



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**SARA CRISTINA CARVALHO CERQUEIRA**

**O CONASS E AS LINHAS DE CONSTRUÇÃO DO SUS:  
ANÁLISE POLÍTICA NO PERÍODO 2006-2016**

**SALVADOR  
JUNHO 2019**

**SARA CRISTINA CARVALHO CERQUEIRA**

**O CONASS E AS LINHAS DE CONSTRUÇÃO DO SUS:  
ANÁLISE POLÍTICA NO PERÍODO 2006-2016**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado em Saúde Pública.

Área de concentração: Planificação e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira

**SALVADOR  
JUNHO 2019**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

C411c Cerqueira, Sara Cristina Carvalho.

O CONASS e as linhas de construção do SUS: análise política no período 2006-2016 / Sara Cristina Carvalho Cerqueira. -- Salvador: S.C.C.Cerqueira, 2019.

208 f.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Conselhos de Saúde. 4. Relações Intergovernamentais. I. Título.

CDU 614.2

---



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

SARA CRISTINA CARVALHO CERQUEIRA

**O CONASS e as linhas de construção do SUS: análise política do período 2006-2016.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

**Data de defesa:** 03 de junho de 2019.

**Banca Examinadora:**

Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira - Orientadora - IHAC/UFBA

Profa. Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbóas – ISC/UFBA

Prof. Alcides Silva de Miranda – UFRGS

Profa. Luciana Dias de Lima – ENSP/FIOCRUZ

Salvador  
2019

Para Will e Marx (*in memoriam*),  
meus companheiros de jornada.

## AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de iniciar estes agradecimentos declarando minha gratidão a Deus por ter me conduzindo em todo o trajeto e ter me sustentando nos momentos mais difíceis do caminho, cumprindo as suas promessas (Êxodo 14:14) em minha vida. Ele providenciou pessoas especiais que contribuiriam com sua orientação, apoio e afeto para a elaboração desta tese, para quem gostaria de deixar registrado meu agradecimento:

À Profa Carmen Teixeira, por me incentivar a participar da seleção do doutorado e por sua orientação cuidadosa nos últimos quatro anos, tempo em que desenvolvemos uma amizade verdadeira e sincera. Ao Prof. Jairnilson Paim, por me acolher no grupo de pesquisa, pelo aprendizado no Seminário Avançado de Teoria da Planificação em Saúde e pelas contribuições valiosas na revisão do projeto e da tese.

Às professoras Ana Luiza Vilasboas, com quem aprendo desde a Residência em Medicina Social, e Monique Esperidião, pela sua gentileza constante, que juntamente com o Prof. Alcides Miranda (UFRS) integraram minha banca de qualificação e contribuíram com suas perguntas e sugestões para as mudanças efetuadas no projeto, e agora por aceitarem participar da banca de defesa. À profa. Luciana Lima (ENSP/Fiocruz) por aceitar o convite e com quem espero aprender durante a arguição da defesa desta tese.

Aos professores e colegas do doutorado do ISC pelo aprendizado e convivência sempre agradável, em especial, Catharina Matos, Luis Eugênio, Mariluce Bonfim, Lígia Vieira, Italo Aleluia, João Virgens, Larissa Barros, Thiago Parada e Elzo Pereira. Às colegas do grupo de pesquisa, Jamilli Santos, Tatiane Alencar, Camila Reis, Paloma Silveira, pelos momentos compartilhados. Agradeço, em particular, a Anunciação, Bia, Carla e toda a equipe da Secretaria de Pós-Graduação que me ajudaram a nunca perder os prazos acadêmicos.

Ao CONASS, em particular, ao Dr. Jurandi Frutuoso, pela autorização institucional e apoio durante a realização do trabalho de campo, viabilizando meu contato com os presidentes do período em estudo. Agradeço aos coordenadores, assessores e apoio administrativo por me fazerem sentir “em casa” durante o período de realização da observação e entrevistas, e principalmente, a Maria José Evangelista, pelos contatos posteriores, e Marcus Carvalho, por todo o material impresso disponibilizado.

Aos colegas da SMS Salvador por compartilhar os dilemas do trabalho no SUS e pelo apoio nos últimos quatro anos, particularmente, minha diretora Rosa Virginia Fernandes e a equipe da DEPG, Fátima Oliveira, Darlene Silva, Dulcelina Anjos, Aline Martins,, Alcione

Anunciação, Suzana Almeida, Dulcemy Costa, Leo e dona Rosinha. À Fatima Santos, pelos momentos de reflexão e de descontração.

Aos meus sogros, Maria e João, pelas orações e pelo amor, e às minhas cunhadas (os), sobrinhos (as) e primas pela torcida. Aos meus pais, José Luis e Solange, pela vida e pela paciência, e a minha avó Cota, pelo exemplo de resistência. A Daniel, meu irmão "gêmeo" e a Tica, por serem meus cúmplices desde a infância. A Will, meu companheiro de vida, pelo seu amor incondicional e por não me deixar desistir, e a Marx (*in memoriam*), meu fiel escudeiro, que com certeza faria uma festa se ainda estivesse por aqui.

### Um Apólogo

Era uma vez uma agulha, que disse a um novelo de linha:

— Por que está você com esse ar, toda cheia de si, toda enrolada, para fingir que vale alguma cousa neste mundo?

— Deixe-me, senhora.

— Que a deixe? Que a deixe, por quê? Porque lhe digo que está com um ar insuportável? Repito que sim, e falarei sempre que me der na cabeça.

— Que cabeça, senhora? A senhora não é alfinete, é agulha. Agulha não tem cabeça. Que lhe importa o meu ar? Cada qual tem o ar que Deus lhe deu. Importe-se com a sua vida e deixe a dos outros.

— Mas você é orgulhosa.

— Decerto que sou.

— Mas por quê?

— É boa! Porque coso. Então os vestidos e enfeites de nossa ama, quem é que os cose, senão eu?

— Você? Esta agora é melhor. Você é que os cose? Você ignora que quem os cose sou eu e muito eu?

— Você fura o pano, nada mais; eu é que coso, prendo um pedaço ao outro, dou feição aos babados...

— Sim, mas que vale isso? Eu é que furo o pano, vou adiante, puxando por você, que vem atrás obedecendo ao que eu faço e mando...

— Também os batedores vão adiante do imperador.

— Você é imperador?

— Não digo isso. Mas a verdade é que você faz um papel subalterno, indo adiante; vai só mostrando o caminho, vai fazendo o trabalho obscuro e ínfimo. Eu é que prendo, ligo, ajunto... Estavam nisto, quando a costureira chegou à casa da baronesa. Não sei se disse que isto se passava em casa de uma baronesa, que tinha a modista ao pé de si, para não andar atrás dela. Chegou a costureira, pegou do pano, pegou da agulha, pegou da linha, enfiou a linha na agulha, e entrou a coser. Uma e outra iam andando orgulhosas, pelo pano adiante, que era a melhor das sedas, entre os dedos da costureira, ágeis como os galgos de Diana — para dar a isto uma cor poética. E dizia a agulha:

— Então, senhora linha, ainda teima no que dizia há pouco? Não repara que esta distinta costureira só se importa comigo; eu é que vou aqui entre os dedos dela, unidinha a eles, furando abaixo e acima...

A linha não respondia; ia andando. Buraco aberto pela agulha era logo enchido por ela, silenciosa e ativa, como quem sabe o que faz, e não está para ouvir palavras loucas. A agulha, vendo que ela não lhe dava resposta, calou-se também, e foi andando. E era tudo silêncio na saleta de costura; não se ouvia mais que o plic-plic-plic-plic da agulha no pano. Caindo o sol, a costureira dobrou a costura, para o dia seguinte. Continuou ainda nessa e no outro, até que no quarto acabou a obra, e ficou esperando o baile.

Veio a noite do baile, e a baronesa vestiu-se. A costureira, que a ajudou a vestir-se, levava a agulha espetada no corpinho, para dar algum ponto necessário. E enquanto compunha o vestido da bela dama, e puxava de um lado ou outro, arregaçava daqui ou dali, alisando, abotoando, acolchetando, a linha para mofar da agulha, perguntou-lhe:

— Ora, agora, diga-me, quem é que vai ao baile, no corpo da baronesa, fazendo parte do vestido e da elegância? Quem é que vai dançar com ministros e diplomatas, enquanto você volta para a caixinha da costureira, antes de ir para o balaio das mucamas? Vamos, diga lá.

Parece que a agulha não disse nada; mas um alfinete, de cabeça grande e não menor experiência, murmurou à pobre agulha:

— Anda, aprende, tola. Cansas-te em abrir caminho para ela e ela é que vai gozar da vida, enquanto aí ficas na caixinha de costura. Faze como eu, que não abro caminho para ninguém. Onde me espetam, fico.

Contei esta história a um professor de melancolia, que me disse, abanando a cabeça:

— Também eu tenho servido de agulha a muita linha ordinária!

(Machado de Assis, 1994)



## APRESENTAÇÃO

Escrever uma tese é um trabalho tão difícil quanto o dos heróis (neste caso, heroína) gregos, com a diferença que ao final, quando concluíam, eles entravam nos *Champs Elysees*, um paraíso, enquanto esta pesquisadora, ao terminar, deve enfrentar a banca examinadora (o Tártaro?), lugar de onde só sairá após grande sofrimento. Assim, escrever uma tese é um ato sobretudo de coragem, ou de loucura, visto que muitos, ao final, já perderam a noção do tempo e do espaço, daí tantos relacionamentos desfeitos, amizades rompidas, pela indisponibilidade deste sujeito que encontra-se em estado permanente de retiro da sociedade e por isso, há quem diga que a tese deveria chamar-se "terapia do desapego".

Esta tese, entretanto, coroa um ciclo de 20 anos de relações de amizade e respeito construídas no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde iniciei minha trajetória na Saúde Coletiva no ano de 1998, quando ingressei na Residência MultiProfissional de Medicina Social, e posteriormente, realizei o Mestrado<sup>1</sup> em Saúde Comunitária, concluído em 2009. A finalização deste Doutorado em Saúde Pública, sob orientação da Profa. Carmen Teixeira, em 2019, é mais uma etapa nesta trajetória, e creio que os intervalos de 10 anos entre cada formação foram essenciais para meu amadurecimento como “sujeito epistêmico”, na medida em que, durante estes períodos, minha prática como sanitaria na SESAB/SMS provocava novas questões, estimulando o desenvolvimento do trabalho de investigação.

Assim, neste interim, passei a participar das atividades do Diretório de Pesquisa em Política, Planejamento e Gestão em Saúde, coordenado pelo meu orientador de mestrado, prof. Jairnilson Silva Paim, e por conta disso, acompanhei o processo de elaboração do projeto de criação da Rede de Pesquisadores da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS), responsáveis pela organização e implantação do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). Nesta perspectiva, me engajei no Grupo de Pesquisa de Análise de Política, e tenho

---

<sup>1</sup> Os anos do mestrado foram muito ricos por aprofundar meus estudos em saúde coletiva, além de viabilizar diversas oportunidades, a exemplo de minha participação na missão de estudos com a Universidade Nacional de Lanus, Argentina, em 2008. Durante o período da missão (01 a 31 de março) participei das atividades do programa de pós-graduação daquela Universidade em Buenos Aires, particularmente as aulas do Curso de Especialização em Gestão em Saúde e do Mestrado em Epidemiologia e Políticas de Saúde. O intercâmbio acadêmico foi bastante proveitoso e importante para a atualização dos meus conhecimentos na área de planificação e gestão em saúde, especialmente, na discussão acerca do planejamento nas organizações públicas de saúde, a partir da experiência daquela instituição e de seus pesquisadores. Possibilitou ainda a compreensão de como estava organizado o sistema de saúde na Argentina, e o acesso ao relato das experiências de assessoria e gestão desenvolvidas nos municípios de Moron e Moreno.

participado, desde 2014, do eixo de Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira, cujos participantes tem procurado investigar a ação política de sujeitos coletivos como o CEBES, ABRASCO, Ministério da Saúde, ANVISA, ANS, CONASS, CONASEMS, partidos políticos e movimentos sociais neste processo, particularmente no período 2003-2018.

Pela minha trajetória profissional na área da gestão do SUS, em especial, pela experiência de ter sido gestora de saúde em um município da região metropolitana de Salvador, foi quase um processo natural a opção pelo estudo da ação do CONASS na construção deste sistema, e daí o interesse do tema escolhido para o projeto do Doutorado. A elaboração do projeto de investigação foi, portanto, um desdobramento do projeto de pesquisa sobre a RSB desenvolvido no Eixo I do OAPS, delimitando o período do estudo de 2006 a 2016.

Durante a realização deste projeto, segui acompanhando a produção científica e as análises políticas sobre os desdobramentos dessa conjuntura, que confluiu para a agudização da crise, culminando com o impedimento da presidente Dilma Rouseff, e, na sequência, o Governo Temer, a partir do qual acentuou-se o processo de “desmonte” das Políticas de Saúde e do próprio SUS. É importante destacar que sigo acompanhando os fatos produzidos pelo CONASS e daí o motivo de, em alguns momentos desta tese, a análise destes fatos parecer extrapolar o período do estudo, porém, quando isso ocorreu procurei utilizar notas de rodapé a fim de facilitar o entendimento do leitor.

Esta tese encontra-se organizada em 8 capítulos: 1. Introdução, onde situamos o debate em torno do processo da RSB e a participação de atores políticos, entre eles o CONASS, no processo de construção do SUS; 2. Tese de investigação que apresenta a hipótese que orientou a pesquisa; 3. Objetivos; 4. Referencial Teórico; 5. Metodologia; 6. Resultados, organizados em três partes, quais sejam, breve histórico, organização e funcionamento do CONASS, ação política do CONASS no período 2006 a 2016, e articulação política do CONASS na condução do SUS; 7. Discussão, que abordou a racionalidade político, técnico e administrativa do CONASS, sua relação no conjunto da governança em rede, seu significado no Pacto Federativo e sua posição na rede de relações intergovernamentais e insterintucionais no SUS; 8. Considerações finais.

## RESUMO

CERQUEIRA, S.C.C. O CONASS e as linhas de construção do SUS: análise política do período 2006-2016. 2019, 208f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

Este trabalho analisa a ação política do CONASS, nos governos Lula e Dilma, a partir dos fatos produzidos no período, dos projetos defendidos e da posição política assumida em relação ao processo de construção do SUS. Trata-se de estudo de caso único (YIN, 2005), que toma como objeto a ação do CONASS no processo político em saúde no Brasil, no período 2006 a 2016, tendo como marco inicial a aprovação do "Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão" (BRASIL, 2006) e como marco final o processo de impedimento da presidente Dilma Rousseff em 2016. Foram utilizados como fontes de evidência, documentos elaborados pelo CONASS, entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves e o diário de campo da pesquisadora, construído durante o período em que vivenciou o cotidiano do trabalho da Secretaria Executiva do CONASS, em sua sede em Brasília/DF. Os resultados indicam a evolução do CONASS e a diversificação de suas funções, da representação política dos secretários de saúde no processo de condução do SUS ao nível nacional, ao apoio e cooperação técnica às SES para a formulação e implementação das políticas de saúde, no âmbito dos estados e em alguns municípios, constituindo-se, assim, em um ator político estratégico, capaz de produzir fatos importantes, em decorrência da sua capacidade institucional e de sua prática política. Nesse sentido, a análise da ação do CONASS no período estudado, evidencia o fortalecimento da governança (do SUS) em rede nos Governos Lula I e II (2006-2010), a despeito dos conflitos em torno do financiamento, na medida em que o CONASS atuou em consonância com o Ministério da Saúde e o CONASEMS, em diversos momentos, imprimindo, uma direcionalidade ao processo de implementação do SUS coerente com seus princípios e diretrizes. No entanto, no governo Dilma I (2011-2014) constatou-se o tensionamento da relação entre MS e o CONASS, decorrente, inclusive, de alguns fatos produzidos neste momento no âmbito do governo federal, que apontaram na direção contrária ou pelo menos distinta, daquela que vinha sendo defendida pelo CONASS. No governo Dilma II (2015-2016), as tensões se acumularam, a ponto de ameaçar a tessitura da rede pelo aumento dos conflitos entre os atores participantes do processo de governança do SUS. Neste processo, o CONASS adotou uma posição de defesa do "SUS constitucional", reivindicando a ampliação do Financiamento público para a saúde, apostando no fortalecimento da Atenção Básica e na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e outras medidas coerentes com a imagem-objetivo do SUS constitucional. No entanto, aderiu às propostas gerencialistas com relação à gestão das unidades complexas, a exemplo dos Hospitais (OS, PPP, Fundações, etc), assumindo, assim uma posição racionalizadora, diante da correlação de forças entre os atores governamentais que defendem o projeto mercantilista em contraposição aos movimentos e atores sociais que continuaram defendendo o projeto da RSB, revelando seu caráter pragmático.

Palavras-chave: Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Conselhos de Saúde; Relações Intergovernamentais.

## ABSTRACT

CERQUEIRA, S.C.C. The National Council for Health Secretaries (*Conselho Nacional dos Secretários de Saúde: CONASS*) and the construction of SUS: a political analysis of the 2006 - 2016 period. 2019, 208pp. Thesis (Doctorate in Public Health) - Institute of Collective Health. Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

This work analyses the political activities of the National Council for Health Secretaries (*Conselho Nacional dos Secretários de Saúde: CONASS*) under the Lula and Dilma governments, based on facts produced over the period, projects supported and its political position in relation to the construction of SUS. It is a single-case study (YIN, 2005), whose object is CONASS health policy activities in Brazil, between 2006 and 2016. Its initial milestone is the approval of the “Pact for Life in Defence of the Unified Health Service (*Sistema Único de Saúde: SUS*) and its Management” (BRASIL, 2006) while its final milestone is the 2016 removal of President Dilma Rousseff. Our sources of evidence were documents drafted by CONASS, semi-structured interviews containing key information and the researcher’s field diary, constructed during her time observing the daily work routines of the CONASS Executive Secretary in Brasília. The results suggest that, through its evolution and the diversification of sources, ranging from political representation from the health secretaries in the running of SUS at national level, to support and technical cooperation for the formulation and implementation of health policies provided to the State Health Secretaries, both at state level and in some municipalities, CONASS is constituted as a strategic political actor, capable of producing important facts arising from its institutional capacity and political practices. In this sense, an analysis of CONASS activities over the studied period provides evidence of the strengthening of (SUS) governance networks during part of Lula’s first and throughout his second mandate (2006-2010), despite conflicts about funding, since CONASS acted in accordance with the Ministry of Health and the National Council of Municipal and State Health Secretaries (*Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde: CONASEMS*) at several moments, providing direction for the implementation of SUS consistent with its principles and guidelines. However, in the first Dilma government (2011-2014), tension was evident in the relationship between the Ministry of Health and CONASS, arising from certain facts produced at federal government level at that time, which suggested a direction contrary to, or at least distinct from, that which CONASS had supported. During the second Dilma government (2015-2016), due to an increase in conflicts between the actors who participated in SUS governance, these tensions intensified to the point that they threatened the fabric of the network itself. The CONASS position was to defend a “Constitutional SUS”, demanding an increase in public health funding, based on strengthening Primary Healthcare and organizing Healthcare Networks, as well as other measures consistent with the image and objective of a Constitutional SUS. In the meantime, it adhered to the managerial proposals for the management of complex units, for example for the management of Hospitals (Social Organizations, Public-Private Partnerships, Foundations, etc.), thereby assuming a position of rationalization and evidencing its pragmatic nature in the face of a correlation of forces between government actors, who defended mercantilism, in opposition to the social movements and actors, who continued to defend Brazilian Health Reform.

