2003)¹.

Por meio desta análise será possível observar como o Estado brasileiro, tem se estruturado através de suas conformações e como ele se relaciona com os setores da sociedade nos diversos momentos de sua história. Assim, será possível conhecer os passos dados para a construção do modelo sanitário brasileiro e as medidas legais necessárias a sua consolidação².

Para tanto, as Conferências Nacionais de Saúde serão estudadas numa perspectiva histórica linear, desde a primeira Conferência Nacional de Saúde até a décima quarta, elencando as Conferências Nacionais de Saúde realizadas a partir da assembleia constituinte de 1988.

O QUE MUDOU NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE APÓS O SUS?

Desde que foram instituídas, em 1937, as CNS sofreram profundas mudanças ao longo do tempo. Todas em menor ou mais intensidade interferiram nas políticas de saúde e no Sistema Nacional de saúde. O papel atribuído às conferências, durante a sua institucionalização, foi o de promover o intercâmbio de informações, e por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros. Não há qualquer menção a processos deliberativos³.

Antes do SUS as conferências eram muito fechadas, estavam mais próximas de um encontro técnico de administradores do Ministério da Saúde, o projeto do Estado para a saúde era baseado em pontos de vista médicos. Nos anos seguintes houve uma transição (1963 – 1974), as conferências foram realizadas em um momento político de intensa discussão sobre o rumo do país e o governo estava disposto a compartilhar as decisões de forma aberta. Porém, em 1964, houve a instauração da ditadura militar e as conferências voltaram a ter um caráter técnico.

As Conferências de Saúde, a partir da 8ª CNS e, formalmente a partir da Lei 8.142/90, constituem parte do processo de Reforma Sanitária. A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil⁴.

A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada democracia.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição que começaram a colocar em seus programas, a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil⁴.

8ª CNS “A Pré-Constituinte da Saúde”

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em março de 1986, contou com a participação de 5 mil pessoas, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada. A 8ª CNS resultou da negociação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, em virtude do impasse entre os dois ministérios quanto ao aprofundamento da Reforma Sanitária, especialmente a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde⁵.

Tanto o temário quanto o espectro social contemplados na convocação da conferência, demonstram a intenção de ampliar o debate setorial e realizar um maior acúmulo de forças para viabilizar a Reforma Sanitária que vinha sendo formulada e propagada pelo movimento sanitário, entre cujos técnicos e líderes figurava Sérgio Arouca, presidente da Fundação

Oswaldo Cruz – Fiocruz e, não casualmente, presidente da 8ª CNS. Esta se configurou, pois, como uma “Constituinte da Saúde”, demarcando um novo período na história da saúde no país⁵.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. A assembleia constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor⁴.

A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil

eleitores, representando cento e sessenta e sete (167) entidades⁴.

Saúde como direito

Em seu relatório, o tema da participação é apresentado como uma das condições de garantia do direito à saúde, sendo compreendido como “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população”. Nota-se que o controle abrange desde a formulação à concretização (gestão e avaliação) das “políticas sociais e econômicas”, não sendo dito tratar - se especificamente do controle sobre as políticas de saúde. Deste modo, o direito à saúde é apresentado como dependente do controle das políticas estatais. Isso demonstra uma concepção ampliada de política de saúde, na qual esta não é restrita às questões setoriais e abarca em suas implicações, a intervenção do Estado na sociedade e sua concretização como política pública¹.

Foi a 8ª Conferência em 1986 que marcou a história da saúde pública no Brasil, uma vez que consolidou as diretrizes de universalidade, integridade e equidade, valorizando mais a medicina preventiva do que a medicina curativa (característica principal da prestação de serviço de saúde até a década de 70). Essa conferência também demandou por um serviço de saúde unificado e descentralizado. Unificado no que tange a regulamentação administrativa geral das ações e serviços de saúde no âmbito público ou privado e descentralizado no âmbito político e administrativo de cada esfera do governo⁶.

Assim, a saúde é reafirmada como um “conceito amplo” e o direito à saúde é

ênfático como “conquista social”, cujo pleno exercício implica garantir, entre outros pontos, “a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”. Essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, de tal modo que o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde afirma que, para assegurar esse direito a “toda população brasileira”, ou seja, o direito universal à saúde considera-se imprescindível “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios”⁶.

Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Para implementação das deliberações da conferência, esta propôs a criação, pelo Presidente da República, de um grupo executivo da Reforma Sanitária, para ordená-la. Resistências no âmbito do próprio governo inviabilizaram a proposta, substituída pela criação, através de Portaria Interministerial, de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, de natureza “consultiva”, com atribuições de formular sugestões para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde. Composta de forma paritária (12 representantes governamentais e 12 representantes da sociedade civil – nestes se incluíam centrais sindicais, federações profissionais, confederações empresariais, entidades de prestadores privados), a CNRS funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987. No curto espaço de tempo de sua atuação, dedicou-se ao aprofundamento do Relatório Final da 8ª CNS, à sistematização de propostas e à articulação nacional do movimento sanitário, com atenção para o poder legislativo, pois estava se iniciando o processo constituinte⁵.

Dois documentos condensam as atividades da CNRS: “Proposta do conteúdo Saúde para a Constituição”, em que se reafirma o “direito de controle”, a ser operacionalizado com a participação das entidades representativas da sociedade civil, na formulação do controle da política e das ações de saúde em todos os níveis; “Proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”, em que se configura o formato institucional da participação, em sete pontos: (a) o princípio da gestão participativa; (b) a expectativa de que a participação resulte em efetivo poder de controle das ações e serviços da rede nacional; (c) o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, vinculado a um novo Ministério da Saúde, com atribuições de formulação e controle da Política Nacional de Saúde, propondo-se conselhos estaduais e municipais com atribuições correspondentes; (d) a instalação de um conselho comunitário, em cada 50 unidades de prestação de serviços de saúde, com atribuição de controle e fiscalização; (e) o funcionamento de um conselho de administração em cada unidade de prestação de serviço de saúde, integrado por dirigentes e funcionários da unidade; (f) a subordinação dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, a um novo Ministério, às Secretarias Estaduais e Municipais, com administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde correspondentes; e (g) a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais de saúde e do governo esta dual nos conselhos municipais, bem como a representação dos governos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde e dos governos municipais nos conselhos estaduais de saúde⁷.

Percebe-se que a institucionalidade propugnada pela CNRS é desenhada como um conjunto de anéis burocráticos com ênfase no modelo de arcabouço institucional do setor para o cumprimento dos objetos almejados: universalidade e equidade na construção do direito à saúde, sob a responsabilidade de um Sistema Único de Saúde com comando único em cada esfera de poder, e sob égide do setor público⁸.

Financiamento Setorial

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado⁹.

O relatório da 8ª Conferência retrata Também quanto à questão orçamentária, a participação é colocada como estratégia de definição e de concretização de políticas, através da indicação de que “os fundos de saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a

participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada”. Esse aspecto pode ser observado não somente no que tange às políticas de saúde, mas também no que remete às políticas previdenciárias, mesmo porque a concepção de política pública que embasa o relatório não se pauta na delimitação estrita a partir dos setores de intervenção⁶.

Nesse sentido, defende-se a diretriz de desvinculação orçamentária da saúde em relação à previdência social, sendo dada ênfase à administração dos recursos da previdência pelos trabalhadores, através da determinação de que “o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos”⁶.

9ª CNS “Municipalização é o caminho”

As conferências Nacionais de Saúde, a partir de dois marcos históricos importantes, a 8ª Conferência em 1986 e a promulgação da Constituição Federal em 1988, passam a apresentar uma nova característica: uma possibilidade de participação social na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS. Essas Conferências atingiram dimensões expressivas de público e em relação à 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, foram quase três mil Delegados e Participantes Credenciados e mais de mil e quinhentos Observadores nacionais e internacionais¹⁰.

De acordo com seu Relatório Final em 14 de agosto de 1992, o tema central –“Saúde: Municipalização é o caminho”, foi analisado em reuniões e em debates de associações, sindicatos, igrejas, serviços, entre prestadores e

profissionais de saúde. Esse tema foi discutido não apenas sob o aspecto organizativo dos serviços de saúde, mas também enfocando sempre a saúde como qualidade de vida. A 9ª CNS traz em seu conteúdo, além do tema central, a corroboração dos princípios extraídos da 8ª CNS, os quais foram consolidados na legislação do SUS e os seguintes temas – Sociedade, Governo e Saúde, Controle Social, Seguridade Social e Implementação do SUS¹¹⁻¹².