Key words: Health Policy, Unified Health System; Health Councils; Intergovernmental relations.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ABM - Associação Brasileira de Municípios  
ABRES - Associação Brasileira de Economia da Saúde  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
APSP - Associação Paulista de Saúde Pública  
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde  
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
CBM - Confederação Brasileira dos Municípios  
CNJ – Conselho Nacional de Justiça  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONFAZ - Conselho Nacional de Política Fazendária  
CONSAD - Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração  
CONSED - Conselho Nacional de Secretários de Educação  
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CF – Constituição Federal  
CDI – Coordenação de Desenvolvimento Institucional  
CIB – Comissão Intergestora Bipartite  
CIT – Comissão Intergestora Tripartite  
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública  
COLUFRAS – Comunidade Luso-Francófona da Saúde  
CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família  
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido  
CT – Câmara Técnica

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

FNM - Federação Nacional dos Médicos

FNP - Frente Nacional de Prefeitos

FPS - Frente Parlamentar da Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HEMOBRAS – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IHTM – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

LEIASS – Linha Editorial Intrenacional de Apoio aos Sistemas de Saúde

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde (Brasil)

NASF – Núcleo de Apoio de Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OAPS - Observatório de Análise Política em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OS - Organização Social

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PASES - Programa de Apoio as Secretarias Estaduais de Saúde

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PIASS – Programa de Integração das Ações e Serviços de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PLP – Projeto de Lei e Iniciativa Popular

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMM – Programa Mais Médicos

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
PPP - Parceria Público Privada  
PT – Partido dos Trabalhadores  
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
RCB – Receita Corrente Bruta  
RCL – Receita Corrente Líquida  
RSB - Reforma Sanitária Brasileira  
SAMS – Sistema de Assistência Médica Suplementar  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
SDD – Sistema de Desembolso Direto  
SE – Secretaria Executiva  
SES – Secretarias de Saúde dos Estados  
STF – Supremo Tribunal Federal  
STJ – Supremo Tribunal de Justiça  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UFBA- Universidade Federal da Bahia  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
USP – Universidade de São Paulo

## **LISTA DE DIAGRAMA**

Diagrama 1 – Rede de Relações Intergovernamentais e interinstitucionais no âmbito do SUS: a posição do CONASS

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Modelo de relacionamento entre as unidades nacional, estadual e local para os EUA

Figura 2: Organograma do CONASS

Figura 3: Organograma da Secretaria Executiva do CONASS

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Fases das relações intergovernamentais no Brasil

Quadro 2: A engenharia institucional do SUS

Quadro 3: Níveis e organização do sujeito

Quadro 4: Principais conceitos, definições e categorias operacionais do estudo

Quadro 5: Composição das Diretorias e Secretaria Executiva do CONASS 2006-2016



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. TESE DE INVESTIGAÇÃO	26
3. OBJETIVOS	28
4. REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1. Formas de Estado: Unitário e Federal	30
4.2. O Estado Federativo Brasileiro	35
4.3. A complexa engenharia institucional do SUS: a “governança em rede”	37
4.4. A contribuição de Carlos Matus: “teoria da produção social” e processo político como um “jogo social”	40
4.5. A contribuição de Mario Testa: o Poder	45
4.6. Síntese: Elementos para um Quadro Teórico	48
5. METODOLOGIA	54
6. RESULTADOS	60
6.1. O CONASS: breve histórico, organização e funcionamento	60
6.2. Ação política do CONASS no período 2006 a 2016	78
6.2.1. A gestão interfederativa do SUS	79
6.2.2. Mudanças e continuidades no modelo de atenção	84
6.2.3. O debate em torno do financiamento do SUS	97
6.2.4. Articulação público-privada na saúde	107
6.2.5. A questão da judicialização da saúde	118
6.3. Articulação política do CONASS na condução do SUS	123
6.3.1. O CONASS na CIT: relações com o Ministério da Saúde e o CONASEMS	123
6.3.2..O CONASS e o Conselho Nacional de Saúde	130
6.3.3. O CONASS e a Frente Parlamentar da Saúde	138
7. DISCUSSAO	142
7.1. O CONASS e sua racionalidade política e técnico-administrativa	143
7.2. A atuação do CONASS no conjunto da governança em rede	146
7.3. O significado do CONASS no Pacto Federativo Brasileiro	162
7.4. O CONASS e a rede de relações intergovernamentais e interinstitucionais no SUS	165
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172
APÊNDICES	193

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem sido estudada como um fenômeno sócio histórico, fruto de um movimento nascido na sociedade civil, cuja emergência, no contexto da chamada “transição democrática”, em meados dos anos 70 do século passado, desencadeou um processo que implicou mudanças na ação do Estado, a partir do reconhecimento do direito universal à saúde e da implementação do Sistema Único de Saúde, nos últimos 30 anos. (PAIM,2008; PAIM, 2018)

A RSB tem sido analisada a partir de um ciclo que articula momentos que consideram desde a elaboração da idéia, à conformação da proposta e a sistematização do projeto político, a um processo sustentado por diversos atores em movimento nas diferentes conjunturas. (PAIM, 2008) Essa perspectiva de análise dá suporte à idéia de que esse fenômeno não se esgotou e ainda pode fazer-se presente na atualidade, por conta da ação política de vários sujeitos e movimentos sociais capazes de desencadear a geração de fatos e acumulações de natureza política, econômica e cultural que garantam sua sustentabilidade. (PAIM, 2018)

Resgatando a historicidade desse processo, Paim (2008) aponta que a idéia surgiu como resposta à crise da saúde durante a ditadura brasileira, sendo representada pelo pensamento inicial em defesa do direito à saúde discutido nos primeiros editoriais da Revista do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES), associada à produção teórica dos departamentos de medicina preventiva, particularmente à determinação social do processo saúde-doença e a organização social das práticas de saúde. A proposta, por sua vez, diz respeito a um conjunto articulado de princípios e proposições políticas expressas no documento “A Questão Democrática da Saúde” e apresentado durante o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979 (CEBES, 1980).

O projeto foi sistematizado e legitimado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo Relatório Final (BRASIL, 1986) recupera elementos da idéia e da proposta, preparadas e discutidas pelo CEBES e ABRASCO, ao longo das décadas de 70 e 80. A sua formalização como projeto político ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), quando foi incorporado parcialmente na agenda do Estado e traduzido em ações e políticas de saúde desenvolvidas nos últimos 30 anos (PAIM, 2008; PAIM *et al*, 2011; PAIM, 2013A; TEIXEIRA, SOUZA e PAIM, 2014; PAIM, 2018; SANTOS, 2018; CAMPOS, 2018).

A análise política da RSB permite que se compreenda que foi concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia do regime autoritário instalado em 1964 (PAIM, 2009),

entretanto, o seu projeto de reforma social tem sido condicionado pelas características do processo político brasileiro, no qual as relações entre Estado e sociedade assumem, para alguns autores, a configuração de uma “revolução passiva” (PAIM, 2008), isto é, um processo no qual as mudanças nas políticas econômicas e sociais são conduzidas pelo “bloco no poder”, de forma a manter e reproduzir a estrutura de classes, sem implicar, portanto, transformações nas relações de poder e nas relações sociais em seu conjunto.

Com isso, configura-se uma situação que dificulta e reduz enormemente a viabilidade de implementação de um projeto de reforma da Política e do sistema de saúde tal como foi proposto pelo movimento da RSB, sendo indispensável, portanto, a ampliação de suas bases de apoio político e social. Cabe assim analisar a ação dos diversos atores políticos que constituíram e constituem o arco de alianças que dão sustentação ao processo da RSB, e que compõem o movimento pela reforma sanitária no Brasil.

O movimento sanitário foi, em sua origem, constituído por um conjunto de atores políticos, que juntos representavam uma articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes da segunda metade da década de 70 (PAIM, 2008). Os estudos sobre o movimento sanitário (SCOREL, 1999,2008; GERSCHMAN, 2004; SCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005) identificam a composição de quatro elementos de sustentação: a) as bases universitárias, constituídas pelos Departamentos de Medicina Preventiva; b) o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO; c) o movimento médico (Renovação Médica e Médicos Residentes); e d) os projetos institucionais, a exemplo do Projeto Montes Claros e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS.

No processo da RSB, novos atores foram sendo constituídos, a exemplo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS<sup>2</sup>), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS<sup>3</sup>), da Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), da Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), e mais recentemente a Frente Parlamentar da Saúde<sup>4</sup>. Nos últimos 30 anos, esses novos atores têm

---

<sup>2</sup>O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal. Sua finalidade é promover o fortalecimento da política de saúde das Secretarias Estaduais junto aos órgãos do governo federal, pleiteando desde seu início sua inclusão nos órgãos colegiados federais de interesse para área de saúde (BRASIL, 2007).

<sup>3</sup> O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS é a entidade que representa os municípios nas instâncias do SUS, e tem sido um ator político fundamental no processo de construção e pactuação das políticas de saúde em nosso país.

<sup>4</sup> A Frente Parlamentar da Saúde foi criada em 1993 e atualmente reúne 201 deputados e 10 senadores.

contribuído para a sustentação política do “projeto” (PAIM, 2009) da RSB, particularmente para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise da ação política desses atores, portanto, vem se colocando como um tema de pesquisa<sup>5</sup>, especialmente em função do interesse de diversos pesquisadores em elucidar as formas de participação e a contribuição que cada um desses atores tem dado ao processo de construção do SUS.

De fato, o SUS pode ser entendido como uma macro política de saúde que articula um “conjunto de políticas específicas, capaz de incidir sobre a reprodução ou redefinição das práticas de saúde mediante novos (...) modos tecnológicos de intervenção em saúde”. (PAIM, 2008b, p.66) Enquanto um sistema público universal, integral, descentralizado e democrático, sua proposta assume a responsabilidade total do Estado por sua administração; planificação e execução da política de saúde; mecanismos eficazes de financiamento; organização descentralizada e hierarquizada; e participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema. (PAIM, 2008b).

Sua materialização, contudo, expressa a correlação de forças existente em uma conjuntura particular (PAIM, 2009). A implantação do SUS a partir da década de 90 (Século XX) se deu em um contexto de reforma neoliberal do Estado, marcado pelo desmonte da Seguridade Social, por processos de ajuste macroeconômico e desregulamentação dos mercados (FAGNANI, 2005), portanto uma conjuntura desfavorável à implementação de políticas públicas universalistas e repleto de dilemas e contradições a serem enfrentados. Este processo tem sido tortuoso e objeto de estudo de diversos pesquisadores que apontaram os obstáculos e as ameaças ao Sistema Único de Saúde (SUS), identificados na conjuntura mais recente. (NORONHA, SANTOS e PEREIRA, 2011; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO, 2011; BORGES, MOIMAZ, SIQUEIRA, GARBIN, 2012; OCKÉ-REIS, 2012; PAIM, 2012; COSTA, BAHIA e SCHEFFER, 2013; CAMPOS, 2018, PAIM, 2018, NORONHA *et al*, 2018).

Mas a despeito dos seus problemas, o SUS apresenta muitas conquistas. Para além dos resultados obtidos na ampliação do acesso às ações e serviços de saúde (VIACAVA *et al*, 2018; GIOVANELA *et al*, 2018; PINTO & GIOVANELA, 2018) e suas repercussões positivas sobre o perfil epidemiológico (BARRETO *et al*, 2011; VICTORA *et al*, 2011; TEIXEIRA *et al*, 2018; PORTES *et al*, 2018) do país, algumas inovações institucionais são apontadas por pesquisadores, a exemplo dos avanços no processo de descentralização, e , mais recentemente,

---

<sup>5</sup> A exemplo do projeto desenvolvido no Eixo 1 do Observatório de Análise Política em Saúde. Ver [www.observatoriodeanalisepoliticaemsaude.org](http://www.observatoriodeanalisepoliticaemsaude.org)

a implementação de propostas de regionalização e organização de Redes de Saúde. (VIANA *et al*, 2018) Além disso, vários autores (FLEURY, 2009) destacam sua contribuição na reorganização do Executivo ao introduzir certos instrumentos e processos de participação e controle social (Conselhos de Saúde); mecanismos de formação da vontade política, a exemplo das Conferências de Saúde; e de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde.

Os gestores tiveram participação expressiva no processo de implantação do SUS, principalmente após o refluxo dos movimentos sociais organizados na década de 70/80, que implicou a redução e redefinição da participação social de atores sociais oriundos da sociedade civil no processo político em saúde, principalmente na década de 90, em que pese a criação de Conselhos de Saúde, especialmente ao nível municipal, por conta das orientações normativas que direcionaram o processo de municipalização da gestão de serviços e recursos no âmbito do SUS. (LIMA & VIANA, 2011) Viana & Machado (2009), ao analisarem a atuação do Ministério da Saúde no processo de descentralização no período de 1990-2002, observaram a ampliação da participação dos gestores locais e dos conselheiros de saúde no acompanhamento da implementação da política, embora com diferentes gradientes de poder.

Nesse contexto, o modelo institucional<sup>6</sup> proposto para o SUS buscou concretizar o acordo entre os diferentes níveis gestores do sistema, e ao mesmo tempo fortalecer o controle social através dos Conselhos de saúde, ao permitir que vários atores sociais, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão do sistema, participem do processo decisório sobre a política de saúde. Esse arcabouço institucional é o espaço onde se desenvolve o processo político entre os diversos atores que participam direta ou indiretamente da definição das políticas de saúde.

O fortalecimento de atores políticos institucionais, como os secretários de saúde, gerou *tensões crescentes no exercício do poder compartilhado* (FLEURY, 2009) e a criação das Comissões Intergestoras<sup>7</sup> Bipartites (CIB), nos estados, e a Tripartite (CIT), no nível nacional, garantiu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes

---

<sup>6</sup> “Este modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: 1) gestores do sistema em cada nível de governo; 2) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação das diferentes esferas de governo, a CIT e a CIB (uma por estado); 3) conselhos de secretários de Saúde nos âmbitos nacional (CONASS e CONASEMS) e estadual (COSEMS); 4) conselhos de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, além da realização periódica de conferências de Saúde.” (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2008, p.444)

<sup>7</sup> Instituídas pela Norma Operacional Básica (NOB) 93, essas comissões constituem-se em espaços técnico-políticos e de pactuação entre gestores, e apesar de suas decisões e acordos necessitarem do referendo ou da homologação do respectivo Conselho de Saúde, estudo sobre o processo decisório na CIT apontou conflitos com as atribuições dos conselhos de saúde (MIRANDA, 2003).

governamentais. O estudo de Miranda (2003) aponta para a importante contribuição dessas comissões (no caso particular, a CIT) na negociação e construção de pactos entre os dirigentes acerca das normas, das prioridades e da alocação de recursos, sendo decisivos para os avanços realizados no sistema.

Paim e Teixeira (2007), no entanto, assinalam que os impasses gerados por esta configuração institucional e principalmente pelas características do Estado e da administração pública brasileira<sup>8</sup> tem sido responsáveis por perdas importantes para o SUS. Estas incluem “a falta de clareza e insuficiência da “imagem-objetivo” do SUS, a tensão e o conflito de competência entre as diversas instituições, a insuficiente coordenação nacional do SUS, as dificuldades de comunicação/informação entre os três níveis de governo, a falta de gestão profissionalizada, a fragilidade institucional e ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos, o “engessamento” do processo de gestão de serviços e recursos estratégicos, e a dificuldade de articulação intersetorial entre o sistema de saúde e as demais instituições gestoras de políticas e programas da área econômica e social”, apontados como nós-críticos relativos à configuração institucional e ao processo de gestão do SUS (PAIM & TEIXEIRA, 2007).

É importante considerar que o processo político se desenvolve nesses espaços de negociação do SUS, quando atores políticos como o CONASS e o CONASEMS disputam com o Ministério da Saúde pela direcionalidade das políticas de saúde. Segundo Fleury (2009, p. 480) “a ênfase atual nos aspectos legais e institucionais termina por deixar de lado a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção dos sujeitos políticos da reforma”. O fato de o CONASS se constituir representação do próprio Estado no nível estadual, pode apontar, inclusive, para uma atuação mais corporativa e de defesa de interesses de suas respectivas administrações (PAIM, 2006).

A análise dos embates que se passam ao interior dos espaços institucionais criados no âmbito do SUS, seja nas instâncias de gestão participativa, a exemplo dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL,1990) seja no âmbito das instâncias de articulação intergovernamental, como a CIT e a CIB (BRASIL, 1993), pode evidenciar o quanto das propostas, lutas e negociações reproduzem ou reverberam o confronto entre distintos projetos

---

<sup>8</sup> “...as reformas neoliberais; o clientelismo político; as políticas de ajuste macroeconômico; o monetarismo prevalecente nas políticas econômicas; e o desrespeito às disposições transitórias da Constituição e à Lei Orgânica da Saúde quanto ao financiamento a partir de decisões da chamada área econômica dos governos”. (PAIM & TEIXEIRA, 2007, p.1821)

políticos em disputa na sociedade brasileira, seja no âmbito mais geral seja especificamente com relação às políticas sociais e de saúde em particular.

Nesse sentido, é pertinente identificar os diferentes projetos em disputa na sociedade brasileira e suas repercussões para o SUS e para o processo da RSB (PAIM,2008b), quais sejam, o projeto mercantilista<sup>9</sup> de privatização da saúde defendido principalmente pelo setor privado na área da saúde e com influência<sup>10</sup> cada vez maior nas três esferas da gestão do SUS, e o projeto racionalizador<sup>11</sup>, conduzido pelos sucessivos governos, em que parece imperar o pragmatismo e a resignação diante do subfinanciamento do sistema. A defesa desses projetos e a adoção de medidas tendentes à sua concretização no âmbito do SUS possivelmente incidem sobre o processo de RSB, criando obstáculos à efetiva consolidação do “SUS constitucional”, ou seja, da “imagem-objetivo” do SUS que se encontra indicada na Constituição Federal de 1988 e na legislação orgânica do setor, isto é, um sistema universal e igualitário que garanta a integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

Assim, ainda que o projeto da RSB continue sendo defendido pelo movimento sanitário, ainda ocupa uma posição subalterna na sociedade brasileira, quando comparado com os outros projetos de caráter neoliberal, que tem assumido proeminência ao longo dos anos, e, que tem, no âmbito setorial sustentado a reforma administrativa e financeira do SUS (PAIM, 2006). A defesa do projeto da RSB, portanto, implica a busca da construção de outra hegemonia<sup>12</sup>, isto é, a ampliação e o fortalecimento das bases de sustentação política da RSB, com a adesão de novos sujeitos e movimentos capazes de enfrentar e desconstruir os projetos que se opõem a

---

<sup>9</sup> O **projeto ‘mercantilista’** assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos, com base no valor ‘utilidade’. Reúne interesses de empresas médicas, seguradoras e operadoras de ‘planos de saúde’, indústrias de medicamentos e de equipamentos, parte de entidades médicas e de profissionais da saúde, além da mídia e de empresas de publicidade. Defende que os serviços de saúde devem ser comprados pelos que podem pagar, cabendo ao Estado financiar àqueles que não podem fazê-lo.

<sup>10</sup> A pesquisa de Mario Scheffer e Ligia Bahia (2015) revela o fortalecimento do mercado de seguradoras e planos de saúde no cenário econômico e político do país, constituindo-se em um dos maiores financiadores das campanhas eleitorais. Nas eleições 2014, eles financiaram 131 candidatos a deputados estaduais e presidenciais, sendo 60 eleitos.

<sup>11</sup> O **projeto ‘revisorista’** (ou racionalizador) tem sido formulado por segmentos que anteriormente defendiam a RSB e o SUS, mas que, diante dos seus dilemas, preferem flexibilizar seus princípios e diretrizes para ajustá-los aos imperativos da ordem econômica e aos interesses do Estado e da política das classes hegemônicas.

<sup>12</sup> Para Gramsci (2011), a hegemonia consiste na capacidade de direção intelectual e moral, em virtude da qual a classe dominante, ou aspirante ao domínio, consegue ser aceita como guia legítimo, constitui-se em classe dirigente e obtém o consenso ou a passividade da maioria da população diante das metas impostas à vida social e política de um país. Para o autor, numa sociedade de classes, a supremacia de uma delas em relação as outras se exerce sempre através da articulação do domínio e da hegemonia: o domínio imposto aos grupos antagônicos pelos mecanismos de coerção da sociedade política, e a hegemonia exercida sobre os grupos sociais aliados ou neutros por meio dos mecanismos hegemônicos da sociedade civil.

este processo. Nessa perspectiva, temos assistido em diversas regiões do país a mobilização de segmentos da sociedade em torno de uma nova Frente Política<sup>13</sup> que aponta a necessidade da construção de um novo projeto<sup>14</sup> nacional, voltado ao desenvolvimento sustentável, com ênfase em políticas que contemplem a redução das desigualdades sociais no país e a garantia dos direitos sociais conquistados.

Nos últimos anos, vem sendo discutida a pertinência de se retomar o movimento pela RSB, diante do desmonte do SUS e da segmentação do sistema de saúde (NORONHA et al 2018; SANTOS, 2018), da mercantilização e “financeirização” da saúde (SESTELO, 2018) e das ameaças<sup>15</sup> ao direito universal à saúde (CAMPOS, 2018; RIZOTO, 2018). Tornam-se necessários, portanto, estudos que investiguem a ação política de sujeitos coletivos em relação ao processo da RSB, a partir da análise dos diferentes projetos políticos em disputa. Constatase, portanto, a importância do desenvolvimento de estudos que analisem a participação de atores políticos, como o CONASS, no processo político em saúde, de modo a identificar e analisar os projetos a que ele se filiou nas diferentes conjunturas.

Os estudos sobre o CONASS privilegiaram até o momento o espaço de atuação desse ator na configuração institucional do SUS, analisando a dinâmica de funcionamento das comissões intergestoras (MACHADO, 2014; DOURADO, ELIAS, 2011; MIRANDA, 2003; NASCIMENTO, ZIONI, 2002; RIBEIRO, 1997), ou sua participação no processo de pactuação no SUS (LIMA, QUEIROZ, MACHADO & VIANA, 2012) mas sem um aprofundamento da

---

<sup>13</sup> Frente Brasil Popular, lançada em 5 de setembro de 2015, como uma nova coalizão de esquerda composta por movimentos sociais (MST, UNE, Levante Popular da Juventude, Consulta Popular, Marcha Mundial das Mulheres, Rede de Médicos (as) Populares, Movimento Nacional de Rádios Comunitárias, entre outras), sindicatos (CUT, CTB, Sindicato de Professores), partidos políticos (PT, PC do B, PSB, PCO E PDT) e personalidades. O documento Manifesto ao Povo Brasileiro e outras informações encontram-se disponíveis em [www.frentebrasilpopular.com.br](http://www.frentebrasilpopular.com.br)

<sup>14</sup> No mês de setembro de 2015 foi lançado o documento “Por um Brasil justo e democrático” produzido por iniciativa do Brasil Debate, Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, Fórum 21, Fundação Perseu Abramo, Plataforma Política Social, Le Monde Diplomatique Brasil e Rede Desenvolvimentista, onde são apresentadas as alternativas para sair da crise (volume 1) e os subsídios para um projeto de desenvolvimento nacional (volume 2). O documento encontra-se disponível no endereço <http://diplomatique.org.br/por-um-brasil-justo-e-democratico/>

<sup>15</sup> A Agenda Brasil, proposta pelo senador Renan Calheiros, engloba um conjunto de medidas nas áreas de infraestrutura, equilíbrio fiscal e proteção social, e neste último tópico, sugeriu a possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda, o que na prática significaria o fim do SUS universal, em descumprimento direto a Constituição Federal. Este item acabou sendo retirado da proposta original, após intensa reação do movimento sanitário e lideranças da Saúde, mas persistem outras ameaças aos persistem no documento, a exemplo da maior desvinculação da receita orçamentária, dando maior flexibilidade ao gasto público; aperfeiçoar o marco jurídico e o modelo de financiamento da saúde; regulamentar o ressarcimento pelos associados de planos de saúde, dos procedimentos e atendimentos realizados pelo SUS; revisão dos marcos jurídicos que regulam as áreas indígenas; flexibilização dos procedimentos para licenciamento ambiental; além da regulamentação do ambiente institucional dos trabalhadores terceirizados. O documento na íntegra pode ser acessado no endereço <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/08/10/a-agenda-brasil-sugerida-por-renan-calheiros>



investigação sobre os próprios atores, o que foi identificado por Esperidião (2018) como uma importante lacuna dos estudos sobre análise política. Uma exceção é o trabalho de Sano (2008), que ao analisar a articulação horizontal no sistema federativo brasileiro, elegeu quatro Conselhos Estaduais de políticas públicas, a saber, o Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ), o Conselho Nacional de Secretários de Educação (CONSED), o Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração (CONSAD) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), selecionados por serem os mais importantes no conjunto dos setores governamentais. O autor constatou ao final que o CONASS, assim como o CONFAZ, foram os conselhos que apresentaram o maior grau de institucionalização, e destacou que no caso da Saúde, o grau de consenso obtido no âmbito da CIT é o reflexo da própria trajetória política dos atores, principalmente pela atuação do Movimento da Reforma Sanitária, que resultou na construção do SUS.

Sem desprezar a importância desses ângulos de análise, o que se pretende ressaltar aqui é a análise política da ação do CONASS, nos governos Lula e Dilma, a partir dos fatos produzidos no período, dos projetos defendidos por ele e da posição política assumida em relação ao processo de construção do SUS no período 2006-2016. Cabe destacar que este recorte temporal foi eleito tomando-se como marco inicial a aprovação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), que apesar dos entraves para sua implementação, criou espaço político para o debate, formulação e aprovação posterior do Decreto 7508/2011 e da Lei 141/2012 (SANTOS, 2015), e o marco final o processo de impedimento da presidente Dilma Rousseff.

Dessa forma, o estudo pretendeu responder as seguintes questões:

- a. Como se deu o processo de constituição do CONASS como um ator político? Qual o significado do CONASS do ponto de vista do Estado Federativo brasileiro? Em que medida o CONASS contribuiu para o fortalecimento do pacto federativo na Saúde?
- b. Como se deu a ação política do CONASS no processo de construção do SUS na conjuntura 2006-2016? Quais ações estão relacionadas a produção dos fatos políticos que marcaram a trajetória da política de saúde no âmbito nacional no período estudado?
- c. Quais os projetos políticos em saúde defendidos pelo CONASS no período 2006-2016? Quais as aproximações e distanciamentos com relação ao projeto da RSB no período 2006-2016?

## 2. TESE GERAL DA INVESTIGAÇÃO

O embate na área de saúde reflete, de certo modo, os distintos projetos políticos em debate no âmbito do Estado e da sociedade brasileira. O período proposto para o estudo (2006-2016) corresponde aos governos Lula/Dilma, e portanto, não há como ignorar o debate em torno do chamado “neodesenvolvimentismo”<sup>16</sup>, adotado pelo governo Lula, cuja tradução na área de saúde corresponde ao chamado “projeto racionalizador” que tenta combinar elementos do projeto original da RSB com propostas gerencialistas<sup>17</sup>, oriundas da perspectiva neoliberal (terceirização, privatização, precarização do trabalho, etc.).

A crise que se instaurou no país a partir de 2016 teve como um dos seus determinantes, as divergências internas ao “bloco no poder”, ou seja, a articulação contraditória que controla o Estado (MARQUES, 1997; MIRANDA, 2017) com relação ao rumo a ser adotado em termos de política econômica e social, prevalecendo uma composição de forças mais à “direita”, que pretende implementar um projeto marcadamente “neoliberal”. (PMDB,2015)

É necessário, portanto, avançar na análise da crise atual, em suas dimensões econômica, política, social e ética (DOMINGUES, 2017; SINGER, 2015; FIORI, 2010), buscando identificar seus determinantes, a exemplo da inserção do Brasil na crise internacional do capitalismo, que tem como um dos seus efeitos o recuo do Estado de Bem-Estar Social onde foi implantado e a restrição da democracia em diversas regiões do mundo, e, sobretudo, a compreensão do modo como a sociedade brasileira tem se rearticulado perante a crise atual, e sobretudo, o impacto que este processo tem tido sobre o Estado e suas políticas.

Neste cenário, a análise da ação política do CONASS face à crise e reorientação da política de saúde, pode ser um ângulo privilegiado para se entender os limites e as possibilidades de avanço do processo de RSB e de construção do SUS. Nossa hipótese é que o CONASS adotou uma posição de defesa dos princípios constitucionais do SUS diante das

---

<sup>16</sup> O neodesenvolvimentismo ou novo desenvolvimentismo é o conceito utilizado como referência a um conjunto de estudos sobre desenvolvimento, posteriores à hegemonia neoliberal, recuperando os pilares do pensamento cepalino-estruturalista, bem como os estudos sobre o Estado desenvolvimentista, gerados a partir das experiências bem sucedidas de desenvolvimento pós-Segunda Guerra. Boschi e Gaitán (2013) definem o neodesenvolvimentismo como “*a formulação de um projeto nacional que postula a formação de um espaço de coordenação entre as esferas pública e privada, com o intuito de aumentar a renda nacional e os parâmetros de bem-estar social*”. (BOSCHI E GAITÁN, 2013, p.327-328)

<sup>17</sup> O Novo Gerencialismo Público refere-se a um conjunto de reformas inspiradas nos métodos e formas de gestão do setor privado com vistas a modernizar e inovar as organizações e políticas públicas. Neste modelo de formulação de políticas, a eficiência passa a ser vista como o principal objetivo de qualquer política pública, e esta ênfase na eficiência pode ser explicada pela “*crise fiscal e ideológica do Estado e no declínio do sonho pluralista que caracterizou a visão norte-americana sobre políticas públicas nas décadas passadas*”. (SOUZA, 2007,p.78)

dificuldades enfrentadas na gestão desse sistema, nesse período tão complexo e conturbado da política brasileira.

Assim, é provável que durante o governo Lula/Dilma (2006-2016), o CONASS tenha apoiado propostas que expressavam seu interesse em manter e gerir o processo de reforma incremental<sup>18</sup> do SUS, reivindicando a ampliação do financiamento público para a saúde, apostando no fortalecimento da Atenção Básica e na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e outras medidas coerentes com o “SUS constitucional”.

Entretanto, é possível também que, por conta das pressões exercidas pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na conjuntura 2006-2016, o CONASS tenha aderido às propostas gerencialistas com relação à gestão das unidades complexas, a exemplo dos Hospitais. (OS, PPP, Fundações, etc), assumindo, assim uma posição racionalizadora, diante da correlação de forças entre os atores governamentais que defendem o projeto mercantilista em contraposição aos movimentos e atores sociais que continuaram defendendo o projeto da RSB.

---

<sup>18</sup> Viana e Dal Poz (2005) referem que nos estudos sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde é possível a distinção entre as reformas do tipo big bang, marcadas por modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual, e do tipo incremental, que ao contrário da primeira, se baseiam em pequenos ajustes sucessivos e graduais.

### 3. OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é analisar a ação política do CONASS no processo de construção do SUS no período 2006-2016. O que se pretende é realizar uma análise política da ação do CONASS neste período, o que envolve a análise de seus posicionamentos políticos-ideológicos e dos fatos produzidos no período do estudo, que cobre os Governos Lula e Dilma.

Para alcançar esse objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a. Descrever o processo de constituição do CONASS como um ator político e analisar seu significado do ponto de vista do Estado Federativo brasileiro.
- b. Identificar e analisar as ações realizadas pelo CONASS relacionadas à produção dos fatos políticos que marcaram a trajetória da política de saúde no âmbito nacional no período 2006-2016.
- c. Identificar os projetos políticos em saúde defendidos pelo CONASS no período de 2006-2016, apontando as aproximações e distanciamentos com relação ao projeto da RSB.
- d. Correlacionar os fatos produzidos no período com os projetos em disputa no âmbito do SUS.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

A delimitação do objeto deste estudo contempla a articulação de conceitos e teorias que permitam a análise do **processo político em saúde** na conjuntura 2006-2016, especificamente a identificação dos **projetos em disputa com relação ao SUS**, os quais servirão de base para o estabelecimento das categorias de análise da ação política do CONASS no período.

Nesse sentido, adotamos como referencial, teorias e conceitos que permitem analisar o posicionamento de atores políticos específicos, quais seja, o CONASS, em períodos demarcados por diferentes Governos, entendendo que este ator participa de um complexo “jogo social” (MATUS, 2005), que envolve um conjunto heterogêneo de sujeitos e organizações situadas em diversos espaços institucionais, quer ao interior do próprio aparelho de Estado quer no âmbito da sociedade civil.

Tomamos como ponto de partida a **concepção de Estado** em Gramsci, que concebe o Estado não como mero instrumento da classe dominante, mas como o lugar onde ela unifica-se e constitui-se para materializar sua dominação, não só mediante a força, mas através de complexos mecanismos, visando obter o consentimento das classes subalternas. Para ele, o Estado corresponde a *“todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não só o seu domínio, mas consegue obter o consentimento ativo dos governados”* (GRAMSCI, 1980, p.87). Desta forma, o conceito de Estado se amplia e assume a configuração *“sociedade civil mais sociedade política”*, através dos quais é exercida a influência do grupo dominante. Ele assume que a distinção entre sociedade civil e Estado é puramente de método, não orgânica, pois na realidade esses dois elementos encontram-se estritamente ligados, não separados (GRUPPI, 1980).

A sociedade política corresponde ao aparelho governamental encarregado da administração direta e do exercício legal da coerção, isto é, ao Estado em sentido estrito, também chamado “Estado político” ou “Estado-governo”. A sociedade civil, por outra parte, corresponde à função de hegemonia<sup>19</sup> política e cultural que o grupo dominante exerce em toda a sociedade, mediante um conjunto de organismos “privados”. Alguns desses “aparelhos hegemônicos” – tais como igrejas, escolas, associações privadas, sindicatos, partidos e imprensa – tem como função articular o consenso das grandes massas e sua adesão à orientação

---

<sup>19</sup> Para Gramsci, hegemonia refere-se à direção cultural e ideológica da classe dominante. Assim, ele situa o terreno essencial da luta contra a classe dirigente na sociedade civil, pois a classe dominante dirige a sociedade pelo consenso obtido graças ao controle da sociedade civil. Logo, é possível que um grupo social possa e seja dirigente antes mesmo da conquista do poder governamental (PORTELLI, 1977).

social impressa pelos grupos dominantes. É na sociedade civil onde estas classes consolidam seu poder, pela difusão de sua “visão do mundo”.

Para além de um conjunto de aparelhos e instituições, o Estado pode ser percebido também como um campo estratégico de lutas (POULANTZAS, 1991), logo as lutas políticas não são exteriores a ele mas, ao contrário, se inscrevem neste aparato, permitindo, assim, que ele venha a ter um papel orgânico na luta política, como unificador de dominação<sup>20</sup>. O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento (POULANTZAS, 1991).

Posto isso, tratamos de revisar as características do **Estado brasileiro**, particularmente na conjuntura pós-1988, com ênfase na recuperação do debate acerca do **federalismo**, tomado como referencial para a compreensão do processo de construção do Sistema Único de Saúde e, especificamente, para a análise da ação política do CONASS nesse processo.

#### 4.1. Formas de Estado: Unitário e Federal

O federalismo é considerada uma das doutrinas mais importantes para se entender o Estado Moderno e Contemporâneo (ALMEIDA, 2013). De modo geral, ele consiste na divisão de poder e autoridade entre esferas de governo, garantida por um contrato maior - a Constituição - tendo como principal característica a combinação entre autonomia e interdependência das partes. (ELAZAR, 1987, p. 12) A presença do conjunto de atores institucionais - as unidades federadas - é uma das principais características que distinguem o sistema federal de outras formas de organização política. Mas, afinal, o que distingue um Estado Federal de um Estado Unitário?

O Estado Unitário caracteriza-se pela existência de um poder central único, com unicidade de sistema legislativo, judiciário e executivo. Não há pluralidade desses poderes, que são unos e vinculados ao poder central. No Estado Unitário, a capacidade legislativa, administrativa e política advêm do poder central, que detém todas as competências constitucionais. (SANTOS, 2012) O Estado Unitário pode ser descentralizado em regiões, denominadas de “Estado regional”, o que, em algumas situações, indica maior autonomia

---

<sup>20</sup> “... a autonomia relativa do Estado capitalista origina-se precisamente das relações de poder contraditórias entre as diferentes classes sociais. Que ela é, em última análise, uma “resultante” das relações de poder entre classes numa formação capitalista – estando perfeitamente claro que o Estado capitalista tem sua própria especificidade institucional (separação do político e do econômico), o que o torna irredutível a uma expressão direta e imediata dos estritos interesses “econômico-corporativos” desta ou daquela classe ou fração do bloco no poder, e que ele deve representar a unidade política deste bloco sob a hegemonia de uma classe ou fração de uma classe” (POULANTZAS, 2008, p.117).

conferida pelo Estado federal aos entes subnacionais, a exemplo da Itália e da Espanha, que apresentam alto grau de descentralização administrativa.

Diferente da compreensão de senso comum sobre a descentralização, esta é um processo, em sua dimensão administrativa, de todo compatível com o Estado unitário, visto que a descentralização política já se desloca conceitualmente para a esfera do Estado Federal. (BONAVIDES, 2000) Outros autores confirmam a existência desta ligação entre Estado Federal e Estado Unitário descentralizado pelo fato de haver formas intermediárias entre eles.

“Existe uma profunda diferença entre a descentralização administrativa e a federal. Esta diferença baseia-se, principalmente, no conceito de autonomia política e de descentralização política. A descentralização política distingue-se da administrativa, não apenas pelo tipo diferente de funções exercidas, mas também pelo “título” que caracteriza o seu fundamento. A descentralização política expressa uma idéia de direito autônomo, enquanto na descentralização administrativa específica temos um fenômeno de derivação dos poderes administrativos que, por sua vez, derivam do aparelho político-administrativo do Estado, isto é, do Estado-pessoa. [...] Em resumo, o nível de autonomia constitucional das regiões é objeto de competência legislativa estatal (ou seja, somente do Parlamento do Estado) e não existe um poder judiciário constitucional que, com referência às regiões, esteja em posição de real independência com relação ao Estado. (BOBBIO, MATTEUCCI & PASQUINO, 2008, p.481)

O Estado Federal, por sua vez, consiste na união de estados com um poder central que liga todos eles, ao mesmo tempo em que garante autonomia limitada aos estados-membros e soberania ao poder central. Sendo assim, no federalismo há descentralização do poder político, não apenas do poder administrativo. (SANTOS, 2012) O Estado Federal pode se originar da prévia união de estados soberanos, sendo conhecido como federalismo por agregação<sup>21</sup>, ou da transformação de um estado unitário em sistema federativo, logo, federalismo por desagregação (ZIMMERMANN, 1999), sendo o Brasil um caso típico deste segundo modelo, pois nosso sistema federativo surgiu a partir da proclamação da República, quando por determinação legal, as províncias, antes submetidas ao Império, passaram a se constituir em uma federação.

A supremacia do Estado Federal sobre os estados-membros se manifesta a partir de três aspectos fundamentais (BONAVIDES, 2000): a) a observância obrigatória de certos princípios básicos ou mínimos de organização federal pelos estados-membros; b) a adoção de um sistema de competência definido pela Constituição Federal; e c) a instituição de um tribunal supremo responsável pela guarda da Constituição Federal.

---

<sup>21</sup> Exemplos clássicos são os EUA, a Suíça e Alemanha na medida em que suas Federações sucederam à uniões confederais anteriores, que por meio de pactos constitucionais, garantiram a formação de uma nova e mais forte unidade federada.

É importante registrar que, no que concerne à distribuição das competências entre os diferentes níveis autônomos de poder, a organização federativa pode assumir uma forma dual (federalismo dual) ou cooperativa (federalismo cooperativo). A primeira pode ser exemplificada pelo legado dos EUA de separação rígida dos poderes delegados à União e aqueles reservados aos Estados federados<sup>22</sup>. A segunda forma não dispõe de fronteiras claramente definidas entre as competências dos diferentes níveis de poder, sendo apresentada como objetivo a cooperação entre a União e as unidades federadas. A questão central é que cada um dos entes federativos representa locais autônomos de autoridade política com capacidade tanto de formulação de políticas próprias quanto de influenciar aquelas que surgem do governo central. Assim, a existência de um ambiente mais conflituoso ou harmonioso pode depender do padrão das relações intergovernamentais desenvolvido.

As relações intergovernamentais são estabelecidas sempre que dois ou mais governos interagem para a formulação ou execução de políticas públicas, e pode ser definida como *“modos e meios particulares de operacionalizar um sistema de governo (...) que envolvem amplas e continuas relações entre os governos federal, estadual e municipal ou qualquer combinação possível.”* (ELAZAR, 1987, p.17) Em um contexto federativo, essas relações são mais complexas, na medida em que são desenvolvidas por entes autônomos que, ao mesmo tempo, precisam manter uma certa interdependência entre eles.

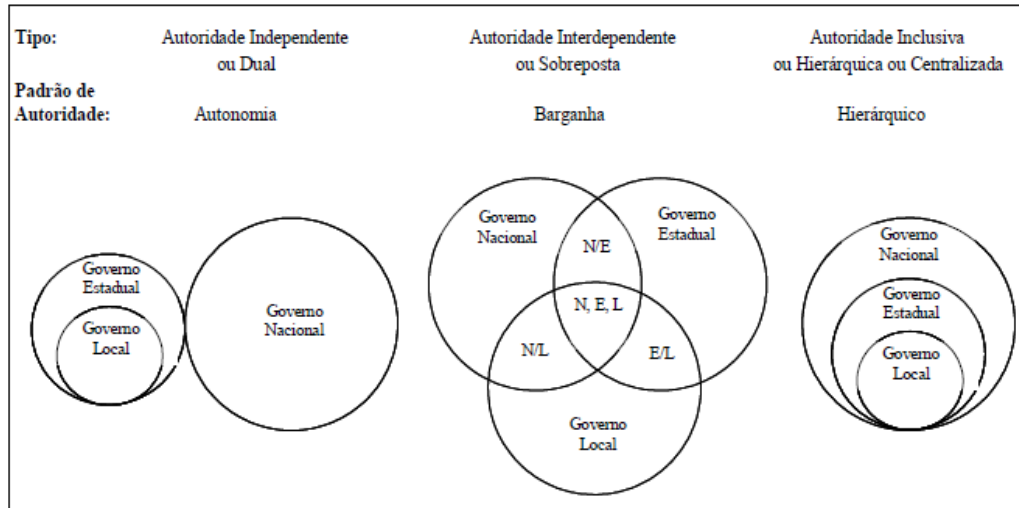
---

<sup>22</sup> Zimmermann (1999) declara que mesmo nos Estados Unidos onde a constituição estabelece a divisão dualista dos poderes dentre os níveis verticais de poder, não significa que o governo federal e os governos estaduais devam atuar isoladamente; ao contrário, tem se desenvolvido cada vez mais uma cooperação subsidiária, por meio do processo político desencadeado pela atuação do Congresso. No caso americano, a cooperação envolve o uso do poder.



Nesse aspecto, o modelo desenvolvido por Wright (1988), apresentado na Figura 1, colabora para a compreensão das formas de coordenação que podem ocorrer em um sistema

**Figura 1 – Modelo de relacionamento entre as unidades nacional, estadual e local para os EUA**



Fonte: Wright (1988, p. 40).

federativo (no caso específico, o sistema federativo norte-americano).

Para o autor, as formas de interação entre os governos podem assumir três modelos: da autoridade independente ou dual; da autoridade interdependente ou sobreposta; e da autoridade inclusiva ou centralizada (hierárquica). Na autoridade independente, o que se verifica é a independência total dos governos e autonomia, com definição rígida dos papéis assumidos por cada esfera, sendo manifesta no modelo clássico do federalismo dual. No outro extremo, teríamos o modelo de autoridade inclusiva, com a atuação dos governos subnacionais completamente dependente das decisões tomadas pelo governo federal, não havendo portanto a necessidade de maior interlocução entre os atores políticos. Os estados e municípios configuram-se como unidades administrativas e o governo nacional centraliza todas as decisões, estabelecendo uma relação hierárquica com os entes subnacionais.

O modelo da autoridade interdependente é aquele que existiria no federalismo cooperativo, apresentado anteriormente, cujas características principais são: atuação simultânea de duas ou três esferas de governo, representadas na figura como as áreas de intercessão dos círculos; existência reduzida de áreas de autonomia exclusiva de ação governamental ou de jurisdição única; e limitação do poder e influência das esferas de governos, resultando um padrão de autoridade em que prevalece a necessidade do estabelecimento dos acordos ou trocas. (WRIGHT, 1988)

Para Sano & Abrucio (2008), as três formas de autoridade estão presentes nas relações intergovernamentais, pois com o aumento da sobreposição entre políticas e governos nas federações contemporâneas, surge a necessidade de maior coordenação das ações, aproximando-se desta forma do modelo de autoridade interdependente. Apesar disso, mantem-se as formas dual e hierárquica, na medida em que uma certa dualidade é importante para manter a autonomia e os direitos dos componentes de um federação, assim como um certo grau de inclusividade é fundamental em federações heterogêneas e desiguais.

O modelo de Wright (1988) apresenta uma tipologia bastante operacional para entender as diferentes possibilidades de coordenação numa federação, mas é Pierson (1995) que desenvolve um modelo analítico capaz de identificar as variáveis que afetam a produção de determinados arranjos federativos. Para o autor, uma característica distintiva dos sistemas federais é a presença de *“um conjunto de atores institucionalmente poderosos - as unidades constituintes - que podem definir suas próprias políticas e influenciar a qualidade das ações da autoridade central”* (PIERSON, 1995, p.458), ou seja, os governos subnacionais podem influenciar o processo de tomada de decisão. Ele chama a atenção para a existência de quatro aspectos institucionais que devem ser considerados na análise de políticas públicas:

1. A reserva de poderes específicos às unidades federativas, uma vez que os estados e municípios podem desenvolver políticas próprias, e na ausência de coordenação federativa, podem garantir a provisão de um determinado serviço antes que outra esfera de governo, e assim, dificultar uma futura coordenação intergovernamental;
2. A representação dos interesses das partes no centro, que enfatiza a importância da arena representada pelo Congresso Nacional como o locus privilegiado para as disputas intergovernamentais no processo de formulação de políticas públicas;
3. O grau de comprometimento da equalização fiscal entre as unidades constituintes e sua capacidade administrativa, ou seja, como os recursos são distribuídos entre os entes governamentais. Neste aspecto específico é importante destacar que a limitada capacidade financeira e o aumento da austeridade fiscal pode resultar na transferência de responsabilidade de determinadas políticas públicas entre os níveis de governo;
4. A questão da tomada de decisões em conjunto entre as esferas de governo, na medida em que a presença de diferentes atores autônomos torna mais complexo o desenho e a operacionalização de uma mesma política, uma vez que ela deve atender as necessidades e interesses de cada nível de governo.