A proposta da municipalização em saúde no Brasil tem uma história longa, muitas vezes confundindo-se com as lutas pela democracia, pela defesa do direito à saúde e pela conquista da cidadania plena¹³.

Nos anos 80, com os movimentos sociais pela democratização do Estado, surgiu um razoável empolgação com valores éticos e sociais de direitos de cidadania que resultaram na criação do SUS regidos pelos preceitos da Universalidade, Igualdade, Integralidade e Participação da Comunidade, os quais foram consagrados pela Carta Magna e Leis Orgânicas: nacional, estaduais e municipais. Como consequência houve explosiva inclusão de aproximadamente, metade da população que antes era excluída. A grande distorção que foi se distinguindo nos anos 90 foi que esta inclusão pautou-se na Universalidade e na Descentralização enfatizando a Municipalização, mas manteve esquecidas a Integralidade, a Igualdade, a Regionalização e a Participação dos Conselhos de Saúde na formulação de estratégias. Embora atrofiados no espaço da gestão, estes princípios continuam a serem perseguidos por trabalhadores de saúde, conselheiros de saúde, gestores locais e outros atores que se esforçam permanentemente em

efetivá-los¹⁴.

Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo³.

No final de 1992, o Ministério da Saúde tomou a decisão de procurar os caminhos para a real implantação do SUS, debatendo suas propostas por todo Brasil. Ele é o grande responsável pela estratégia nacional do SUS, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela promoção da sua descentralização. Ao Ministério cabe também a definição e a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional¹⁵⁻¹⁶.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em sua Portaria n. 545 de 20 de maio de 1993, aprova a criação da Norma Operacional Básica – SUS 01/93, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular, da assistência hospitalar e ambulatorial, e das diretrizes para os investimentos no setor¹⁷.

A NOB SUS 01/93, portanto, radicalizou a relação direta entre o nível federal e o municipal com o modelo de gestão semiplena, pois não só rompeu com a exigência do instrumento convenial para a transferência de

recursos, como preconizado pelas NOBs SUS 01/91 e 01/92, como também honrou com a transferência automática dos recursos federais aos fundos municipais³.

Segundo Levcovitz³, a concepção da NOB essencialmente “municipalista” criou uma falsa e forte oposição entre a redistribuição de funções entre esferas de governo, de natureza político-administrativa, e a estruturação funcional do sistema de serviços de saúde, de caráter operacional. Esta condição induziu a uma “complexificação” ainda maior da implementação do modelo sistêmico proposto no SUS.

Novamente em comparação com a 8ª CNS, observou-se que a 9ª CNS apresentou um maior nível de participação na esfera municipal, já que na anterior essa participação havia se concentrado mais nos âmbitos estadual e regional¹⁸.

10ª CNS “Construção de um modelo de atenção à saúde”

A 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada de 02 a 06 de setembro de 1996, em Brasília, foi representada por 1.260 delegados provenientes das Conferências Estaduais de todos os Estados da União e do Distrito Federal, antecedidas por quase 3.000 Conferências Municipais de Saúde. Sendo que, participaram das atividades da 10ª Conferência Nacional de Saúde, os delegados de entidades nacionais, 351 convidados e 1341 observadores¹⁹.

Os delegados da 10ª CNS reiteraram a diretriz de paridade da representação dos usuários nos conselhos e conferências, e sugeriram a

constituição de fóruns ampliados para que, anualmente, em todas as esferas do governo, avaliassem o “processo de implantação do SUS, o cumprimento das deliberações das últimas Conferências e ainda propor temáticas pertinentes para as próximas”¹⁸.

Esta Conferência surgiu pela necessidade de avaliação e aprimoramento do Sistema único de Saúde¹⁷. Observada no seguinte trecho da Carta da 10ª CNS:

Tendo como pano de fundo a necessidade da intensa mobilização e participação popular e a expressão combativa dos participantes na 10ª Conferência Nacional de Saúde, fica reafirmado, como decisivo, o caráter intangível desta Conferência, de instância máxima de avaliação da situação da saúde e formulação de diretrizes para a política nacional de saúde. Cabendo ao governo, comprometer-se publicamente com a implementação das suas resoluções, que terão consequência prática na medida em que haja um efetivo compromisso dos gestores em todos os níveis e o controle social democraticamente exercido pelos conselhos de saúde em todo o país (p. 09)¹⁹.