## 4.2. O Estado Federativo Brasileiro

Para contextualizar o federalismo brasileiro, no qual se insere esta investigação, tomaremos a sistematização proposta por Sano & Abrucio (2009), que considera três aspectos importantes: a) as origens e a natureza de nossa federação; b) o modelo legado pelo regime militar; e c) as diferentes conjunturas no período pós-autoritário.

Entender as origens históricas do nosso sistema federativo possibilita a compreensão dos elementos distintivos do nosso Estado, particularmente nossa tendência ao centralismo político. O federalismo brasileiro nasceu, em grande medida, do descontentamento ante o centralismo imperial, e mesmo no modelo unitarista, já existiam disputas entre o centro e as províncias (CARVALHO, 1993), levando o país a adotar posteriormente o sistema federativo como alternativa para diminuir os problemas trazidos pelo centralismo imperial. Desta forma, nosso modelo federalista teve grande dificuldade de equilibrar, desde o início, as relações entre centralização e descentralização.

Para além das origens históricas de nossa federação, deve-se levar em conta, no século 20, o modelo legado pelo regime militar que vigorou entre 1964-1985, com forte centralização política, financeira e administrativa, resultado, de um lado, do caráter autoritário do sistema, e do outro, da expansão da intervenção estatal de determinadas políticas sociais. A ausência de uma cultura de negociação entre os entes federados e a criação de determinados “nichos burocráticos” federais, que resistiram a todo custo ao processo de descentralização iniciado a partir da redemocratização do país, são apontados por Sano (2008) como consequências do período autoritário.

Abrucio (2005) considera a existência de duas conjunturas críticas no período pós-autoritário, que representaram grande mudança na posição relativa dos atores políticos e sociais, e encontram-se resumidas no quadro 1. No primeiro momento, houve a predominância de um federalismo baseado na ascensão e fortalecimento dos estados e municípios, concomitantemente à fragilização política e econômica-financeira da União. Para o autor, isto resultou na maior competição entre os governos subnacionais diante da baixa coordenação do governo nacional.

A redemocratização do País alterou o cenário das relações entre as esferas de governo. Se por um lado, o Governo Federal entrou numa grave crise financeira, fator que, de certa forma, explica sua “fraqueza” em relação aos estados (SANO, 2008), por outro, governadores e prefeitos emergiram como atores legítimos na nova configuração federativa. Desta forma, a lógica da disputa e da competição – portanto, da autoridade independente –, convivia com a

sobreposição de funções e competências – portanto, da autoridade interdependente –, proposta pela Constituição de 1988.

No segundo momento, o plano de estabilização do real promoveu a recuperação do poder político e econômico do governo federal, o que possibilitou o processo de descentralização de algumas políticas públicas que até então caminhavam com grau significativo de fragmentação. Por sua vez, os estados entraram em uma grave crise financeira. Apesar disso, foi possível observar uma mudança significativa no comportamento do Governo Federal: a busca pela legitimação de suas iniciativas perante os governos subnacionais. (SANO, 2008) Assim, a União incorporou, de certa forma, as demandas dos governos subnacionais às suas decisões, em parte pela ocupação de espaços de poder no governo federal por muitos dos atores que defenderam ou atuaram no processo de descentralização, mas também pelo amadurecimento da articulação entre os governos estaduais e municipais em determinados setores.

Quadro 1 - Fases das relações intergovernamentais no Brasil

Conjuntura critica	Fases	Periodo
Redemocratizacao	Competição/baixa coordenação	Da redemocratização até 1994
Plano Real e Estabilização da economia	Aumento da coordenação vertical e da articulação horizontal	A partir de 1994

Fonte: SANO & ABRUCIO, 2009

Para Arretche & Schlegel (2014) a fragilização política dos estados brasileiros antecede o fenômeno da re-centralização fiscal, proposto por Sano & Abrucio (2009), sendo resultado das competências legislativas da União e da dificuldade dos governadores para vetar matérias que afetem negativamente suas receitas nas arenas decisórias, fruto de uma decisão deliberada dos constituintes em 1987-88. Os resultados apontaram que no regime democrático contemporâneo, os estados brasileiros têm autoridade similar ao dos governos intermediários nas federações de tipo cooperativo no quesito de auto-governo (*self-rule*) e limitada autoridade para afetar as decisões nas arenas decisórias centrais considerando o *shared-rule*<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> O *self-rule* (auto-governo) diz respeito à autonomia para tomar decisões sobre suas próprias políticas, por sua vez, o *shared-rule* (governo compartilhado) se refere à capacidade para afetar decisões tomadas nas esferas centrais (Elazar, 1991).

“Em matéria de governo compartilhado, os estados brasileiros contam com autoridade mais limitada do que este grupo de países (...) Diferentemente de Alemanha e Áustria, por exemplo, os representantes das unidades regionais brasileiras na câmara territorial (Senado) não são indicados pelo Executivo, o que cria dificuldades para que atuem de forma coordenada com os interesses dos governadores. No Brasil, não há encontros sistemáticos entre governadores e representantes do governo federal, em arenas decisórias que criem compromissos entre a União e os estados; no Canadá, instituição nesses moldes dá caráter cooperativo ao federalismo. Por fim, a aprovação de emendas constitucionais não requer ratificação dos estados, mesmo que seu conteúdo afete diretamente suas receitas e suas políticas; nos Estados Unidos, uma minoria de legislativos estaduais pode vetar mudanças na constituição.” (ARRETCHE & SCHLEGEL, 2014, p.11)

Diante dos aspectos apresentados, percebe-se que o moderno federalismo brasileiro, construído nos últimos anos, conviveu com vetores centralistas, autonomistas e interdependentes. Apesar disso, o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde, com gestão compartilhada entre os níveis de governo, representa um novo modelo de pacto federativo, compatível com um federalismo cooperativo. A engenharia institucional do SUS apresenta as características de um sistema federativo com autoridade interdependente, que trouxe para o centro do sistema de saúde os governos estaduais e municipais, convertendo-os em atores chave no processo de descentralização das ações no setor (SANO, 2008). Desta forma, o SUS propôs a construção de um federalismo pactuado em diferentes instâncias institucionais, assumindo a negociação democrática e transparente como alternativa à barganha política, requerendo portanto um outro pacto federativo, conforme veremos a seguir.

#### **4.3. A complexa engenharia institucional do SUS: a "governança em rede"**

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) contemplou a criação de uma complexa engenharia institucional que leva em conta o caráter federativo do Estado brasileiro, mas vai além, na medida em que se redefiniu não só a relação entre as esferas de governo, mas também a relação do Estado com a sociedade e o mercado. O SUS apresenta um formato descentralizado e integrado, compondo um arranjo extremamente inovador que combina esferas e atores autônomos e interdependentes, conforme sistematizado no quadro abaixo.

Quadro 2 - A engenharia institucional do SUS

Níveis de governo	Estabelecimento de consenso e instrumentos administrativos			Autoridade sanitária	Mecanismos de controle social	Mecanismos de formulação de políticas
Federal (eleito)		Comissão Intergestora Bipartite	Comissão Intergestora Tripartite	Ministerio da Saude	Conselho Nacional de Saude	Conferência Nacional de Saude
Estadual (eleito) 26 + 1 DF				Secretaria de Estado	Conselho Estadual de Saude	Conferência Estadual de Saude
Municipal (eleito) 5.507	Consórcio Municipal			Secretaria Municipal	Conselho Municipal de Saude	Conferência Municipal e Saude

Fonte: Adaptado de Fleury e Ouverney (2007, p. 115)

O modelo proposto pelo SUS requer a coparticipação dos entes federados em sua gestão, garantindo espaços para construção de consensos, por meio das comissões intergestoras tripartite (CIT) e bipartite (CIB), que se constituem em foros de negociação e pactuação entre os gestores das esferas governamentais, com o objetivo de:

- decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS;
- definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no que diz respeito a sua governança institucional e a integração das ações e serviços dos entes federados;
- fixar diretrizes sobre as regiões de saúde e demais aspectos vinculados a integração de territórios e das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRASIL, 2011).

A composição dessas comissões é paritária, sendo o CONASS e o CONASEMS reconhecidos como as entidades representativas dos entes estaduais e municipais na CIT, e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) representantes dos entes municipais nas CIB.

Como o SUS é fruto de um processo de luta pela Reforma Sanitária Brasileira (BERLINGUER, TEIXEIRA & CAMPOS, 1988; ESCOREL, 1999; PAIM, 2008a), que envolveu diversos segmentos da sociedade civil organizada, privilegiou-se, em seu desenho institucional, a criação de espaços de participação social no processo decisório, isto é, na

deliberação, formulação, monitoramento e avaliação de políticas, por meio dos conselhos e das conferências de saúde. (CARVALHO, 2007)

Os conselhos de saúde são instâncias deliberativas que decidem a execução da política de saúde em cada nível de governo, sendo responsáveis pela formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído.

A formulação da política tem como mecanismo principal a convocação periódica das conferências de saúde, e embora esse processo de mobilização política não garanta o cumprimento de suas decisões pelo governo, assegura, no entanto, a legitimidade política necessária para garantir a continuidade dos rumos da reforma do sistema de saúde. (FLEURY e OUVÉRY, 2007)

Desta forma, o modelo de governança proposto pelo SUS converge para o mesmo padrão de ação do Estado difundido internacionalmente pela teoria das redes de políticas (KOPPENJAN & KLIJN, 2014), qual seja, a “governança em rede”. O conceito de governança em rede constitui-se uma alternativa à concepção clássica<sup>24</sup> do ciclo de políticas públicas, e assume o processo de tomada de decisões como um jogo de poder político dominado por considerações estratégicas, envolvendo atores mutuamente dependentes e que procuram soluções por meio da discussão e negociação. Além da percepção efetiva de interdependência dos atores envolvidos, o processo decisório em redes requer uma mudança na cultura de relacionamento entre as partes, o desenvolvimento de estratégias e mecanismos de construção de consensos, assim como a instituição de instâncias organizativas de suporte e intermediação dos atores. (FLEURY e OUVÉRY, 2007)

A análise específica da inserção do CONASS em uma rede desta natureza, conformada por um conjunto de atores governamentais envolvidos, direta e indiretamente no processo de tomada de decisões no âmbito da Gestão federal do SUS, pode fundamentar-se, ademais, na contribuição de autores da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, a exemplo de Matus e Testa, que elaboraram conceitos que permitem a compreensão da dinâmica do “processo político em saúde” (MATUS, 2005) e dos usos do poder em saúde (TESTA, 1995).

---

<sup>24</sup> Na concepção clássica (KINGDON 2003), a política pública é vista como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. O ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Desta forma, elas são vistas como etapas sequenciais em que os processos de implementação e execução seguem as prescrições definidas durante a fase de elaboração.

Assim, as proposições teóricas de Carlos Matus (1997,2005,2007), particularmente os elementos da **teoria da produção social** (2005) e sua concepção acerca da **dinâmica do jogo social** (2005), assim como a contribuição de Testa (1995) a respeito do **poder** e do **conceito de ator social**, sumarizadas a seguir, servirão de base para a análise do próprio CONASS e das relações de poder estabelecidas entre este ator e outros atores que participaram do processo político em saúde no período do estudo.

#### **4.4. A contribuição de Carlos Matus: “teoria da produção social” e processo político como um “jogo social”**

A Teoria da Produção Social elaborada por Matus (1997) nos anos 80 do século passado, a partir de sua crítica ao planejamento normativo e estratégico, fundamenta uma leitura da realidade que a explica para além dos fatos mais aparentes, através de três níveis: a) o nível dos fatos propriamente ditos ou fenoprodução (fatos de qualquer natureza); b) o nível das acumulações ou fenoestruturas (capacidades de produção de novos fatos); c) o nível das regras ou leis básicas que regulam uma formação social. Segundo esta teoria, os diferentes processos e fenômenos da realidade articulam-se dinamicamente, tanto no interior de cada um desses níveis, como entre eles, havendo uma maior determinação do último - as regras - sobre os demais.

A potência explicativa dessa teoria tem sido reconhecida por vários autores da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, podendo-se citar Lima (2010), segundo o qual:

*“Há uma grande contribuição à prática social nesta concepção. Ela permite um enfrentamento da realidade sem os riscos do imobilismo ou da aventura, uma vez que os atores sociais podem produzir mudanças nos fluxos de produção, que ampliam suas capacidades de produzir fatos, e estas podem, por sua vez, abrir caminho para alterar as regras do jogo. Para o ator implicado com a mudança em uma realidade adversa, significa o seguinte: toda mudança que é impossível hoje poderá ser realizada amanhã se fizermos hoje aquilo que já é possível”* (LIMA, 2010, p. 2648).

A aplicação concreta desta teoria se dá no momento da análise da situação em que está imerso o ator, e consiste na identificação, descrição e explicação de um problema (dos problemas), através da montagem do fluxograma situacional, estabelecendo-se uma rede de relações causais, o que contribui para uma visão mais ampla do problema explicado para uma atuação mais efetiva sobre suas causas. A análise situacional constitui, assim, um processo de criação e omissão de possibilidades para a ação.



Nesse sentido, o conceito de situação é estruturante, sendo entendido como uma apreciação do conjunto de problemas identificados, analisados e selecionados pelo ator em função das ações que projeta produzir, visando preservar ou alterar a realidade em que vive, ou seja, a própria situação. Constitui-se, assim, em um recorte problemático feito em função de um projeto de ação, constituída pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações e pelas estruturas econômicas, políticas, ideológicas e culturais que condicionam os atores e suas ações.

O problema, por sua vez, suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade. Para se constituir como tal, um problema precisa ser definido e declarado por um ator, disposto e capaz de enfrentá-lo. Um problema nunca é “solucionado” definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade pode produzir um intercâmbio positivo de problemas.

A explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, e refere-se às múltiplas dimensões da realidade: política, econômica, ideológica, cultural, ecológica, etc., requer, portanto, uma visão interdisciplinar e multissetorial, capaz de adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação. É dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras. É ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação; é, portanto, autoreferencial.

Toda ação social é uma ação coletiva que está submetida a uma intencionalidade coletiva. *Se não houver intencionalidade coletiva, a ação será coletiva, mas não uma ação social.* (MATUS, 1997, p. 280) Para Matus (1997), a ação é uma categoria situacional. A ação é suscetível de várias interpretações situacionais pelos distintos atores sociais que se relacionam com ela. A ação somente é concreta numa situação concreta, e aí define-se com distintos significados para os diversos atores sociais. (MATUS, 1997)

Em sua produção posterior, Matus (2005) passou a utilizar a metáfora do “jogo” para elucidar a ação e a produção humana no processo de produção social. Para este autor, o sistema social constitui-se em um jogo, complexo, nebuloso e de final aberto, composto por vários jogos individuais, porém entrelaçados. Uma lógica de jogo define precisamente o tipo de poder que se está disputando e as regras para a sua disputa, sejam elas formais ou de fato. As regras englobadas na lógica de cada jogo são sua marca diferenciadora. Os participantes do grande jogo social desenvolveriam uma constante luta pelo poder, e desse modo, uma boa parte do jogo social giraria em torno da competição pelo poder atual, pelo poder em si mesmo. Essa luta é canalizada pela competição, pela supremacia de um dos jogos sobre os outros ou pelo domínio

em cada jogo. O domínio reside no controle das regras e valores; as regras impõem a lógica do jogo; e os valores impõem a aceitabilidade das regras. (MATUS, 2005)

O jogo tem regras equivalentes as do sistema social; no jogo a realidade muda a cada momento e cada nova realidade é uma modificação da anterior; os movimentos e jogadas são o meio utilizado pelos jogadores para alterar suas acumulações, da mesma maneira que os atores sociais alteram a situação através da ação humana. A situacionalidade é o fundamento central da teoria do jogo social, no qual complexidade, indeterminação e incerteza permeiam o comportamento interativo dos jogadores, resultando em finais abertos que não podem ser antecipados de antemão.

Para o autor, o jogo social atende a todos os requisitos de um jogo, na medida em que encontramos nele competição, cooperação e conflito entre os jogadores. Mas é um jogo especial na medida em que se compõe de vários jogos parciais interconectados e entrelaçados, que geram problemas quase-estruturados de natureza diversa para os jogadores.

Na analogia do Jogo Social, as jogadas seriam os **fatos**<sup>25</sup>, produzidos pelos jogadores (atores) a partir de determinadas **acumulações** que estariam ancoradas em capacidades individuais, intelectuais, no conhecimento do jogo e suas **regras** e nas próprias acumulações geradas no processo de jogar (ARTMANN, 2016). A partir daí, entende-se fato político como um fato social produzido pela interação de atores sociais com objetivos e interesses convergentes e divergentes e com distintas capacidades acumuladas. Essa interação social, mediada por um conjunto de regras, resulta na produção de novos fatos políticos e, conseqüentemente, na acumulação de mais poder ao ator que gerou os fatos. Uma diferença fundamental entre os tipos comuns de jogos e o Jogo Social estaria representada pelas **regras**, que, se na maioria dos jogos estão predefinidas e são imutáveis (xadrez, monopólio, etc.), neste último, são construídas pelos homens e não são imutáveis.

Matus (2005) define os diversos tipos de jogadas, analisando os “9 jogos do poder”<sup>26</sup>, quais sejam: o jogo político, o jogo econômico, o jogo da vida cotidiana; o jogo pessoal; o jogo

---

<sup>25</sup> Alencar (2016) problematiza as maneiras como essa categoria é apreendida e adjetivada pela sociologia, partindo da contribuição de Émile Durkheim sobre a centralidade do fato social e de sua identificação a partir de três características: generalidade (os fatos sociais são coletivos), coercitividade (os fatos sociais conseguem se impor sobre os indivíduos) e externalidade (os fatos sociais são exteriores aos indivíduos). Assim, os fatos sociais devem ser tratados como coisas e constituem o ponto de partida do trabalho de investigação. Nesse trabalho de objetivação dos fatos, é necessário descartar as pré-noções em relação aos mesmos, mantendo, portanto, a vigilância epistemológica.

<sup>26</sup> “**O jogo político**, no qual se disputa e se distribui o poder político, civil e militar, cuja função é criar, concentrar e distribuir poder social; **O jogo econômico**, no qual é disputado e distribuído poder econômico, cuja função é produzir os bens e os serviços demandados pela população para satisfazer suas necessidades; **O jogo da vida cotidiana**, no qual se disputa um espaço nos modos de vida dos cidadãos comuns, e distribui-se a qualidade de

da comunicação; o jogo macro-organizacional; o jogo dos valores; o jogo das ciências; o jogo da natureza. Cada jogo distribui o poder de forma desigual. Assim, distribui satisfações para poucos e necessidades insatisfeitas para muitos. Cada jogo converge para alguma forma de poder, ou cada um deles é um elemento na formação do vetor de poder resultante de seu desenvolvimento paralelo e entrelaçado. Desta forma, o jogo social encerra dois tipos de conflitos: a luta para impor o jogo dominante e a luta pelo poder dentro de cada jogo.

O jogo político é um jogo entre atores em disputa pelo controle dos diversos “sistemas de governo” em vigor, combinando a luta por motivações pessoais com motivações ideológicas e partidárias, expressas em projetos sociais. No jogo social, as regras sociais criam uma desigual distribuição das possibilidades de êxito. Em qualquer jogo, o cálculo dominante é o cálculo interativo, pois sempre há uma relação entre o eu e o outro, que os torna mutuamente dependentes para conseguir a eficácia de suas jogadas. Esse cálculo interativo é uma propriedade de todos os jogos e proporciona uma base teórica para compreender o jogo social, apesar de suas diferenças com outros tipos de jogos.

Uma forma de reduzir a complexidade do jogo social seria retratá-lo a partir de determinadas variáveis: **atores** (participantes), **fluxos** (modos de jogar), **acumulação** (capacidade e incapacidade para o jogo) e **regras** (regulamento do jogo). (MATUS, 2005, 2007)

O ator, para Matus (2007), é um sujeito ativo que tem marca de identidade e a sua ferramenta é a ação na *praxis*. Ele deve preencher três critérios: ter base organizativa; ter um projeto definido; controlar variáveis importantes para a situação. O ator pode estar representado pela direção de um sindicato, de um partido político ou de uma associação de moradores, considerando-se vários subatores (por exemplo, o presidente do sindicato pode ter uma posição

---

*vida e o poder comunitário; O jogo pessoal, no qual se disputa a liderança individual e se distribuem as recompensas pessoais no espaço das satisfações, do mundo interior do homem, e o poder pessoal; O jogo da comunicação, no qual se realiza o apoio a todos os outros jogos no plano do entendimento e da comunicação entre os jogadores, e se estabelece a disputa pela transparência, opacidade e controle da interação humana através da linguagem como poder de comunicação, gerador de convicções e motivações; O jogo macroorganizacional, em que se estabelece o apoio a todos os outros jogos através da ação coletiva, ou de organizações, e que gera uma disputa pelo poder burocrático e institucional; O jogo dos valores, que é a consciência de todos os outros jogos, Representa o capital ético, estético e emocional contra o qual sacam todos os demais jogos, e no qual se defrontam as convicções, surgidas das reflexões éticas e dos afetos, com as necessidades requeridas pela eficiência e eficácia operacional de cada jogo; O jogo das ciências, que constitui o capital cognitivo contra o qual sacam os demais jogos, e no qual há uma disputa por espaço entre o conhecimento científico e as ideologias, os preconceitos e as crenças metafísicas; é também uma competição entre o juízo intuitivo e o juízo analítico, como fundamento das jogadas, nos diversos jogos, esse jogo gera e distribui o poder cognitivo; e O jogo da natureza, que constitui o capital fixo proporcionado pelos ecossistemas ao desenvolvimento do jogo social, e no qual se disputa o controle dos recursos escassos da natureza e seu uso de acordo com os critérios de sua preservação ou sua exploração, em relação com a eficiência e a eficácia operacionais dos jogos que demandam recursos naturais.” (MATUS, 2005, p. 321-325).*

e outro membro importante outra) ou pode ser uma pessoa: o prefeito, o secretário de saúde ou de educação.

Os fluxos de produção ou jogadas indicam as ações realizadas pelos atores. Eles permitem aos jogadores acumular ou desacumular ativos econômicos; os fluxos de produção ou jogadas se feno-estruturam como acumulações econômicas, como relações de poder ou de força e como relações de destreza entre os jogadores. É possível distinguir em um jogo a atuação dos jogadores por meio de jogadas, que podem ser fatos, ações, decisões, produção de bens ou serviços.

Acumulações indicam os quatro vetores de recursos que caracterizam os atores sociais e as capacidades de produção. Elas condicionam a capacidade de produção de jogadas ou fluxos por parte dos atores sociais. Os atores que controlam as acumulações dominam o jogo (MATUS, 2007), em outras palavras, a força nada mais é do que controle de acumulações. (MATUS, 2005)

Todo jogo social possui regras, e as regras são um produto social. Essas regras permitem que cada ator social disponha de um quadro ou espaço de possibilidades dentro do qual possa guiar sua ação em relação aos outros, e calcular o que pode ou não esperar das jogadas dos outros participantes. Elas definem um espaço de variedade do possível, um espaço de potencialidades para a ação e seus resultados socialmente acumuláveis. A realidade, numa dada situação, está sempre dentro desse espaço. As regras básicas do sistema definem as acumulações e fluxos de produções possíveis.

As regras do jogo constituem as normas que o regem, e que *permitem, proíbem, estimulam, desestimulam, colocam entraves ou facilitam o desenrolar do jogo*. No caso em estudo, as regras de funcionamento do processo decisório em saúde subordinam-se em última instância as regras de funcionamento do próprio sistema capitalista brasileiro. Matus destaca a possibilidade sempre presente de mudança das regras do jogo, e, portanto, do próprio jogo social.

*“...os homens criam as regras geno-estruturais, mesmo que numa situação concreta não sejam eles seus autores. Com efeito, cada homem assume sua prática social a partir de regras geno-estruturais prévias; isto nos dificulta compreender que podemos assumir a tarefa de desenhar o sistema social em que queremos viver. A paixão pelo jogo e sua força leva-nos ao cotidiano da sobrevivência e a atuar dentro do espaço previamente definido pelas regras geno-estruturais do sistema vigente. Ao jogar estamos cegos para as possibilidades de outros jogos, porque o jogo em que vivemos absorve todas as nossas energias. É certo, porém, que mais importante do que produzir uma jogada que me dá uma vantagem adicional no jogo atual é imaginar e*

*produzir uma jogada que me leva a outro jogo de maiores possibilidades.”*  
(MATUS, 1997, p. 118)

Ele chama a atenção, contudo, para o fato de que é preciso muito **poder** ou uma grande acumulação para se mudar as regras sociais que são desiguais, favorecendo mais a alguns atores em detrimento de outros. O poder é assumido pelo autor enquanto um conceito multidimensional (MATUS, 1997): é uma relação social, referido aos projetos dos diversos atores sociais imersos na situação, os quais estabelecem relações de cooperação (alianças) ou conflitos, daí a necessidade de se constituir estratégias de ação, mas também é produto de uma acumulação social, podendo, portanto, ser acumulado/desacumulado no processo de produção de fatos, em função das ações realizadas pelos diversos atores (jogadas). Mas também é “*capacidade de fazer ou de influir sobre o que os outros fazem*” e se expressa em diferentes planos situacionais (MATUS, 1997). Assim, o autor assume o poder como relação, como capacidade e como recurso.

#### **4.5. A contribuição de Mario Testa: o Poder**

O pensamento sobre o poder caracteriza a obra de Mario Testa (GIOVANELLA, 1990; MERHY, 1995; PAIM, 2002; TEIXEIRA, 2010; FEDERICO, 2015), que o entende como uma das categorias analíticas centrais da dinâmica social. Para o autor, a idéia de poder se encontra indissolúvelmente ligada ao Estado, na medida em que o Estado tem assumido como sua função mais importante o exercício da força legítima para manter a ordem social (TESTA, 1995). Desta forma, o autor trata o Estado como continente da política – no sentido do processo político – tanto como espaço social, onde se desenvolve a política, quanto no que diz respeito ao papel<sup>27</sup> do próprio Estado nessa ação.

Em se tratando de saúde, não é possível discutir seriamente esta questão sem a referência ao poder e à política. Ao aprofundar sua concepção de poder, Testa (1995) identifica três âmbitos onde se desenvolve a ação que expressa relações de poder: 1) o que corresponde às atividades enquanto “processos que manejam recursos”, e que conduz à definição de poder administrativo; 2) o que se define a partir dos conhecimentos utilizados em qualquer nível de

---

<sup>27</sup> “*Dois grandes teorizações disputam a proeminência acerca da interpretação do papel político do Estado: a que parte da formulação liberal e a que se origina no marxismo (p.36) ...na interpretação liberal, o Estado se constitui em uma sociedade de iguais com o propósito de manter a igualdade, posta em risco em consequência das ambições individuais: a luta pela desigualdade. A interpretação marxista não admite esta formulação e assinala – para os países capitalistas – a constituição do Estado como consequência da tentativa de manter a desigualdade existente.*” (TESTA, 1995, p.37)

funcionamento do setor saúde, denominado poder técnico; e 3) o que funciona para a defesa dos interesses em disputa pelos diversos grupos, expressando desta forma o poder político.

Nessas caracterizações acima, o poder é definido como capacidade, mas introduz-se uma nova categoria – recurso de poder – e assim o autor propõe que sejam analisados os âmbitos desses diferentes tipos de poder de maneira a evidenciar as relações e seus modos de constituição. A equivalência entre âmbitos onde se exerce o poder e os recursos utilizados nesse exercício, evidenciada pela não sobreposição dos itens que correspondem a cada uma das categorias, não é o motivo para excluir uma das duas na medida em que ambas podem servir para propósitos distintos: *“o âmbito faz parte do cenário onde se desenvolve a ação, enquanto os recursos de poder podem ser vitais no momento do desenho da estratégia”*. (TESTA, 1995, p39) Essa reflexão é muito importante para entender os tipos de recursos (de poder) acionados pelo CONASS no processo político em saúde.

Outra contribuição importante do autor é sua reflexão sobre quem decide em saúde. Para o autor (TESTA, 2007), quem decide é o Estado mas como este espaço é permeado de conflitos, é importante investigar quem são os que conformam o Estado. Para Testa (2007), os atores do Estado são todos aqueles sujeitos ou organizações que adquirem a capacidade de introduzir temas de discussão e debate na agenda do Estado. Assim, o Estado aparece como o continente que condiciona a transformação do sujeito em ator social. Testa (2005) defende um duplo enfoque para explicar o processo de transformação social deste sujeito que decide, cujas categorias analíticas são sujeito e intermediação. Ele propõe a existência de cinco espaços de intermediação (individual, coletivo, institucional, político e estatal) dos quais se podem observar a gênese, a posição e o significado do sujeito em relação a seus estados organizativos (caótica ou organizada), conforme sistematizado no quadro abaixo.

Quadro 3: Níveis e organização do sujeito

SUJETO	NIVELES					Estado de organización
	Individual	Comunitario	Institucional	Político	Estatal	
Potencial	Individuo ↓	Masa ↓	Institución (funcionario) ↓	Receptor (consumidor) (votante)	Población (habitante)	Caótica
Constituido	Sujeto	Agrupación	Organización (analizador)	Participante (militante) (luchador)	Actor social (decisor)	Organizada
Concepto	Singular	Particular			Universal	

Fonte: Testa, 2005

O quadro contém uma série de definições implícitas. A primeira linha corresponde ao sujeito potencial ou estado de organização caótica; a segunda apresenta o resultado da constituição do sujeito em sua forma mais desenvolvida (do indivíduo a sujeito, da massa ao agrupamento, e assim por diante); e a terceira linha define como singular o nível individual, particular os níveis comunitário, institucional e político, e universal o nível correspondente ao Estado. As setas sinalizam as possibilidades de transformação, que começam com o indivíduo e seguem em linha reta, mas também a transformação do sujeito ao atravessar a barreira do potencial e do constituído. (TESTA, 2005) Essa mesma passagem ocorre para os níveis comunitário e institucional, porém não para o político e o estatal, o que significa que, para o autor, a transformação em “participante”, “militante” e “lutador” requer a transformação previa em sujeito constituído. Assim, a principal atividade da política ou mesmo a construção de sua base, realiza-se nos níveis não políticos - individual, comunitário e institucional - considerados espaços de intermediação.

Orientado por esta ideia, este estudo interessa-se pela análise da ação do CONASS enquanto ator social, na medida em que ele representa os interesses dos gestores estaduais, que disputam espaços de poder no processo político governamental ao nível federal. Nesse sentido, é importante investigar as relações de poder que se estabelecem entre os diversos atores, as quais determinam a capacidade de cada um deles introduzirem temas na agenda da CIT, participando de forma desigual, no processo de tomada de decisão, ou seja, buscando intervir sobre os produtos desse processo, materializados em resoluções, normas e portarias.

#### 4.6. Síntese: Elementos para um Quadro Teórico

Com base na revisão dos conceitos e teorias expostos anteriormente, é possível delimitar mais claramente o objeto desse estudo, apresentando, inclusive, um “quadro teórico”, que articula os diversos elementos que constituirão no referencial para a análise da ação política do CONASS no período 2006-2016. Nesse sentido, o presente estudo assume o Estado como um campo de poder, uma arena onde se *condensam materialmente* as lutas e os conflitos entre os diversos atores sociais (POULANTZAS, 2008), entre eles o CONASS, em um processo onde se entrelaçam diferentes interesses políticos e econômicos, relativos à implementação da Política de Saúde, especificamente, a implementação do SUS.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o que alguns autores chamam de “federalismo sanitário” pois o arranjo institucional proposto pelo SUS garantiu espaços de articulação vertical e horizontal dos gestores do sistema, produzindo as condições de possibilidade para a ação do CONASS. Além disso, o modelo do SUS, com uma estrutura policêntrica e articulada entre diversos níveis governamentais e entre instâncias de reunião do Estado com a sociedade, requer uma abordagem de governança em rede. (FLEURY & OUVÉNEY, 2007) Na governança em rede, a coordenação é realizada por meio da interação entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição dos recursos e conteúdo das políticas, tal como se processa no âmbito da CIT. (MIRANDA, 2003)

O CONASS, objeto desse estudo, é entendido como um ator social, na acepção proposta por Matus (2005) considerando-se que ele possui base organizativa, possui projetos de intervenção e pode controlar algumas variáveis do processo decisório no SUS. A teoria da ação, proposta por Matus, assim, mostra-se útil para descrever e analisar a ação do CONASS enquanto ator em situação, ou seja, enquanto um ator político coletivo, que realiza, continuamente, uma análise dos problemas enfrentados no processo de gestão do SUS, diante dos quais elabora propostas de encaminhamento e solução que expressam os interesses dos atores que compõem sua base organizativa, isto é, os secretários estaduais de saúde, conjunto heterogêneo, aos quais interessa conduzir o processo de construção do SUS de acordo aos projetos políticos a que estão vinculados.

Nessa perspectiva, o processo de discussão política e tomada de decisões no qual está envolvido o CONASS pode ser compreendido como um “jogo político”, tratando-se, então de situar a ação do CONASS em relação aos demais atores políticos que atuam no processo político em saúde, tanto no âmbito institucional, isto é, o Ministério da Saúde e outros órgãos



do governo federal envolvidos na formulação e implementação das políticas de saúde, quanto no âmbito da sociedade civil. Assim, o estudo dessa ação será buscado nos fatos produzidos pelo CONASS ou de posições tomadas por ele diante de fatos produzidos nas diferentes conjunturas.

Em síntese, o CONASS, enquanto um ator social representa diferentes forças sociais, defendendo projetos distintos com relação ao SUS, participando, portanto, de um “jogo”, em constante mudança, cujas regras são equivalentes as do sistema social. Este ator produz fatos que ao se acumularem (ou fenoestruturarem) podem aumentar sua capacidade de produção de novos fatos tendentes ao fortalecimento ou fragilização de suas posições na correlação de forças que se estabelece no âmbito político-institucional.

Logo, seus movimentos e jogadas são o meio utilizado para alterar suas acumulações, mas eles os fazem de acordo com as relações de força (poder) prevaletentes em cada situação, podendo produzir mudanças nos fluxos de produção de fatos tendentes à consolidação ou desestabilização do SUS, em um processo que pode abrir caminho para a produção de novos fatos que alterem as genoestruturas, ou seja, as próprias regras do jogo.

A análise da capacidade de ação do CONASS, no âmbito do jogo político desenvolvido nos diversos espaços onde se constroem as decisões acerca do processo de gestão e implementação do SUS, foi feita também com a identificação dos tipos de recursos (de poder) utilizados pelo CONASS no processo político em saúde. Nesse sentido, ganha importância a compreensão acerca dos tipos de poder – político, técnico e administrativo – acionados pelo CONASS ou seja, pelos gestores e técnicos (assessores) que elaboram as proposições apresentadas nos espaços decisórios, as quais estão articuladas aos projetos políticos em disputa na Saúde, dizendo respeito a diversos aspectos que definem a direcionalidade do SUS, a exemplo do financiamento, da gestão, do modelo de atenção, da articulação público-privado, e outros temas relevantes no debate político na conjuntura estudada.

Orientado por estes conceitos e noções, este estudo interessou-se pela análise da ação do CONASS enquanto ator social, na medida em que ele representa os interesses dos gestores estaduais, que disputam espaços de poder no processo político governamental ao nível federal. A ação do CONASS contribuiu para a produção de fatos, resultando nas acumulações/desacumulações de poder por este ator e que foram analisadas em termos de recursos econômicos, conhecimento, destreza e experiência das Diretorias do CONASS, bem como das ferramentas, sistemas, instituições e infraestrutura disponíveis para esses atores. Além disso, procurou-se investigar as relações de poder estabelecidas entre o CONASS e os demais atores, que participam do jogo político de condução do SUS, as quais determinam a

capacidade de cada um deles de introduzirem temas na agenda da CIT, participando de forma desigual, no processo de tomada de decisão, ou seja, buscando intervir sobre os produtos desse processo, materializados em resoluções, normas e portarias.

O estudo da ação do CONASS pode, inclusive, revelar até que ponto essa leitura é válida no que se refere ao processo político em saúde na conjuntura em análise, cuja complexidade pode evidenciar um dinâmica política que exija outras interpretações. Assim, a análise pretendida neste estudo articulou diferentes elementos teóricos reelaborados a partir da apropriação crítica da contribuição de varios autores, sistematizados no quadro abaixo visando a compreensão da ação do CONASS no processo político em saúde.

Quadro 4 – Principais conceitos, definições e categorias operacionais do estudo

<b>Conceitos</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria operacional</b>
Estado	Campo de poder, uma arena onde se <i>condensam materialmente</i> as lutas e os conflitos entre os diversos atores sociais (POULANTZAS, 2008)	Instituições que compõe o Poder Executivo, Legislativo e Judiciário no Brasil
Ator Social	Sujeito ativo que tem marca de identidade e a sua ferramenta é a ação na praxis. São dirigentes de partidos políticos, as forcas sociais, os grupos de pressão organizados, os dirigentes de instituições ou organizações de qualquer natureza, sindicatos, associações de classe, etc, que tem capacidade de ação e peso coletivo. (MATUS, 2007)  Sujeitos ou organizações que adquirem a capacidade de introduzir temas de discussão e debate na agenda do Estado. (TESTA, 2007)	Base organizativa, autonomia administrativa e financeira, projeto politico do ator
Poder	Capacidade de um determinado ator social mobilizar vontades (poder político), definir projetos (poder técnico) e gerenciar recursos (poder administrativo) (TESTA, 1995)	Capacidade do CONASS de mobilizar vontades e interesses de outros atores envolvidos no processo político em saúde, bem como de elaborar projetos e gerir recursos destinados a fortalecer

	Capacidade de agir ou influir sobre a ação dos outros atores sociais. É, portanto, fruto de uma relação social e histórica que pode resultar em acumulações e/ou desacumulações de poder (MATUS, 1997)	determinados processos no âmbito do SUS.
Fato Político	Fato social produzido a partir da interação de atores sociais com objetivos e interesses convergentes e/ou divergentes, que incide sobre a manutenção, mudança ou transformação de um dada organização ou sistema (TESTA, 2006)	Fatos políticos produzidos pela interação do CONASS com outros atores governamentais (e não governamentais) que incidem sobre a manutenção, mudança ou transformação dos componentes do SUS
Fluxos	Sequência de fatos políticos articulados em função de um determinado projeto, composta pelas ações realizadas pelos atores, que se acumulam e produzem alterações nas relações de poder ou de força entre os atores em cena.	Ação política do CONASS: realização de seminários, debates e encontros, desenvolvimento/apoio a projetos de intervenção.
		Articulação política ou seja, a participação do CONASS na CIT, no CNS, junto a Frente Parlamentar da Saúde.
Acumulações	Resultados da somatória de fatos político acumuladas em uma dada direção, que expressam a capacidade ou incapacidade dos atores sociais em produzir novos fatos e ampliar suas capacidades de condução do processo político.	Vetor de personalidade (experiência e habilidades da equipe e dirigentes do CONASS)
		Vetor de valores (missão e visão)
		Vetor de capacidade (poder político, técnico e administrativo)
		Vetor de motivações
Regras	Conjunto de normas que regem o processo político e definem o espaço de potencialidades para a ações dos diversos atores envolvidos e seus resultados socialmente acumuláveis.	Legislação (Leis, Decretos, Portarias, Resoluções)

Jogo social	Metáfora utilizada por Matus (2005), para elucidar a complexidade das relações de forças no âmbito de um determinado sistema social e/ou político. A análise dos “jogadores” e da sua ação que realizam no espaço do “jogo” contribui para elucidar a dinâmica da produção e reprodução social.	
-------------	---	--

Fonte: Elaboração própria

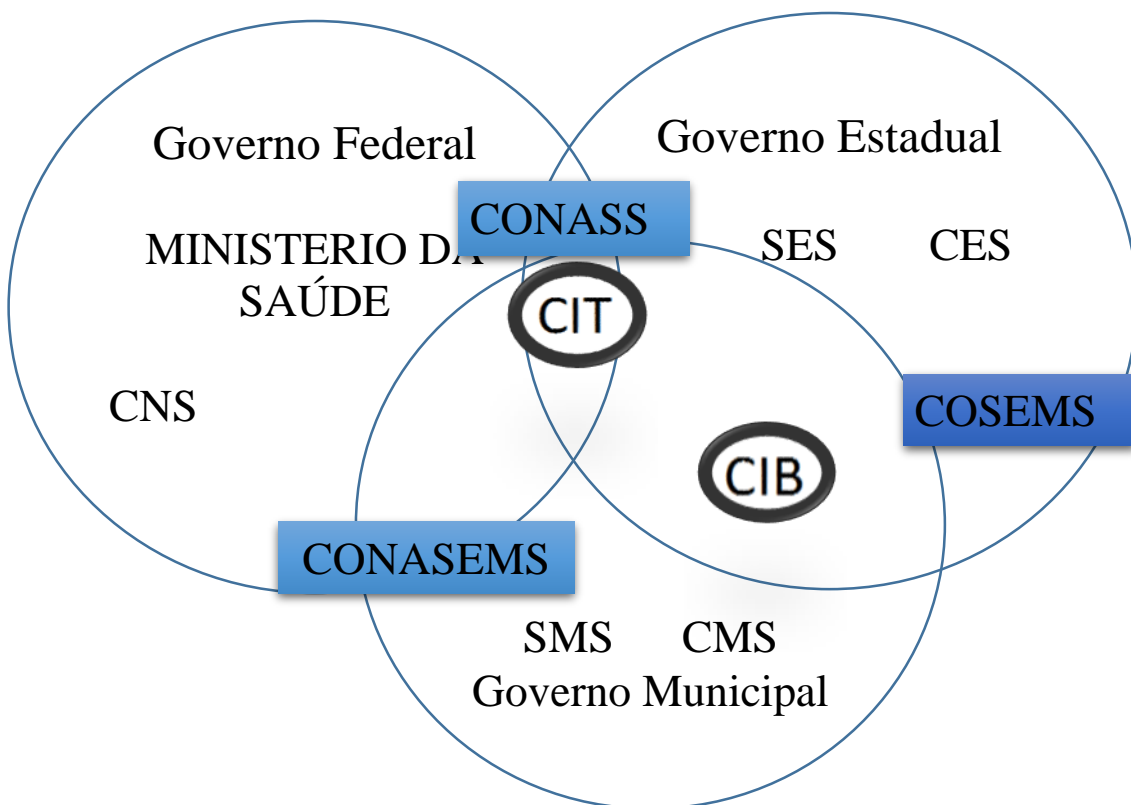
O diagrama 1, apresentado a seguir, expressa, sinteticamente a posição ocupada pelo CONASS, enquanto ator social, na rede de relações intergovernamentais e interinstitucionais que se constituiu ao longo do processo de construção do SUS, nos marcos do pacto federativo definido na Constituição de 1988, servindo como modelo teórico para a análise da dinâmica das ações políticas realizadas por este ator nas conjunturas estudadas. Trata-se, portanto, de um referencial que permitiu a identificação do lugar ocupado pelo CONASS na estrutura institucional do Estado brasileiro, especificamente no setor saúde, e orientou a análise da sua participação no processo político em torno da construção do SUS no período 2006-2016.

Diagrama 1 – Rede de relações intergovernamentais e interinstitucionais no âmbito do SUS: a posição do CONASS

ESTADO

FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE

.....SUS.....



.....SUS.....

CEBES      ABRASCO      AMPASA      REDE UNIDA  
FRENTE EM DEFESA DO SUS

SOCIEDADE

Fonte: Adaptado de Wright (1988) e desenvolvido pela autora

## 5. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso único (YIN, 2005) da ação do CONASS no processo político em saúde no Brasil, no período 2006 a 2016, tomando-se como marco inicial a aprovação do Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de gestão (BRASIL, 2006) e como marco final o processo de impedimento da presidente Dilma Roussef em 2016. A delimitação desse período foi feita em virtude da aprovação dos pactos marcarem a consolidação de um processo que se fundamenta na busca de fortalecer uma concepção federalista do SUS, que cria espaço político para o debate, formulação e aprovação posterior do Decreto 7508/2011 e da Lei 141/2012 (SANTOS, 2015). Já o marco final representa o encerramento de um ciclo, que dá início a uma nova etapa, de desconstrução dos pactos assumidos no período anterior.

Para a produção dos dados foram utilizadas como fontes de evidência documentos elaborados pelo CONASS, entrevistas semiestruturadas (MARCONI & LAKATOS, 2010; MINAYO, 2010) com informantes-chaves e o diário de campo da pesquisadora, construído durante o período em que vivenciou o cotidiano do trabalho da Secretaria Executiva do CONASS, em sua sede em Brasília/DF, no período de 24 de setembro a 12 de dezembro de 2018.