Tendo como base os presentes motivos para sua realização, e como tema central o título “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, foram discutidos os seguintes subtemas: “saúde, cidadania e políticas públicas”, com questões mais gerais voltadas à qualidade de vida dos cidadãos; “gestão e organização dos serviços de saúde”, onde constam desde as mais detalhadas e singelas recomendações até as mais abrangentes e complexas; “controle social na saúde”, que trata da consolidação e da ampliação do poder e da autonomia dos Conselhos de Saúde;

“financiamento da saúde”, com deliberações sobre a origem, a utilização, o controle e a fiscalização dos recursos financeiros do SUS; “recursos humanos para a saúde”, que dispõe principalmente sobre a política de administração e a formação da força de trabalho em saúde; “atenção integral à saúde”, com deliberações que aprofundam e consolidam novas dimensões para a atenção qualificada à saúde através do SUS¹⁹.

A estes temas, para a elaboração do relatório final, foram acrescentados à “Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde”, o primeiro manifesto público dos participantes sobre as questões da Conferência, e dois anexos: as “Deliberações sobre a Norma Operacional Básica nº 01/96” e uma tabela-síntese dos documentos citados no corpo do relatório, com o intuito de facilitar a localização de tais referências¹⁹.

Devido a isso, a instância máxima de deliberação do SUS, o Conselho Nacional de Saúde, vem pautando, nos últimos anos, discussões de temáticas sobre a informação e a comunicação em saúde. Visto que, a 10ª Conferência discutiu e apontou a necessidade de discussão mais aprofundada sobre o tema²⁰.

No conjunto, as deliberações da 10ª CNS seguramente aprofundam, consolidam e conferem irreversibilidade ao resgate dos valores sociais da solidariedade e à defesa, por toda a sociedade, dos direitos de cidadania, da qualidade de vida, das políticas públicas intersetoriais que ampliam a saúde e reduzem drasticamente as desigualdades sociais e os princípios e diretrizes do SUS e da Seguridade Social¹⁹.

11ª CNS “Efetivando o SUS”

A 11ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu sobre o tema “efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social”, realizada em dezembro de 2000, em Brasília-DF. Contou com a presença de 2.500 delegados e cerca de 180 coordenadores e relatores de grupo. A comissão executiva foi constituída por três únicos membros e o colegiado de coordenação era em sua maioria, membros do Conselho Nacional de Saúde^{3,21}.

Passado quatorze anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual deu início ao processo do Sistema Único de Saúde, foi possível constatar a melhora do sistema neste período, observado que foi conquistada as melhorias devido à movimentação social, mobilizações e lutas, e não devido aos mecanismos federativos das políticas públicas¹.

A 11ª Conferência teve o intuito de discutir a consolidação do SUS e o controle social. A nova meta agora era realizar a transição do sistema desintegrado e centralizado para a regionalização do sistema^{3,21}.

Esta Conferência Nacional de Saúde defendeu: a) a melhoria das condições de saúde visando à qualidade de vida. Aprimoramento das políticas sociais intersetoriais. b) Exercício da cidadania na saúde através do controle social da sociedade através das Conferências e Conselhos de Saúde. c) a 10ª Conferência Nacional aprovou a busca do financiamento definido e suficiente para a área de Saúde, com o objetivo de atender à demanda de recursos financeiros que viabilizem o Sistema, principalmente municipalmente. d) suspensão

e proibição de quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública. e) política de recursos humanos para o SUS, com o enfoque na profissionalização, na multiprofissionalidade, aprimoramento de serviços, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS; f) acesso universal à atenção integral, igualitária e humanizada, garantido o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos com aprovação de seus Conselhos; g) estruturação da atenção básica como um todo, efetivação do SUS juntamente com os princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional para que sejam respeitadas as competências de cada uma das esferas de Governo. Além disso, foi a primeira conferência em que apareceu o tema da humanização na atenção à saúde²¹.

Foram distribuídos roteiros temáticos para orientar a discussão, entretanto estes foram distribuídos no ato da inscrição. Os roteiros enfrentaram algumas críticas como academicismo e constrangimento, ao mesmo tempo foi evidenciado conhecimento sobre o tema em pauta pelos participantes, talvez pela experiência obtida com a implementação do SUS e a troca de informações dos diferentes segmentos representados. A discussão concluiu que os problemas do sistema são bem definidos assim como as propostas para enfrentá-los²².