Os documentos utilizados foram:

- Atas das Assembleias do CONASS: um total de 104 atas digitalizadas correspondentes ao período 2006 a 2016 e disponibilizadas pela secretaria executiva. Dentre elas, 01 ata estava incompleta (6ª assembléia de 2012).
- Edições da Revista Consensus, editada trimestralmente, a publicação aborda pontos relevantes sobre o SUS, trazendo teses e/ou artigos científicos inéditos e polêmicos, configurando-se como um espaço para divulgação de estudos com informações técnicas relevantes para a informação do leitor e para a tomada de decisão dos gestores. Foram consultadas a versão digital das edições de número 1 a 21 (2011 a 2016). <http://www.conass.org.br/biblioteca/>
- CONASS documenta, publicação que divulga as sínteses das discussões, bem como os consensos e propostas apresentadas em eventos promovidos pelo CONASS, sendo utilizadas a versão digital das edições de número 1 a 29 (2004 a 2016). <http://www.conass.org.br/biblioteca/>
- CONASS Debate, publicação cujo objetivo é disseminar as reflexões obtidas nos seminários promovidos pelo CONASS, com transmissão on-line no portal do

CONASS, sendo consultadas as versões impressas de número 1 a 8 (2013 a 2016). <http://www.conass.org.br/biblioteca/>

- Notícias publicadas no sítio eletrônico do CONASS no período do estudo.

Todos os documentos foram lidos na íntegra, organizados em ordem cronológica, enumerados e catalogados individualmente, sendo sistematizados em diferentes matrizes: as atas foram sistematizadas em uma matriz (Apêndice A) contendo data, título, presidência, pauta, pauta da CIT e destaques; as publicações da Revista Consensus, CONASS Documenta e CONASS Debate foram sistematizadas em matriz (Apêndice B) contendo ano, número, tema, conteúdo e destaque; e as notícias publicadas no sítio eletrônico foram ordenadas em outra matriz (Apêndice C) com identificação do mês, tema/categoria, título, acontecimento/fato, fonte e link. Essa organização teve como objetivo facilitar a identificação das informações relativas a cada período de análise específico.

Para a organização temporal da análise, foi construída inicialmente uma linha do tempo (Apêndices D1 e D2) contemplando vários planos e níveis, partindo da dimensão geral, à particular e singular. Na dimensão geral, foram dispostos os diferentes períodos dos Governos Lula e Dilma e os principais fatos do contexto socioeconômico e político que delimitaram as distintas conjunturas e recortaram o período estudado. Na dimensão particular, foram dispostos os fatos que marcaram a trajetória da política de saúde em cada uma destas conjunturas, ou seja, a realização das Conferências Nacionais de Saúde e a aprovação de dispositivos normativos, políticos ou técnico operacionais que conferiam direcionalidade ao processo de construção do SUS. Por fim, na dimensão singular, foram sistematizadas as principais ações políticas do CONASS e que contribuíram para a produção de fatos na dimensão particular (trajetória da política de saúde), a exemplo de elaboração de documentos (*position papers*), tomadas de posição em reunião da CIT, organização e realização de seminários sobre temas relevantes na Política de saúde, etc.

Com base na diagramação da linha do tempo, foram identificados os fatos políticos que geraram posicionamentos do CONASS, tratando-se, em seguida, de analisar o conteúdo dos documentos produzidos com a finalidade de identificar a posição do CONASS face às decisões adotadas pelo MS com relação à Gestão, Modelo de Atenção, Articulação Público-Privado e Financiamento do SUS. Assim, foi possível caracterizar o “espaço político” de confronto e negociação entre os diversos atores que participam do jogo social em torno da direcionalidade do SUS, considerando a aproximação e/ou distanciamento das posições adotadas pelo CONASS com relação aos projetos em disputa no âmbito do SUS.

Além dos documentos, foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas pela pesquisadora no período de setembro a dezembro de 2018 em Brasília/DF. Para a seleção dos informantes-chaves, procurou-se identificar as mudanças que ocorreram na composição das Diretorias e da Secretaria Executiva do CONASS no período estudado (Quadro 4).

Quadro 5: Composição das Diretorias e Secretaria Executiva do CONASS 2006-2016

Período	Diretoria CONASS	Secretaria Executiva
2006-2007	Presidente: Jurandi Frutuoso – (SES/CE) Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Augustinho Moro (SES/MT) Região Nordeste – José Antônio Rodrigues Alves (SES/BA) Região Norte – Fernando Agostinho Cruz Dourado (SES/PA) Região Sudeste - Luiz Roberto Barradas Barata (SES/SP) Região Sul – Cláudio Murilo Xavier (SES/PR)	Ricardo F. Scotti
2007-2008	Presidente: Osmar Terra – (SES/RS) Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Augustinho Moro (SES/MT) Região Nordeste – Geraldo de Almeida (SES/PB) Região Norte – Eugênio Pacelli (SES/TO) Região Sudeste – Sérgio Luiz Côrtes (SES/RJ) Região Sul – Gilberto Berguio Martin (SES/PR)	Jurandi Frutuoso Silva
2008-2009	Presidente: Osmar Terra – (SES/RS) Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Beatriz Figueiredo Dobashi (MS) Região Nordeste – Edmundo da Costa Gomes (MA) Região Norte – Wilson Duarte Alecrim (AM) Região Sudeste – Sérgio Luiz Côrtes (RJ) Região Sul – Luiz Eduardo Cherem (SC)	Jurandi Frutuoso Silva
2009	Presidente: Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho (SES/TO) Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Beatriz Dobashi (SES/MS) Região Nordeste – João Lyra (SES/PE) Região Norte – Laura Rossetti (SES/PA) Região Sudeste – Sérgio Côrtes (SES/RJ) Região Sul – Luiz Eduardo Cherem (SES/SC)	Jurandi Frutuoso Silva
2009-2011	Presidente: Beatriz Bobashi (SES/MS) Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Irani Ribeiro de Moura Região Nordeste – Herbert Motta de Almeida Região Norte – Osvaldo Leal Região Sudeste – Antônio Jorge de Souza Marques Região Sul – Roberto Eduardo Hess de Souza	Jurandi Frutuoso Silva



2011-2012	Presidente: Beatriz Dobashi (SES/MS) Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Rafael de Aguiar Barbosa (SES/DF) Região Nordeste – Raimundo José Arruda Bastos (SES/CE) Região Norte – Wilson Duarte Alecrim (SES/AM) Região Sudoeste – Antônio Jorge de Souza Marques (SES/MG) Região Sul – Michele Caputo Neto (SES/PR)	Jurandi Frutuoso Silva
2012-2014	Presidente: Wilson Duarte Alecrim (SES/ Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Mauri Rodrigues de Lima (SES/ Região Nordeste – Raimundo José Arruda Bastos (SES/ Região Norte – Vanda Maria Paiva (SES/ Região Sudeste – Antônio Jorge de Souza Marques (SES/ Região Sul – Dalmo Claro de Oliveira (SES/)	Jurandi Frutuoso Silva
2014-2015	Presidente – Wilson Duarte Alecrim (SES/AM) Vice-presidentes: Região Centro-Oeste – Marco Bertúlio (SES/MT) Região Nordeste – Fábio Vilas Boas (SES/BA) Região Norte – Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães (SES/PA) Região Sudeste – Fausto Pereira dos Santos (SES/MG) Região Sul – João Gabbardo dos Reis (SES/RS)	Jurandi Frutuoso Silva
2015-2016	Presidente - Joao Gabbardo dos Reis (SES/RS) Vice-presidentes: Região Centro Oeste - Marcio Bertulio (SES/MT) Região Nordeste - Fabio Vilas Boas (SES/BA) Região Norte: - Francisco Armando Melo (SES/AC) Região Sudeste - Fausto Pereira (SES/MG) Região Sul - cargo vago	Jurandi Frutuoso Silva
2016-2017	Presidente - Joao Gabbardo dos Reis (SES/RS) Vice-presidentes: Região Centro Oeste - Leonardo Moura Vilela (SES/GO) Região Nordeste - Fabio Vilas Boas (SES/BA) Região Norte: - Vitor Manoel Jesus Mateus (SES/PA) Região Sudeste - Ricardo de Oliveira (SES/ES) Região Sul - Michele Caputo Neto (SES/PR)	Jurandi Frutuoso Silva

Todos os presidentes do período foram contactados, seja por mensagem eletrônica ou telefone, disponibilizados pela Secretaria Executiva, mas apenas alguns deles responderam a solicitação da pesquisadora e aceitaram a realização da entrevista.

Um aspecto importante considerado na seleção dos informantes-chaves no caso do

CONASS foi o papel estratégico exercido pela Secretaria Executiva<sup>28</sup>, assim como a existência de assessores técnicos e consultores, que além da experiência na atuação como gestores de saúde, seja no âmbito municipal, estadual ou federal, um deles tendo sido ex-presidente do CONASS, desempenham um papel importante na sistematização teórica das posições e produções da entidade. Desta forma, foram incluídos como informantes-chaves (Apêndice E) para a realização de entrevistas, os ocupantes da diretoria, da secretaria executiva, da assessoria técnica e consultores do CONASS no período do estudo.

As entrevistas foram realizadas com apoio de um roteiro (Apêndice F), que continha questões que permitiram a identificação do posicionamento dos diversos atores do CONASS acerca dos seguintes aspectos: a) Gestão do SUS; b) Modelo de atenção à saúde no SUS; c) Financiamento do SUS; e d) Articulação público-privado na saúde.

Outro procedimento utilizado foi a observação da rotina do CONASS, que contou com a intermediação do Prof. Jairnilson Paim, que em contato anterior com a diretoria da entidade comentou sobre a realização desta pesquisa, o que despertou o interesse da direção do CONASS por este estudo, disponibilizando à pesquisadora o apoio para a realização desta atividade. Sendo assim, elaborou-se o Termo de Anuência Institucional (Apêndice G) que foi assinado pela secretaria executiva do CONASS, e utilizou-se um roteiro (Apêndice H) de acompanhamento das atividades da secretaria executiva, sendo as observações registradas sistematicamente em um Diário de campo.

A observação foi realizada em três momentos diferentes: o primeiro ocorreu de 24 a 28 de setembro de 2018, quando a pesquisadora acompanhou a rotina da secretaria executiva, participou da reunião da assessoria técnica e realizou as primeiras entrevistas; o segundo, foi de 29 a 31 de outubro de 2018, período em que a pesquisadora participou da reunião da assessoria técnica, da assembleia geral do CONASS e da reunião da CIT; o terceiro momento aconteceu de 10 a 12 de dezembro de 2018, em que a pesquisadora teve a oportunidade de participar do seminário “O futuro do Sistema Único de Saúde: a contribuição da Planificação da Atenção à Saúde para o SUS”, promovido pelo CONASS, e que reuniu as Câmaras Técnicas

---

<sup>28</sup> A Secretaria Executiva constitui-se no órgão executor do CONASS, cujas competências são: assessorar o Presidente, a Diretoria, o Conselho Fiscal e a Assembleia na condução de seus trabalhos e atividades; executar as atividades inerentes ao desenvolvimento das ações técnicas e administrativas do CONASS devendo para tanto integrar a Secretaria Executiva, formalizar decisões, instituir grupos de trabalho, delegar competências e institucionalizar seus atos, conforme previsão do Regimento Interno; representar o Presidente e a Diretoria; elaborar os documentos necessários ao bom e fiel cumprimento dos mandatos, em especial aqueles pertinentes à Proposta Orçamentária e o Programa Anual de Trabalho e respectiva prestação de contas; dentre outras. (Estatuto do CONASS, 2017)

de Atenção à Saúde, de Atenção Primária à Saúde e de Epidemiologia dos 27 estados, além de convidados de municípios e regiões que desenvolveram o projeto da planificação.

A análise do material coletado por meio das entrevistas e observação foi realizada considerando as categorias analíticas e operacionais definidas no quadro teórico, (quadro 3, pg.50). A partir do processamento das informações produzidas, a apresentação dos resultados foi feita levando-se em conta três dimensões de análise: a) a constituição do CONASS enquanto ator político, tratando-se de resgatar sua criação, desenvolvimento histórico, sua organização e funcionamento; b) a ação política do CONASS de 2006 a 2016, face aos temas relevantes incluídos na agenda política da direção nacional do SUS nesse período; c) a articulação política do CONASS junto a outros atores relevantes envolvidos na governança do SUS em rede.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer de número 2.799.217. Os sujeitos foram informados sobre os objetivos da investigação e conscientizados sobre a importância de seus depoimentos (Apêndice I). Vale ressaltar que foi preservado o anonimato desses sujeitos, não sendo divulgados fatos que possam prejudicá-los, ainda que de forma indireta. Após a finalização desta tese, os participantes serão contatados para a divulgação dos resultados, preparados previamente pela pesquisadora, além de ser enviada uma cópia da tese aprovada para a secretaria executiva do CONASS.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. O CONASS: breve histórico, organização e funcionamento

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi criado em 1982<sup>29</sup>, tendo participado do processo de implantação das Ações Integradas de Saúde<sup>30</sup> (BRASIL, 1983) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde<sup>31</sup> (BRASIL,1987), consideradas ambas estratégias-ponte (PAIM, 2002) para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O CONASS, juntamente com outras entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, desempenhou um papel importante na formulação da idéia do próprio SUS, conforme a leitura de um dos seus presidentes.

“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.” (MÜLLER, 2006)

De acordo com entrevistas realizadas com dirigentes, assessores e consultores deste Conselho, a criação do CONASS decorreu do interesse de diversos secretários estaduais de

---

<sup>29</sup> O marco zero para a criação do CONASS foi uma reunião realizada em Curitiba, Paraná para selar a união dos secretários estaduais de saúde, conforme relato: “numa reunião que nós (secretários estaduais) 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 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”. JÁTENE, Adib. Entrevista concedida a Profª Dra. Zeloí Aparecida Martins dos Santos em agosto de 2006. In: Brasil. CONASS. 25 anos. Brasília: CONASS, 2007, p.156

<sup>30</sup> “Assume-se a proposta das AIS como componente originalmente subalterno do Plano do CONASP e como redefinição democratizante de uma política racionalizadora que passou a ter mais espaço com o avanço das lutas democráticas”. (PAIM, 1986, p.167)

<sup>31</sup> O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foi implantado em 1987 e “enquanto estratégia traz embutida a negação do sistema atual e, ao mesmo tempo, carrega o embrião do novo sistema (Reforma Sanitária)”. (PAIM, 2002, p.69)

saúde da época em desempenhar um papel relevante no processo decisório no âmbito da Política de Saúde. Os trechos abaixo ilustram esta afirmação:

“O CONASS foi uma idéia inicial do Dr. Adib Jatene, que à época era secretário estadual de saúde de São Paulo e tinha dificuldade de entender como os estados menores que não tinham muita evidência por conta das pessoas que assumiam, como é que eles disputavam dentro do Ministério da Saúde recursos, atenção, e como é que eles conseguiam fazer a afirmação de suas idéias porque o país era diferente, portanto os mais fortes levavam o maior quinhão nessa disputa, então ele pensou e criou o CONASS em fevereiro de 82 e a primeira reunião aconteceu lá na Associação Comercial do Paraná, onde todos os secretários estavam presentes e o elegeram como o primeiro presidente do Conass.” (E6)

"A idéia da criação do CONASS foi mais criar mecanismos para fortalecer o conjunto das secretarias em função das dificuldades que individualmente cada secretario de saúde tinha em função do seu peso, talvez com certeza na época o Dr. Adib Jatene não seria o secretário que se pudesse dizer que tinha dificuldade de relação política com o Ministério até porque ele era secretario de saúde de Sao Paulo, ele detinha um poder politico.”(E1)

“O CONASS surge com uma idéia muito interessante que era os secretários que são membros orgânicos do SUS, até por lei, eles não tinham um órgão que os representasse politicamente, eu acho que surge muito foi uma idéia do Jatene mesmo, alguém até já me disse, e eu não sei se é verdade isso, mas como o Jatene era secretario de São Paulo e vários estados do Norte e do Nordeste tinham muita dificuldade de internar gente, então recorriam a São Paulo, ao Jatene, então ele adquiriu, além do nome que ele ja tinha, um prestígio, não precisava disso pois ele já era uma figura importante como médico e como gestor de saúde, mas a idéia inicial era de ser o CONASS uma representação politica.” (E12)

Forjado como uma associação civil sem finalidade lucrativa, de duração indeterminada, o CONASS foi criado com a finalidade de “representar as secretarias de saúde dos estados (SES) e do distrito federal; prestar assessoramento técnico as SES em assuntos ligados a gestão do sistema de saúde; promover a capacitação e a pesquisa científica para aprimoramento do SUS; vocalizar para a sociedade as posições técnicas e políticas das SES; disseminar informações, produzir e difundir conhecimento; além de inovar e incentivar a troca de experiências e de boas práticas”. (CONASS, 2017) Para uma das entrevistadas, o CONASS “é uma associação civil mas que tem uma natureza extremamente pública, isso é uma inovação, no meu modo de entender, peculiar na lei, mas inteligente, porque isso dá uma mobilidade e uma agilidade que as estruturas públicas não conseguem ter.” (E9).

Nesse sentido, na década de 90, o CONASS consolidou-se como representante do conjunto de dirigentes que compõem a gestão estadual do SUS, atuando em defesa dos interesses dos secretários estaduais de saúde na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), espaço

destinado à tomada de decisão sobre a política de saúde, em conjunto com a União e os representantes dos municípios. Vale ressaltar o protagonismo do CONASS na própria criação da CIT assim como sua participação ativa na formulação das Normas Operacionais Básicas (NOB) que orientaram o processo de construção do SUS durante a década de 90 (GOULART *et al*, 2001), como atestam os trechos de documentos destacados a seguir:

“Um movimento importante da história e que é fundamental registrar diz respeito à criação da CIT. Essa comissão não nasceu tripartite. Os secretários estaduais, assim como os municipais, se reuniam para discutir questões internamente e depois as levavam para serem discutidas com o MS. Foi então que resolvemos juntar as pautas para discutirmos juntos (CONASS e Conasems) com o MS, para termos mais força de negociação. E aí então nos reuníamos com técnicos do MS e o secretário-geral, à época, José Carlos Seixas, que percebeu a idéia e propôs transformar aquilo que era bipartite, mas que não tinha nome, em uma comissão tripartite com o ministério participando. Foi aí que nasceu a tripartite: de um movimento do CONASS e Conasems que chegavam organizados para discutir os temas com o MS.”(CONASS, 2017)

“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. (...) 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.” (SANTOS, 2006)

Nos anos 2000, o CONASS continuou atuando no processo político–institucional no âmbito do MS, protagonizando uma série de iniciativas<sup>32</sup> para implantação do SUS. A participação do CONASS na construção da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) assumiu um caráter estratégico, na medida em que a questão da regionalização tinha sido incluída na agenda do Ministério da Saúde, o que implicava, conseqüentemente, a discussão sobre o papel das secretarias estaduais de saúde neste processo. Esse momento é analisado por alguns dos entrevistados conforme registro abaixo.

---

<sup>32</sup> Mobilização para aprovação e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; participação na construção da Norma Operacional de Assistência à Saúde; realização de pesquisas de opinião pública sobre a saúde; desenvolvimento da Coleção Progestores; promoção do Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil; participação no processo de elaboração e implantação do Pacto pela Saúde; elaboração do manifesto aos candidatos à Presidência da República; entre outros (Brasil, 2007a).

“(...) no primeiro momento houve uma certa dificuldade de superar aquela euforia municipalista, onde o secretário municipal achava que a municipalização era o fim de tudo, era o fim a ser atingido. Depois eu penso que como muitos gestores estaduais, na sequência da história, tiveram também experiências municipais, muitos deles tiveram a honestidade e a clarividência de dizer assim, bom já que alguns vícios foram gerados inclusive com o nosso trabalho é nossa obrigação apontá-los e tentar corrigi-los, e eu acho que o CONASS contribuiu nesse processo discutindo regionalização, discutindo NOAS...” (E4)

"Eu acho que foi importante porque a NOAS deu um paradigma que era tirar o foco da municipalização e focar na regionalização que é prevista na constituição e que na verdade é a única forma de se organizar qualquer sistema de saúde universal no mundo. A municipalização é uma espécie de jabuticaba brasileira, não tem sistema universal com foco no município não existe essa visão, você viu que tanto em Portugal como na Espanha o município não tem esse papel tão fundamental na direção do sistema (...) Eu acho que com a NOAS, o ministério assumiu o seu papel de olhar o sistema, não foi só uma discussão específica de municipalização, teve um embate político naquela época...”(E1)

Merece destaque nessa época a organização do 1º Seminário para Construção de Consensos, que reuniu os Secretários Estaduais de Saúde das 27 unidades da federação, quando foram reconhecidos a transitoriedade das normas, os avanços no processo de descentralização do setor saúde, os pontos de estrangulamento e as dificuldades com relação à gestão do SUS, defendendo-se, portanto, “a necessidade de uma revisão urgente do aparato normativo do Sistema Único de Saúde”. (CONASS, 2004a)

O documento oriundo deste seminário, intitulado “Carta de Sergipe”, dentre outros pontos, propunha ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS e do “comando único” nos termos da NOAS 2002 e do conceito de “direção única em cada esfera de governo”, nos termos do artigo 7o da Lei 8.080/90, assim como o papel das secretarias estaduais na gestão do SUS.

“(...) 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. 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.” (Carta de Sergipe, 2003)

Deste seminário também saiu a proposta de criação do Jornal Consensus, mais tarde transformado na Revista Consensus, que se constitui, até hoje, um importante canal de divulgação da posição política do CONASS, paralelamente ao registro em Atas das assembleias realizadas periodicamente, e da publicação CONASS Documenta, que começou a ser editada nesta época. É importante destacar que o método de tomada de decisão adotado pelo CONASS foi gestado neste período, como podemos depreender do trecho da entrevista colocado a seguir.

“O Consensus que tem origem nesse seminário de construção de consenso em Sergipe, tem uma publicação verdinha aí na biblioteca, o primeiro seminário de construção de consenso do Conass foi em Sergipe. Ele é um marco porque quando você fala hoje vamos construir um consenso, a dificuldade foi o grupo de secretários e os seus assessores aceitar e assimilar a idéia de abrir mão de uma posição dele por uma proposta, então a primeira dificuldade não foi construir o consenso sobre algum tema, foi aceitar a metodologia de construção de consenso como linha de decisão. Nunca se evitou ou proibiu que o secretário manifestasse sua posição individual, mas a diretoria levava a posição tirada do consenso, que muitas e muitas vezes não refletia a dele individualmente como secretário.”(E5)

Em março de 2006, o CONASS promoveu, no Rio de Janeiro, um grande fórum nacional "Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil", com o objetivo de travar um debate sobre os rumos do sistema de saúde no país, e que contou com a participação de gestores do SUS, lideranças políticas, representantes da sociedade civil e intelectuais. A síntese das discussões encontram-se sistematizadas no “CONASS Documenta n. 12”, que abordou o avanço na construção do SUS constitucional, a questão da revolução tecnológica na saúde e sua implicação para o aumento dos custos, o problema do subfinanciamento setorial, as deficiências da gestão do SUS, e a necessidade de cooperação efetiva e harmônica entre as três esferas de governo, visando a equidade e a construção da qualidade dos serviços de saúde. Como um dos produtos desse fórum, foi elaborado o Manifesto aos Candidatos à Presidência da República, em outubro de 2006, com detalhamento posterior das propostas nele contidas e que resultaram na publicação do livro "SUS: avanços e desafios"<sup>33</sup> ao final deste ano.

Ao longo dos anos, o CONASS evoluiu da ação de representação política dos secretários estaduais, para atuar não só na formulação das políticas de saúde mas também em sua implementação no âmbito dos estados, e em alguns municípios, e instituiu o apoio e cooperação

---

<sup>33</sup> Este livro faz um registro dos grandes avanços do SUS e apresenta propostas para o enfrentamento dos desafios que impedem a consolidação do sistema público de qualidade a toda a população brasileira.



técnica com as secretarias estaduais de saúde. Para isso, foi necessário adquirir independência financeira e investir na composição de uma equipe de assessores tecnicamente qualificada, conforme registrado por alguns dos entrevistados.

“O primeiro período me parece que era um período em que a função do CONASS era de representação e que era muito importante. Depois eu acho que muito em decorrência do fortalecimento das comissões intergestores, especialmente da CIT, o CONASS coloca-se num segundo ponto que é co-participar das formulações das normas federais na CIT, então isso agrega uma outra função, o CONASS surge inclusive no próprio Ministério da Saúde, a localização era lá dentro e isso para mim era muito simbólico (...) A independência econômica surgiu com a lei que obriga o Ministério da Saúde a repassar ao CONASS e CONASEMS recursos o que é justo pois há uma trina federativa que dirige o SUS, (...) depois ele passa para essa terceira função de preparar-se internamente para propor, coincide também com a sede própria, com novas pessoas que chegaram com uma visão mais ampla no corpo técnico do CONASS.” (E12)

“... o CONASS que no início da década de 80 foi instituído para ser uma instância de representação política dos secretários estaduais de saúde, ele acabou se dando conta de que ele teria um papel maior a exercer se ele quisesse que o sistema de saúde se materializasse, então ele continuou a ser uma representação política no sentido de fazer o contraponto a hegemonia do Ministério (...) o CONASS passou a entender que ele precisava ter uma postura mais crítica com relação às políticas que vinham praticamente prontas, redigidas, mas que não espelhavam a pluralidade das situações de disparidades regionais brasileiras. Uma outra preocupação que o CONASS teve foi de se qualificar formando seu pessoal, adotando uma postura de produção científica, de produção de conhecimento, que fosse útil para os gestores estaduais e para os quadros que trabalham na gestão estadual, isso para mim foi uma coisa extraordinária.” (E4)

“...o CONASS participou de todas as discussões normativas em relação a implantação do SUS, desde a sua criação. Ou seja, o CONASS participou de todas as discussões das normas operacionais, depois das normas que deixaram de ser da atenção básica para ser de atenção a saúde, participou diretamente da discussão do Pacto, enfim, o CONASS participou de todo esse processo que vem aí desde a NOB 01/91 até agora. Isso por si só representa um conjunto de temas que é bem mais abrangente do que temas específicos. Essa é a primeira questão. A segunda questão é que o CONASS se preparou para participar de todos os debates no âmbito da discussão tripartite, na medida em que a tripartite foi evoluindo, criando grupos de trabalho específicos, o CONASS também foi ampliando seu leque de participação, e com isso o CONASS conseguiu criar participação efetiva em quase tudo que se fez no sistema de saúde, de forma tripartite, pelo menos aí nos últimos 15 anos, vamos considerar mais ou menos nesse período com essa mudança do perfil do CONASS.” (E1)

Toda esta atuação do CONASS contribuiu para sua consolidação e legitimação ao longo dos anos, sendo que, sua existência foi legitimada com a aprovação e a sanção da Lei nº

12.466/2011 (BRASIL, 2011a), pela presidente Dilma Rouseff. De fato, esta acrescentou o artigo 14-B à Lei 8.080/90, reconhecendo o CONASS e o CONASEMS como “*entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde, declarando-os entidades de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento*”. (BRASIL, 2011a) Cabe ressaltar que a elaboração e aprovação dessa lei fez parte de um processo mais amplo, que contemplou a formalização das instâncias gestoras do SUS, como se depreende das entrevistas reproduzidas abaixo:

“Em 2011, o Arlindo Chinaglia<sup>34</sup>, presidente da Câmara fez um projeto de lei, fez uma alteração na Lei 8080, introduzindo os artigos 14 A e 14B e ai formalizou as comissões intergestores tripartite e bipartite, e também formalizou o CONASS e o Conasems como representação das secretarias estaduais e municipais de saúde. Havia sempre uma discussão "é legal, não é legal citar a 8142 como o conselho", ai ele simplesmente fez o projeto de lei, entrou na Câmara, e ele aprovou sem nenhuma alteração e ficou a Lei Chinaglia, que cravou os conselhos e as comissões intergestoras definitivamente dentre a normativa do SUS, isso foi fundamental." (E6)

"A Lei n. 12.466/2011, que institucionaliza as instâncias interfederativas do SUS, é a realização de um desejo antigo porque, afinal de contas, os conselhos dos secretários de saúde municipais e estaduais não são associações. Eles são instâncias do SUS que no fórum tripartite representam os gestores e promovem a pactuação. Além disso, essa institucionalização acontece em momento simbólico em que o CONASS completa 30 anos e o Conasems, 25 anos." (DOBASHI, 2012)

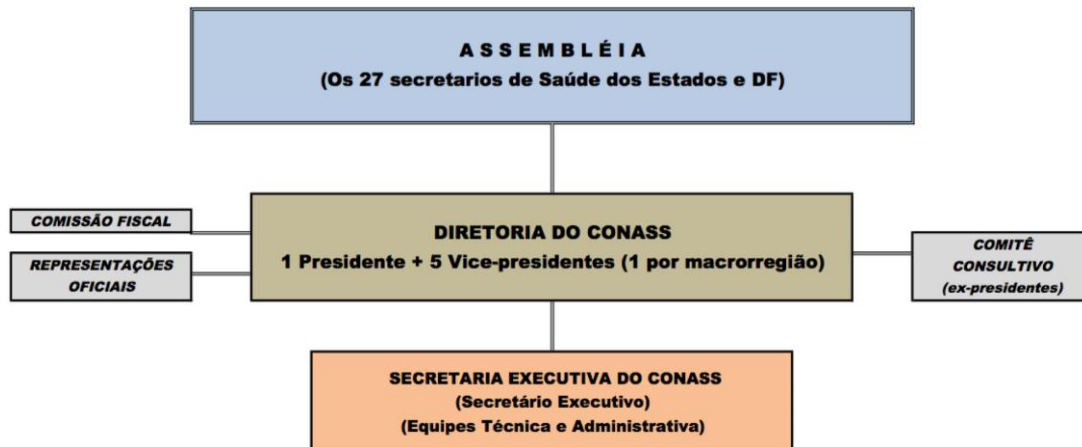
Neste mesmo ano, o CONASS realizou o seu primeiro Planejamento Estratégico, definindo como sua missão “articular, representar e apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do SUS, promover a disseminação da informação, produção e difusão do conhecimento, invasão e incentivo a troca de experiência”. (CONASS, 2018a) Assim, o CONASS projetou como visão, “ser reconhecido como principal referencia técnica e politica do conjunto das Secretarias Estaduais de Saúde por sua capacidade de inovação nas politicas publicas perante as instâncias do sistema de saúde e a sociedade em 2030”. (CONASS, 2018a)

O CONASS estabeleceu como órgãos diretivos a Assembléia Geral, a Diretoria, a Secretaria Executiva e a Comissão Fiscal, e constituiu como órgãos assessores, o Conselho Consultivo e as Câmaras Técnicas.

---

<sup>34</sup> Arlindo Chinaglia Junior formou-se médico pela Universidade de Brasília (UNB) e especializou-se em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Foi presidente da Associação dos Médicos Residentes do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (AMERIAMSPE) e, por três vezes, do Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo (SIMESP), além de vice-presidente da Federação Nacional dos Médicos (FNM). Filiado ao Partido dos Trabalhadores, é Deputado Federal e Presidente do Parlamento do Mercosul. Presidiu a Câmara dos Deputados entre fevereiro de 2007 e fevereiro de 2009.

Figura 2: Organograma do CONASS



Fonte: CONASS, 2018a

A Assembléia é a instância máxima de deliberação e normatização do CONASS, composta pelos secretários de estado da saúde dos 26 estados e do Distrito Federal, e tem por objetivos: “deliberar e normatizar sobre a atuação do CONASS em todos os assuntos de interesse do SUS e do conjunto das secretarias; eleger os integrantes das instâncias deliberativas e consultivas do CONASS; apreciar e aprovar anualmente a prestação de contas do CONASS; fixar, reajustar e estabelecer mecanismos de pagamento das contribuições institucionais obrigatórias das secretarias de saúde ao CONASS; dentre outros”. (CONASS, 2007b)

“É nas assembleias do CONASS que os secretários expõem os problemas que enfrentam em seus estados, buscando auxílio para a resolução deles com base nas experiências dos outros secretários e também com o apoio da equipe técnica do CONASS. Sem contar que é também um ambiente onde ele pode apresentar as estratégias de gestão que dão certo, bem como os ensaios de inovação na gestão que podem ser discutidas por todos nós.” (ALECRIM, 2015)

Segundo os documentos consultados, as decisões da assembleia devem ser pautadas pelo consenso e as divergências decididas pelo voto, legitimada, em qualquer circunstância, a posição majoritária. (CONASS, 2007b) Este procedimento caracteriza o *modus operandi* do CONASS, reiterado por vários dos entrevistados, como se constata pelos trechos a seguir:

“A assembleia é o locus de debate e apresentação de temas relevantes, você discute ali tudo o que está em evidência no país em termos de policia de saúde, discute as pautas do próprio ministério, discute as portarias, discute algumas políticas lançadas e a repercussão delas, o andamento, o próprio ministério, orienta a posição dos conselhos nas instâncias deliberativas do SUS, orienta a discussão por consenso e delibera por maioria simples em alguns eventos.” (E6)

“Fora isso a decisão coletiva ela de certa forma ajuda o próprio secretário a ter um posicionamento, o que individualmente talvez ele não tivesse por conta ate das circunstancias politicas, as vezes é muito melhor a decisão coletiva pois ela dá sustentação ao próprio secretário para ele tomar uma posição lá na própria secretaria de saúde no seu estado. Primeiro que a decisão do Conass nunca é por voto, não existe votação, tem 27 fez uma discussão e é 20 para lá, 7 para cá, é consenso, portanto, isso fortalece alguns posicionamentos.” (E1)

As Assembléias Ordinárias ocorrem mensalmente, geralmente um dia antes da reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e as deliberações são devidamente registradas em atas. A Diretoria é constituída pelo presidente e cinco vice-presidentes, um de cada região do país, eleita e subordinada a assembleia, cuja competência é de representação politica, supervisão das demais instâncias e administração do CONASS, exercendo a representação formal do CONASS na CIT. O caráter colegiado do CONASS foi enfatizado pela primeira presidente mulher, Beatriz Dobashi, e publicada na edição comemorativa dos 30 anos da Revista Consensus (CONASS, 2012).

“Posso afirmar que o CONASS não é uma instituição focada na presidência. Ele é um colegiado de 27 gestores que busca dar respostas às questões relacionadas à gestão estadual da saúde, produzindo e difundindo conhecimento e atuando técnica e politicamente para dar apoio à gestão do SUS nos estados. Para nós, gestores, o CONASS é um alicerce.” (DOBASHI, 2012)

O presidente designa dentre os vice-presidentes eleitos um primeiro vice-presidente que atua como seu substituto eventual nos impedimentos do titular, em todas as funções estatutárias, mas os membros da diretoria não respondem solidariamente com o presidente pela gestão administrativa e financeira do CONASS.

A eleição ocorre sempre no mês de março e a posse em abril, a fim de garantir, segundo os entrevistados, que por ocasião do inicio de novos mandatos, os gestores estaduais tenham tempo de assumir suas respectivas secretarias de saúde, e a oportunidade de aproximar-se do CONASS.

“Por que não é em janeiro? Porque a cada quatro anos você tem mudança de secretários, se fosse de janeiro a janeiro, você corria o risco de eleger uma diretoria em janeiro que nem conhece o conselho, que não sabe qual é a sua importância, sabe, então a gente dá uma margem de três meses para os secretários chegarem aos postos, tomar pé, vir as reuniões aqui primeiro, saber como é que funciona, a gente apresenta o conselho, eles se ambientam primeiro para depois decidir quem vai dirigir três meses depois, tanto é que no estatuto do Conass, na mudança de governo você pode ter um presidente que não é mais secretário, acontece muito isso, esse ano vai acontecer, comigo

aconteceu, você continua presidente do Conass sem ser mais secretário mas eles preferem assim do que fazer uma mudança em janeiro e por algum motivo pegar uma pessoa que não esteja ainda sabendo o que é que vai dirigir." (E6)

O presidente e vice-presidentes são eleitos por voto aberto em assembleia, assim como as outras representações do CONASS. Não há hierarquia entre os cinco vice-presidentes.

"A eleição é presidida pelo executivo e uma comissão que o presidente designar, o executivo é obrigado, e aí você abre as inscrições, eles fazem a defesa de sua candidatura e você elege primeiro o presidente, eleito o presidente os secretários são separados em cinco ambientes, cada secretário vai para a sua região e cada uma das regiões elege o seu vice-presidente, você tem um presidente com cinco vices. Do mesmo jeito, junta-se novamente e tira-se o conselho fiscal, três titulares e três suplentes, e também se consegue fazer depois as representações das agências, ANVISA, ANS e Hemobras, então assim é a eleição." (E6)

O mandato da diretoria é de um ano, com possibilidade de renovação.

"Aqui o mandato é de um ano, renovável para mais um. Começou com um mandato de um ano porque eram 27 secretários querendo ser presidente. Nós criamos a diretoria, a diretoria já foi imensa, já teve uma diretoria que foi de 27 representantes. Então, menos de um ano não dava, então a gente estipulou que no começo era de um ano e havia um rodízio de macrorregião do país, que contemplava e rodava cinco para voltar, até que não deu certo." (E5)

"(...) mandato anual pela circunstância histórica que lhe foi colocada é o seguinte: primeiro dá a impressão que é um período curto mas na época quando ele foi discutido há muito tempo atrás, ele foi visto como mais uma oportunidade de ter mais pessoas participando do processo, poderia estar renovando num período de 4 anos, 4 presidentes." (E1)

"A eleição da nova diretoria acontece uma vez por ano, os mandatos do CONASS são de doze meses, dizem que é muito curto, eu não sei, foi assim a vida inteira e ninguém vai mudar, eles não querem mudar, são mandatos anuais e cada vez que é eleita a nova diretoria, é indicado o novo secretário executivo e a assembleia vota o presidente e também o executivo, ela não é a vontade do presidente pois ele só tem o direito de indicar mas quem aprova é a assembleia. Tanto o presidente quanto o executivo são os que assinam os documentos, ordena despesa e responde também por elas." (E6)

A Comissão Fiscal é composta por três membros titulares e três suplentes, todos eleitos em assembléia dentre os Secretários de Saúde, excluindo-se os cinco que integram a Diretoria. Essa Comissão tem o dever de acompanhar e propor, à Presidência e à Assembléia, normas de programação e execução orçamentária e financeira dos recursos do CONASS e aprovar, previamente à Assembléia Geral, a prestação de contas da Diretoria. Pode ainda solicitar a contratação de uma auditoria externa, se e quando julgar necessário.

O comitê consultivo é formado pelos ex-presidentes da entidade, e tem caráter honorífico. Na avaliação do secretário executivo, ele é pouco efetivo pela dificuldade em articular com o conjunto dos ex-presidentes para realizar encontros.

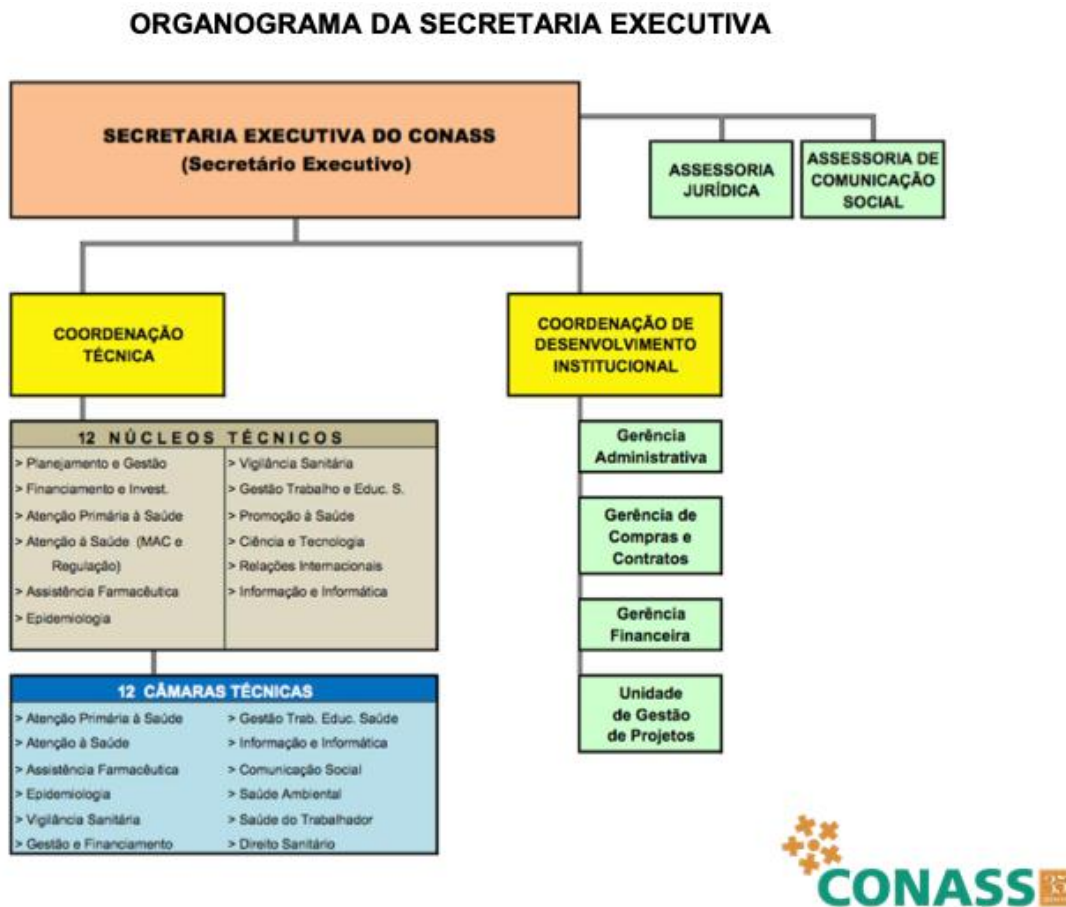
“Nós tivemos alguns momentos que precisou reunir mas não é fácil, você convoca e não é de fácil atendimento, e isso está ali (no regimento) mas na verdade de fato não tem uma grande efetividade. Você consegue reunir não todos mas não é fácil porque as vezes você tem talvez uns dez mais recentes que você consegue conversar.” (E6)

A Secretaria Executiva (SE) é o órgão executor do CONASS, subordinada ao Presidente e conduzida pelo secretário executivo, sendo composta por Assessoria Jurídica, Assessoria de Comunicação Social, Coordenação de Desenvolvimento Institucional (CDI), Coordenação Técnica, além de Câmaras Técnicas Temáticas. Desde sua criação passaram pela coordenação da SE do CONASS profissionais com grande experiência e reconhecida competência na área de saúde pública no país e que colaboraram para a consolidação da entidade: Antonio José Guerra, Mourad Belaciano, Nelson Rodrigues do Santos, Francisco Cruz Barbosa Lopes, Ricardo F. Scotti e Jurandi Frutuoso. (CONASS, 2007a)

“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 (...) Ela ganhou espaço e prestígio entre os gestores”. (SCOTTI, 2002)

São responsabilidades da secretaria executiva: apoio logístico à realização das assembleias mensais; representação e participação ativa nas negociações técnicas com os demais parceiros do SUS; criação de instrumentos para 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. (CONASS, 2017)

Figura 3: Organograma da Secretaria Executiva do CONASS



Fonte: CONASS, 2018a

A coordenação de desenvolvimento institucional teve um papel importante em termos de gestão, estrutura e financiamento do CONASS.

“A CDI foi um híbrido de imaginação e necessidade (...) quando começamos o projeto Progestores, com suas publicações, pensei e criei, em acordo com o novo secretário executivo e o presidente, uma área em que pudéssemos pensar o CONASS. A idéia era essa: pensar a instituição, promover publicações, pensar fora dessa rotina do dia a dia, da trincheira da tripartite etc. À época, as áreas administrativas e financeiras estavam vinculadas à secretaria executiva e, por necessidade, acabaram se vinculando à CDI, o que foi muito bem-vindo. Elas cresceram, e a área administrativa dividiu-se em gerência administrativa e gerência de compras e contratos. Paralelamente criamos também a Unidade de Gestão de Projetos (UGP), a área que consolida a gestão e o acompanhamento das Cartas-Acordo com a OPAS”. (SCOTTI, 2017)

Por sua vez, a coordenação técnica é liderada por um coordenador, responsável pela condução técnica da entidade, e agrega profissionais com vasta experiência no SUS, seja na gestão municipal, estadual ou federal do sistema, e que atuam na função de assessores técnicos,

liderando projetos em diversas áreas como gestão, planejamento, financiamento, atenção à saúde, assistência farmacêutica, vigilância da saúde, gestão do trabalho e educação na saúde, ciência e tecnologia, relações internacionais, informação e informática, segurança do paciente, além da produção científica do CONASS.