Devido às grandes desigualdades sociais existentes no Brasil, como as diferentes distribuições de renda e as condições de vida que, se não boas, prejudicam a saúde

da população, a fusão das enfermidades da sociedade com as doenças características da pobreza e subdesenvolvimento³. A saúde é composta por vários fatores como a própria Constituição Federal nos relata: a garantia de emprego, salário, casa, comida, educação, lazer, transporte entre outros. Entretanto, a real situação brasileira é caracterizada pelo desemprego, pela péssima distribuição de renda e pela desnutrição, esses agravos comprometem a qualidade de vida e acarretam problemas à saúde da população.

Esse quadro compromete a busca da universalidade e da equidade devido à desigualdade no acesso ao sistema, condenando a maioria da população brasileira a um sistema de saúde ainda precário. O real quadro da situação sanitária brasileira as planilhas de custo e a acumulação e concentração do capital tinham bem mais valor que a própria vida da população²¹.

Os participantes da conferência entenderam que existia a ausência do Estado como articulador no processo de regionalização e de organização da assistência por nível de complexidade e da resolutividade das problemáticas²¹. Confirma-se tal entendimento quando da verificação da falta de infraestrutura; de profissionais especializados; de protocolos que orientem o médico e a equipe de saúde quanto aos procedimentos adequados; da carência de normas sobre procedimentos de integração intra e intersetorial; das dificuldades para marcação de consulta em serviços de média e alta complexidade. Tudo isso associado à desorganização dos serviços.

Por esse quadro os participantes da Conferência denunciaram a inexistência de

compromisso político de alguns entes com a saúde, que não dispõem recursos para remuneração de profissionais especializados e manutenção dos serviços, preferindo realizar a transferência dos pacientes para localidades vizinhas sobrecarregando principalmente as capitais. Há ainda aqueles municípios que ainda não possuem serviços de emergência de 24 horas e a inexistência de uma avaliação do desempenho do Sistema²¹.

A falta de um Plano Nacional de Saúde e de Planos de Saúde Estaduais e Municipais complica o rumo da política pública. O mecanismo de prestação de contas não permite o controle do financiamento como aplicação e acompanhamento dos resultados da execução²¹.

O enorme leque temático e a possibilidade de assuntos de âmbito municipal a serem discutidos novamente na conferência nacional acarretou um relatório de difícil concretização e sem que qualquer deliberação se sobressaísse sobre os demais como ideia central nesta conferência. O relatório se caracterizou por ser argumentativo e pela análise circunstancial das propostas discutidas^{1,3}.

Algumas propostas foram levantadas na Conferência com o intuito de sanar essa situação da saúde sanitária brasileira, como estabelecimento de repasse de recursos federais, alocação de recursos para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização no atendimento, diretrizes para modelos de atenção e de gestão do SUS, mecanismos de gestão sobre descentralização, regionalização e hierarquização, formação de pessoal e processos de educação para o sistema²¹.

12ª CNS “A saúde que temos e o SUS que queremos”

Realizada nos dias 07 a 11 de dezembro de 2003, em Brasília, no fim do primeiro ano do governo Lula, resultante de antecedentes articulações nas reuniões de fevereiro a março de 2003 do Conselho Nacional de Saúde. Esta Conferência foi intitulada “Conferência Sérgio Arouca”, nome do secretário de gestão participativa do Ministério da Saúde, à época, e presidente da comissão organizadora desta Conferência²³.

Nesse contexto, o Dr. Sérgio Arouca apresentou propostas para que o Conselho representasse o papel da comissão organizadora da Conferência e que esta fosse antecipada, pois segundo o seu entendimento as diretrizes e propostas aprovadas na Conferência serviriam de base para compor o novo Plano Nacional de Saúde do governo. Pela primeira vez as propostas oriundas das Conferências Estaduais foram a base de discussões da etapa nacional, que originaram os documentos discutidos nos grupos de trabalho da 12ª Conferência Nacional de Saúde, os quais resultaram em 900 emendas e mais de 4 mil destaques ao documento fora as moções^{23, 24, 25}.

Os delegados provenientes de todos os estados brasileiros trouxeram exatamente propostas na busca de soluções, para efetivação de um sistema de saúde de qualidade que atendesse os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS²⁶.

As discussões sobre “a saúde que temos e o SUS que queremos”, lema da Conferência, foram divididas em dez eixos temáticos: “direito à saúde”, “a seguridade social e a saúde”, “a

intersetorialidade das ações de saúde”, “as três esferas do governo e a construção do SUS”, “a organização da atenção à saúde”, “controle social e gestão participativa”, “o trabalho na saúde”, “ciência e tecnologia e a saúde”, “o financiamento da saúde”, “comunicação e informação em saúde”. Dos temas discutidos, o financiamento do SUS foi o que atraiu o maior número de participantes²⁷.

Na plenária final decidiu-se votar, apenas, as propostas mais polêmicas, como a descriminalização do aborto, a extinção do projeto de lei que regulava o Ato Médico e a forma de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde. “Com aplausos e apitos a plenária rejeitou as propostas do aborto e do Ato Médico e aprovou a contratação de agentes por processo seletivo público”²⁷.

Diante da abrangência dos eixos temáticos, a título de informação e elucidação dos fatos, segue abaixo um resumo de algumas propostas votadas e aprovadas durante as plenárias da 12ª Conferência Nacional de Saúde (quadro 1).

Os sinais de respeito pela 12ª CNS foram inéditos e significativos, prova disso foi que pela primeira vez na história das Conferências, a presidência da República esteve representada na realização do evento, com a presença do vice-presidente José Alencar na abertura e do

Quadro 1: Síntese de algumas propostas aprovadas

SÍNTESE DE ALGUMAS PROPOSTAS APROVADAS		
DIREITO À SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• Implementar reforma agrária que inclua atenção integral à saúde.• Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva.	conferências e garantir a participação de delegados estaduais e municipais nas conferências nacionais; capacitação continuada de conselheiros; conselhos devem incluir diferentes etnias e minorias; vetar conselheiros parentes de gestores e pessoas ligadas ao Executivo; estimular a participação do Ministério Público; entidades de empresários são prestadores, não usuários; eleger conselheiros em assembleias a cada dois anos; mandatos não devem coincidir com eleição de gestor; não pode a mesma pessoa representar a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos; a presidência não deve ser obrigatoriamente do gestor.	• Cumprir Constituição sobre destinação de recursos à saúde; destinar 12% para estados, 15% para municípios; União: 10% das receitas correntes.
A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• Manter os atuais ministérios da Saúde, Assistência Social e Previdência.	• Manter a CNS a cada 4 anos; I Conferência da Seguridade Social em 2005.	• Diminuir os recursos federais "carimbados" aos fundos de saúde; os recursos, inclusive investimentos e compra de medicamentos, devem ser repassados ao Fundo Municipal de Saúde.
A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• Criar agenda intersetorial para a saúde; ampliar o Programa do Leite, extensivo à área rural, indígena e quilombola; integrar as unidades básicas de saúde às escolas.	Eixo 7 – O TRABALHO NA SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• Jornada de 30 horas; regulamentar lei sobre agentes comunitários de saúde; rejeitar o Ato Médico; trabalho no SUS como carreira essencial de Estado; piso para todas as categorias do SUS.	• PAB estadual como forma de repasse fundo a fundo; financiamento tripartite para o PSF e repasse para equipes segundo densidade populacional; nos municípios com 100% de cobertura pelo PSF, a população registrada no SIAB será base de cálculo do PAB; aumentar PAB para municípios com menos de 30 mil habitantes; nos de população flutuante, garantir repasses proporcionais aos incrementos sazonais; contemplar a multidisciplinaridade nas equipes; ampliar o PAB para R\$ 20/habitante; garantir remuneração do SUS compatível com o custo dos procedimentos.
AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS <ul style="list-style-type: none">• Garantir a operacionalização das normas do SUS; reafirmar a autonomia e o comando único de cada esfera de governo.	Eixo 8 – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• Criar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e mecanismos de fomento à pesquisa.• Exigir a quebra de patentes de medicamentos e insumos segundo critérios epidemiológicos de urgência na saúde pública.• Criar mecanismos rigorosos de regulação do uso dos transgênicos.	Eixo 10 – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• CNS e MS definirão estratégias para maior visibilidade do SUS; reforçar a democratização da informação e da comunicação; garantir, nas três esferas, com prazos, compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS; viabilizar a rede de informação e de comunicação em saúde; realizar em 2005 a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde; definir recursos para Cartão Nacional de Saúde em todo o país.
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• Criar oficinas sobre alimentação saudável; produzir a multimistura; criar equipes multiprofissionais de atenção por concurso público.• Redefinir relação hospital universitário-gestor; proibir atendimento diferenciado para planos de saúde no SUS e nos hospitais universitários.• Estruturar o Programa de Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva; o MS deve assumir a atenção à saúde indígena.	Eixo 9 – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE <ul style="list-style-type: none">• Renegociar as dívidas externa e interna.	
CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA <ul style="list-style-type: none">• Gestores devem cumprir deliberações das		

Fonte: RADIS. 12ª Conferência Nacional de Saúde: a saúde que queremos (p. 10)²⁵.

presidente Lula no encerramento²⁵.

13ª CNS “Política de Estado e desenvolvimento”

A 13ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 2007, com vistas na Saúde e Qualidade de vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento. Os principais eixos de discussões nortearam os desafios a serem enfrentados para a promoção de ações efetivas no desenvolvimento de políticas públicas de saúde que garantam a

melhoria na qualidade de vida, considerando as prerrogativas estabelecidas nos Direitos Humanos²⁸.

Foram formalizadas moções com propostas para execução de ações de saúde, tendo como alça de apoio os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo a integralidade da saúde um ponto importante de discussão, em uma análise bem simplificada das primeiras conferências percebe-se um foco específico nos

temas apreciados, a 13ª CNS ampliou as áreas temáticas de discussão, contemplando temas intersetoriais e interdisciplinares. No Relatório da Conferência são apontados vários eixos de reflexão. Uma característica importante dessa conferência é a evidente construção de blocos setoriais, que discutem pontos específicos, que mesmo inter-relacionados com diferentes setores dos serviços públicos, concentram ações direcionadas a grupos sociais específicos^{28,29}.

14ª CNS “SUS na seguridade social”

Em 2011 foi realizada a mais recente CNS, com a participação de 2.937 delegados para explanar as 15 diretrizes, construídas de formas ascendentes pelos entes federativos e por esse motivo é considerada um marco importante dos movimentos sociais pela saúde. A 14ª CNS apresentou o chamado: Todos Usam os SUS: SUS na Seguridade Social, Políticas Públicas, Patrimônios do Povo Brasileiro. Apresentou propostas para mudanças organizacionais cujas primícias foram focadas na melhoria no atendimento dos serviços de saúde do SUS³⁰.

O relatório da 14ª CNS publicado recentemente, além das ações de saúde inovou o seu conteúdo principalmente nos temas relacionados à seguridade social. Esse tema é abordado de forma significativa trazendo para o centro de discussão as particularidades sobre o direito previdenciário social. Além disso, são retomados os temas ligados à participação social no controle do sistema de saúde e na gestão, buscando consolidar as propostas apresentadas durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde. A conferência aponta a relevância no processo de fortalecimento dos conselhos de saúde e a necessidade de integrar o cidadão no controle social³⁰.

A recente regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 constituiu um importante foco de discussão na 14ª CNS, principalmente devido ao subfinanciamento do sistema de saúde e a necessidade de implementação de políticas de educação permanente para gestores, trabalhadores e integrantes do controle social. Outro fator importante incluído nas mesas de debate dessa conferência é a necessidade de investir na valorização dos trabalhadores do SUS, na infraestrutura e na qualidade dos serviços de saúde³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da década de 30 do século XX o Brasil iniciou seu processo de modernização através de políticas de industrialização induzidas pelo Estado. Esse período tornou-se muito importante na produção e na alteração de políticas de saúde, pois no desencadear do processo de desenvolvimento da indústria, surgia a necessidade premente de uma melhora nos níveis de saúde da população, tal fato foi comprovado por meio da análise realizada a partir do texto, que fundamentou este estudo. O qual demonstrou como o Estado brasileiro foi demarcando seu território, inclusive, a partir de ações interiorizadas de saúde.

Observou-se como o país, no período compreendido entre 1930 até o início da década de 60, associou o processo de desenvolvimento econômico a um conjunto de políticas de saúde, obedecendo a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepunha a sua dimensão de política social.

Verificou-se que no período entre meados da década de 60 até 1988, ocorreram mudanças significativas na saúde, sem, no entanto romper

com a lógica do período anterior.

Salienta-se que foi a partir da década de 70, que o país assistiu ao intenso movimento de reforma sanitária para a democratização da saúde, entendida como direito universal garantido pelo Estado e sob controle público.

Importante se faz ressaltar que as autoras do texto-base “As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS” destacaram o papel da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) no governo Goulart, bem como da “Oitava” dada a sua importância e legitimidade, posto que foi a primeira Conferência Nacional de Saúde com ampla participação popular.

Apresentando as dificuldades para a realização da 9ª CNS, no governo Collor, o peso dos municípios nessa conferência e como o processo de *impeachment* do presidente da república influenciou na sua realização, pois o governo instalado era completamente alinhado ao Consenso de Washington de orientação neoliberal, e completamente avesso ao modelo de proteção social proposto pelo SUS.

Nesta conferência foi marcante o descompasso na linguagem entre os participantes e os gestores do sistema de saúde, isto é, houve uma clara tentativa, do então ministro da saúde, em devolver o caráter tecnicista da conferência, como era anteriormente.

Porém, o que se tem demonstrado a cada conferência, é que o setor privado pouco participa das conferências, destarte reafirma-se o caráter público da saúde como desejado e orquestrado a partir de 1988.

REFERÊNCIAS

1. GUIZARD *et al.* Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. *In: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004. p. 14-26.
2. PINA, A. R. de M. Análise Histórica da Proteção Social no Brasil no Período de 1930 a 1988. Brasília, MONOGRAFIA, UCB, p.2, 38-39, 1996.
3. LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *In: Ciências e Saúde Coletiva*, v.6, n.2. 2001. p. 269-291.
4. BRAVO, M. I. S. *et al* (Orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
5. FALEIROS *et al.* A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.
7. COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA – CNRS. Documentos II. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987.
8. COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. São Paulo: Lua Nova n. 19, novembro, 1989.

9. PEREIRA, L. C. B. A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995.
10. PINHEIRO, Marcelo; WESTPHAL, Márcia; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988). *In: Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.22, mar.-abr. 2005. p.449-458.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
12. JULIANI, Carmen; CIAMPONE, Maria. Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: A percepção de enfermeiros. *In: Revista da Escola de Enfermagem- USP*, São Paulo, v.33, dez,1999.p.323-333.
13. PAIM, Jairnilson. Reforma Sanitária e a Municipalização. *In: Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.1, n.2, 1992. p. 29-47.
14. SANTOS, Nelson. A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e Desafios após 20 anos. *In: Revista Saúde em Debate*, v.33, 2008. p. 1-17.
15. SILVA, Zilda. O Município e a Descentralização da Saúde. *In: São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v.10, n.3, 1996. p. 81-87.
16. MERCADANTE, Otávio. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545 de 20 de Maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 23 de Setembro de 2012.
18. ESCOREL, Sarah *et al in* LIMA, Nísia Trindade alli (org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
20. SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2012
21. BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2000.
22. ESCOREL, S. & LUCCHESI, P. XI Conferência Nacional de Saúde: algumas primeiras impressões. *Saúde em Debate*: Rio de Janeiro, v. 24, n.56, set/dez, 2000.
23. CASTILHO, C. C. 12ª Conferência Nacional de Saúde: pirotécnica, mas sempre fascinante. Porto Alegre: *Jornal da Rede Feminista de Saúde*: atenção integral à saúde da mulher, p. 01, set. 2005.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório consolidado para a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2003, p. 04.

25. RADIS. 12ª Conferência Nacional de Saúde: a saúde que queremos. 18: 8, 2004.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

27. RADIS. 12ª Conferência Nacional de Saúde: o início de uma nova política de saúde. 17: 11, 2004.

28. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Ministério da Saúde: Brasília, 2008. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. Acesso em: 15 set. 2012.

29. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde é desenvolvimento: esse é o desafio da 13ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012.

30. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf. Acesso em: 15 set. 2012

Artigo apresentado em: 25/02/2013

Artigo aprovado em: 17/03/2013

Artigo publicado no sistema em: 02/04/2013