“(...) nós temos aqui um grupo de profissionais que tem formação específica em algumas áreas, que dão suporte, por exemplo, a atenção primária... a área de financiamento do SUS, ... a gestão do trabalho e EPS... área de gestão e planejamento... Então, essa estrutura de pessoas da suporte tanto as questões de produção científica interna do Conass, que depois é divulgada para todas as secretarias, enfim, o SUS em geral, quanto para as relações de debate técnico com o Ministério da Saúde, no âmbito da tripartite. Todas as agendas que correspondem os trabalhos da tripartite são acompanhados por esses técnicos específicos, e fora isso, eles também lideram projetos do Conass de apoio as secretarias, você viu ontem que temos varias projetos e que essas pessoas lideram alguns projetos.” (E1)

Os assessores técnicos são responsáveis pela condução das Câmaras Técnicas (CT) do CONASS, compostas por cerca de 700 profissionais, entre titulares e suplentes, indicados pelos secretários de Estado da Saúde, que participam dos encontros para discussão de diversos temas nos eixos que estruturam sua atuação, quais sejam: Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica, Comunicação em Saúde, Direito Sanitário, Epidemiologia, Vigilância em Saúde Ambiental, Gestão e Financiamento, Saúde do Trabalhador, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Informação e Informática, Vigilância Sanitária, e Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente.

“A nossa equipe era muito pequena e a função era dar apoio à estruturação da assembléia. Começou, então, a ter demandas para o CONASS e, paralelamente a isso, os superintendentes de planejamento do nordeste resolveram criar uma Câmara Técnica (CT) de Planejamento do Nordeste. A partir do sucesso dessa CT, nós, assessoria técnica e assembleia, resolvemos ampliar essa câmara técnica para todo o Brasil. No início era uma CT que dava conta de tudo, mas, com o passar do tempo, alguns temas passaram a ser relevantes, e o presidente na época, Gilson Catarino, propôs a criação de CT de Recursos Humanos, hoje Gestão do Trabalho. À medida que foi surgindo necessidade, foram sendo criadas outras câmaras técnicas, todas elas por aprovação da Assembleia. Hoje temos 12, e foi essa primeira câmara que deu muito suporte técnico, pois tinha mais expertise, mais conhecimento e liderança.” (SCOTTI, 2017)

Essas CT são responsáveis por grande parte da produção e disseminação de conhecimento do CONASS, além de contribuir para a construção do consenso no âmbito da sua assembleia.



“(...) é interessante resgatar um pouco a historia das câmaras técnicas pois elas são bem mais antigas e praticamente foram a essência dos debates do CONASS, foram a partir das câmaras técnicas que nós conseguimos construir os conteúdos técnicos, depois nós construímos a estrutura técnica do CONASS, mas o precursor dessas discussões técnicas foram as câmaras técnicas que surgiram nos anos 90...” (E1)

"Para mim essa é a grande estratégia porque quando você tem qualquer discussão ela é muito democrática porque a discussão se dá a partir da câmara técnica, que é uma representação de todos os estados dentro do CONASS, a câmara técnica da atenção primária é composta por todos os coordenadores da atenção primaria dos estados e do DF...você chama o representante de cada estado da atenção primaria para discutir aquela politica que está em evidência ou que está sendo elaborada, e essa discussão forma um pensamento técnico que vai para dentro da assembleia do CONASS, que auxilia os secretários a discutir com base naquilo que seu técnico pensou e só ali ela vai para a CIT, ela é discutida tecnicamente, dentro da assembléia e chega na CIT com a colaboração desses técnicos dos estados.” (E6)

“(...) a interação e união dos técnicos em torno de temas em comum favorece o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, principalmente considerando as inúmeras trocas na gestão do SUS (Ministério da Saúde – 5 em 4 anos; secretarias estaduais e municipais de saúde – mais de 40 secretários estaduais e mais de 2 mil de secretários municipais em pouco mais de um ano e 10 meses). ” (CONASS, 2018b)

Uma das características marcantes do CONASS é a sua produção bibliográfica, que engloba desde publicações que servem para subsidiar os gestores estaduais e suas equipes com informações técnicas e gerenciais do SUS (CONASS Informa), compartilhar a posição do CONASS no debate sobre determinados temas (CONASS Documenta) relativos à política e à gestão do sistema de saúde, apresentar o posicionamento político do Conselho (Revista Consensus) ou expressar as posições divergentes e que circulam no âmbito do sistema de saúde, resultado dos seminários promovidos pelo CONASS (CONASS Debate).

“ O **CONASS informa** traz uma idéia do que está sendo discutido no momento, e ele é muito assim, o objetivo é informar as novas decisões, e nós criamos para isso, ele não tem periodicidade, pode sair cinco no mesmo dia, pode ter cinco dias sem nenhum. Tem uma matéria relevante, tem um assunto que é importante (...) uma linha editorial, que modéstia a parte eu que criei que é o **CONASS documenta**, que tem a pretensão de ser a memória escrita da posição do Conass em temas, a revista ja traz a posição do Conass ja com conteúdo mais politico. Para tirar a posição do coletivo a gente tentou trabalhar com eles (gestores), com acordos, de construir consensos que como sempre a gente ganha muito no final mas perde muita em idéia e conteúdo no trajeto, então um dia eu estava conversando com o Eugenio, ele diz que a idéia foi minha e eu tenho certeza que foi dele, de fazer uma coisa ao inverso, de fazer um fórum de debate que explicitasse o dissenso, essa foi a origem do **CONASS Debate**.” (E5)

A coleção "Para entender a gestão do SUS"<sup>35</sup>, lançada em 2003, apresenta temas estratégicos e destina-se aos novos gestores e suas equipes e, portanto, são atualizadas a cada 4 anos (2007, 2011, 2015), quando ocorre o pleito eleitoral, e distribuída durante o encontro de recepção aos novos gestores. Além dessas, destaca-se a coletânea de Direito a Saúde, e a Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (Leias), realizada em parceria com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

Os parceiros institucionais do CONASS são o Ministério da Saúde e o CONASEMS, com quem divide a condução tripartite do SUS; o Conselho Nacional de Saúde, onde mantém assento como representante dos gestores e participa da mesa diretora; a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Maria Cecília Vidigal. Além desses atores, o CONASS tem diversas parcerias internacionais, *“a fim de promover o debate com outros países sobre os êxitos do SUS”* (E6), bem como trocar experiências sobre os sistemas universais de saúde, quais sejam: a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), a Universidade de Montreal, a Escola Nacional de Administração Pública do Quebec, o Centro de Excelência da primeira Infância do Canadá, a Comunidade Luso-Fracófona da Saúde (COLUFRAS), a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHTM) da Universidade Nova de Lisboa, e a Universidade de Toronto. (CONASS, 2017)

*“Evoluímos muito na parceria com o Canadá, país com o qual tivemos algumas frentes importantes. (...) Atuamos também em parceria com a Universidade de Toronto, que resultou no projeto intitulado Agap (Aperfeiçoamento da Gestão da Atenção Primária à Saúde), um movimento muito importante na formação de pessoal. Firmamos outra parceria, dessa vez com a Universidade de Montreal, para utilização de metodologia de avaliação de sistema de serviços de saúde empregada no Canadá e que poderá ser replicada nos estados brasileiros.”* (DOBASHI, 2012)

O CONASS mantém relações com Universidades e Centros de Pesquisa nacionais, que tem contribuído para a qualificação de sua atuação, seja com a produção de pesquisas e documentos sob encomenda, ou na prestação de consultorias para o desenvolvimento de projetos específicos. Se considerarmos a diversidade dos gestores estaduais, esta parceria parece fundamental, e a declaração de um dos ex-presidentes do CONASS expressa bem esta questão.

---

<sup>35</sup> Esta coleção encontra-se disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/>

"Eu penso assim: é difícil você colocar os gestores todos no mesmo balaio, existem aqueles que tem uma preocupação mais premente com o funcionamento do sistema até porque eles estão com a batata quente na mão, porém existem aqueles que para além dessa tarefa, ainda conseguem mergulhar num exercício de reflexão, de proposição, e aqui no CONASS a gente percebe claramente aqueles que tem um perfil mais reflexivo, mais inovador, mais provocador, e aqueles que tem um perfil quase que executivo, "eu preciso dar conta da minha tarefa aqui que é entregar o serviço", e eu acho que essa aproximação que tem havido ao longo do tempo entre o CONASS e a academia tem reforçado esse lado mais reflexivo." (E4)

Além da função de representação política nos órgãos colegiados (Comissão Intergestores Tripartite - CIT, Conselho Nacional de Saúde - CNS) e conselhos consultivos das agências (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Hemobras) do SUS, o CONASS desenvolve ações voltadas ao apoio técnico aos Secretários de Saúde, por meio de oficinas de trabalho e da organização de câmaras técnicas, no sentido de fornecer subsídios para a tomada de decisões, além de promover seminários para construção de consenso em torno de posições estratégicas para os próximos passos da sua participação na implantação do SUS.

"Nós promovemos seminários, publicamos livros e revistas que trazem colaboração não só dos secretários e da equipe técnica mas de pesquisadores e estudiosos do SUS e da saúde pública do Brasil e até do mundo, então o CONASS estimula esse debate, ele traz idéias, enfim tem um papel muito importante para discutir o SUS e para procurar essas soluções." (E11)

Nessa perspectiva, o CONASS, em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolveu o Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Progestores<sup>36</sup>), sendo a idéia inicial, em 2002, acolher 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 fato é que este programa foi considerado tão exitoso que se tornou um eixo permanente de cooperação técnica entre o CONASS e as secretarias estaduais de saúde.

---

<sup>36</sup> O Programa de Apoio as Secretarias Estaduais de Saúde é fruto do Seminário para a Construção de Consensos, realizado em julho de 2015, quando foram identificadas diversas propostas visando ações de apoio do conselho junto às SES em diferentes áreas do SUS, cujo conteúdo tem foco na eficiência e na organização de serviços por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). O programa abrange a elaboração de conteúdos técnicos e de metodologias e a realização de atividades voltadas à melhoria da eficiência das SES, sendo definidas sete áreas temáticas: Reestruturação Gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde; Atenção Hospitalar; Atenção Ambulatorial Especializada; Gestão e Governança Regional; Atenção Primária à Saúde; Assistência Farmacêutica; e Regulação. (CONSENSUS, 2017)

“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. .” (CONASS, 2007a)

Nos primeiros anos de sua formação, o CONASS dependia da estrutura e dos recursos do Ministério da Saúde para seu funcionamento, o que gerava certo desconforto por parte de seus dirigentes, impulsionando-os a buscar sua independência, como atestam alguns dos entrevistados.

“O CONASS surge inclusive no próprio Ministério da Saúde, a localização era lá dentro e isso para mim era muito simbólico, e eu sempre discutia isso aqui que tinha que sair de lá pois simbolicamente você está dentro do espaço do outro, não é bom, isso não é do espírito federativo, você depende de recursos que são repassados, então precisava de uma independência política e econômica.” (E12)

“Eu acho que institucionalmente, primeiro ele era muito frágil, você não pode comparar este CONASS com um grupo muito pequeno, muito dependente do ministério, muito da nossa tentativa de sair do ministério, porque funcionava lá dentro, para ter sede própria era para ter independência então nós só fomos criar mecanismos de sustentação...” (E5)

A conquista da independência financeira é identificada por alguns entrevistados como ocorrida na gestão do Ministro José Agenor A. da Silva (fev/2006 a mar/2007), que era contemporâneo e parceiro de um dos dirigentes do CONASS desde o Projeto Montes Claros<sup>37</sup>, e compartilhava a visão da interdependência política dos gestores. Atualmente, o CONASS dispõe de recursos oriundos do orçamento geral da União e da contribuição das SES, para sua manutenção.

“A gente criou o mecanismo sessão de crédito da secretaria para que o fundo repassasse direto para o CONASS essa contribuição. É via sessão de crédito, só para entender bem porque há muita discussão, a cessão de crédito não sai

---

<sup>37</sup> “Eu, Saraiva e o Agenor, que foi ministro, nós trabalhamos juntos com o Francisco Machado, o Chicão do PIASS, projeto Montes Claros, eu era a pessoa na secretaria que era responsável pela região de Montes Claros e Diamantina em Minas, o Chicão e o Agenor trabalhavam lá em Montes Claros. Um projeto que reuniu o Hésio Cordeiro, o Sérgio Arouca, um monte de gente, esse pessoal todo, por isso que eu vim para a Brasília. O Seixas convidou o Chicão para ser coordenador do PIASS, eu e o Agenor viemos juntos, nós sempre trabalhamos juntos, e o Agenor sucedeu o Saraiva no ministério...” (E5)

dos recursos teto SUS, não, mas crédito da receita secretaria no MAC, do que ela tem e não os prestadores, tanto é que teve uma época que Tocantins não tinha nenhuma receita então ela pagava através de um boleto, e São Paulo que nunca concordou com essa metodologia, paga semestralmente via boleto, já está no orçamento e tal. Então o secretário faz a cessão de crédito que seria dos seus serviços prestados, ele cede um valor fixo definido em assembleia por grupo de estados, são cinco grupos de valores dependendo do porte da MAC do estado. Quem institucionalizou isso foi o Agenor como ministro..."(E5)

"O CONASS é mantido por duas fontes de recursos: uma do próprio orçamento geral da união e outra a contribuição dos estados, que é uma partição que é feita a parte de porte populacional, nos temos 5 grupos de contribuição, os menores, um pouco maior, os médios, os grandes. Assim temos duas fontes, o OGU e dos estados para o CONASS. O volume de recursos dá em torno de 20 milhões ao ano.." (E6)

Esse breve histórico do CONASS privilegiou os fatos que no nosso entendimento contribuíram para a sua institucionalidade, apontada por um dos seus fundadores como a sua principal característica na edição comemorativa dos 35 anos da Revista Consensus.

"Acho que a principal característica que conseguimos ter é a institucionalidade. O CONASS não depende mais de uma, cinco, dez pessoas. Elas hoje são fundamentais, mas já houve época em que, se um de nós desistisse, o CONASS iria à estaca zero. Essa consciência de que é uma instituição forte com vários papéis de gestão do conhecimento, difusão de informações, inovação tecnológica e representação dos secretários é a razão de ser do CONASS, então acho que essa é uma característica que não podemos perder de vista." (SCOTTI, 2017)

O CONASS completou 35 anos em 2017, e sua trajetória acompanha as mudanças do sistema de saúde brasileiro e os avanços e as contradições (MACHADO, LIMA & BAPTISTA, 2017) da política de saúde. É uma longa história mas para fins deste estudo investigaremos o período compreendido entre 2006 e 2016, quando buscaremos pistas que indiquem os vetores da ação política do CONASS na condução da Política de Saúde no âmbito federal.

## 6.2. Ação política do CONASS no período 2006-2016

O ano de 2006 marca o fim do primeiro mandato do Governo Lula e a realização de novas eleições presidenciais. No âmbito do SUS, o ministro Jose Saraiva Felipe<sup>38</sup> permaneceu a frente do Ministério da Saúde até 31 de março quando foi substituído pelo José Agenor Álvares da Silva<sup>39</sup>, que ocupava a função de secretário executivo da pasta. Segundo um dos entrevistados, as mudanças ocorridas no Ministério da Saúde sinalizavam a permeabilidade da pasta da saúde às questões politico-partidárias, o que mais tarde, resultou na indicação de ministros sem qualquer relação histórica com o SUS.

“O Saraiva em 2006 foi o ministro que substituiu o Humberto, o Saraiva Felipe, esse já foi o primeiro sinal de que o ministério era passível de ser tomado por composições políticas. Você tem um ministério fortemente ideológico com o Humberto Costa, com uma composição quase pura do PT, de repente ele sai dessa conformação e negocia com o PMDB, chega lá o Saraiva Felipe para governar pelo PMDB. Obviamente que aí o peso maior da condução passou a ser um peso político, embora isso fosse moderado pelo secretário executivo que era o Agenor Paiva, um secretário muito respeitado por todo mundo...” (E6)

Nesse período, houve a aprovação pela CIT e pelo Conselho Nacional de Saúde do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006a), o que significou uma tentativa de mudança no processo de gestão interfederativa do sistema. Nesse sentido, a descrição e análise da ação política do CONASS no processo decisório no período 2006-2016, será feita, a seguir, levando-se em conta as continuidades e mudanças que afetaram os principais componentes do Sistema Único de Saúde, quais sejam, a Gestão, o Modelo de Atenção, o Financiamento, e a Relação público-privado, temas estruturantes da direcionalidade impressa ao processo de implementação do SUS no

---

<sup>38</sup> Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1976) e mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1991). Atualmente é vice presidente do PMDB de Minas Gerais, membro do diretório regional PMDB, conselheiro do Conselho Superior da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de BH, professor de medicina preventiva e social da Universidade Federal de Minas Gerais, membro efetivo, presidente da comissão de educação (CE) da Câmara dos Deputados e Deputado Federal pelo PMDB – MG

<sup>39</sup> Nasceu em Abaeté (MG), bioquímico e sanitarista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), possui especializações em Saúde Pública, pela Escola de Saúde de Minas Gerais; em Administração Pública, pela Fundação Getúlio Vargas e em Planejamento Social, pelo CEPAL/CENDEC. De 1978 a 1985, coordenou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Além disso, foi secretário de Planejamento e secretário-adjunto do Ministério da Saúde, consultor nacional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e presidente da Fundação Ezequiel Dias (MG). Na década de 1990, coordenou o Projeto Nordeste do Ministério da Saúde. Entre 1999 e 2005, foi gerente de Descentralização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, em 2005 e 2006, foi secretário-executivo do Ministério da Saúde.

período, a começar pela construção dos Pactos pela Saúde. Além disso, analisamos o posicionamento do CONASS sobre uma questão que tem adquirido relevância na sua agenda que é o crescimento de processos que configuram a chamada “judicialização da saúde”<sup>40</sup>.

#### 6.2.1. A Gestão interfederativa do SUS: da construção dos Pactos pela Saúde ao Decreto 7508

O início do processo de discussão em torno da formalização de um Pacto interfederativo que contribuísse para o aperfeiçoamento da gestão do SUS deu-se já em 2003-2004, quando, nos primeiros momentos do Governo Lula, estabeleceu-se uma crítica à opção normativa vigente durante os anos 90, nos governos Collor, Itamar e FHC. (GOULART *et al*, 2001) A questão é que tanto as NOBs como as NOAS haviam adotado a indução como critério para promover a adesão de estados e municípios às diferentes modalidades de habilitação no SUS, porém com a estagnação verificada no processo de habilitação, o CONASS e o CONASEMS começaram a pressionar o Governo Federal por mudanças no processo de descentralização. (SANO, 2008)

“O do Pacto eu acho que começou, a gente começou essa discussão em 2003 e 2004, e conseguimos levar até ele sair em 2006/2007, tanto é que as portarias relativas ao repasse de recursos financeiros são de 2007, as primeiras portarias do Pacto são de 2006, aí eu acho que ainda sim nós estávamos numa fase de produção de idéias, de estratégias (...) foi aí praticamente nesse período que marca mais o período do Governo Lula muito focado nesse repensar do Pacto. Eu acho que no Pacto o avanço foi provocado também tanto pelo Conass quanto pelo Conasems mas também pela discussão no Ministério que acabou saindo do Pacto a questão do processo de habilitação, um fator importante e com foco na regionalização também” (E1)

Em 2004, o Ministério da Saúde organizou uma oficina intitulada “Agenda do Pacto de Gestão”, que contou com a participação do CONASS e do CONASEMS, com o objetivo de iniciar o processo de discussão para revisão do arcabouço normativo do SUS, e estabelecer as diretrizes, conteúdo e a metodologia de trabalho para a elaboração de propostas de pactuação. Este trabalho exigiu o exercício da construção de consensos, e o processo iniciado

---

<sup>40</sup> A judicialização da Saúde consiste na reclamação por bens e serviços de saúde através da via judicial, visando garantir acesso a bens e serviços, desde o fornecimento de medicamentos até a disponibilização de exames e cobertura para o tratamento de determinadas doenças. A maioria das ações é movida para reivindicar medicamentos, tanto os que são contemplados pelo SUS, ou seja, pertencentes às listas de medicamentos oficiais, mas que, por algum motivo, não são efetivamente disponibilizados, quanto para solicitar medicamentos que ainda não estão incorporados ao SUS, muitas vezes recém-lançados no mercado ou mesmo em fase experimental. As operadoras de planos e seguros privados de saúde também são frequentemente réis em ações judiciais. Os usuários recorrem à Justiça para terem acesso a serviços negados ou ainda contra aumentos que consideram abusivos dos valores a serem pagos. (Teixeira e Silveira (orgs), Glossário de Análise política em Saúde, Edufba, 2016, p 122).

neste ano resultou na publicação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006. (CONASS, 2006a)

A construção do Pacto estendeu-se por quase dois anos e representa bem a concepção que foi sendo proposta com relação à configuração institucional do SUS (PINTO, TEIXEIRA, SOLLA e REIS, 2014) trazendo para o centro do sistema de saúde os gestores estaduais e municipais, enquanto atores chave no processo de descentralização das políticas e ações de saúde, o que pode ser corroborado pelas seguintes entrevistas.

"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 coroados 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." (PESTANA, 2006)

"Aqui nesse tempo do Saraiva foi feito um belo trabalho que foi a construção do Pacto, tentando sair daquela forma rígida das normas e para colocar a coisa mais amena que fosse mais de pactuação entre os gestores e mais de compromisso moral do que de formalização dos documentos. E aí nasceu o Pacto com seus três componentes." (E6)

As principais mudanças instituídas por ele foi a reformulação do processo normativo, focando em resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas, considerado prioritário, a ser implementado pelos entes federados, visando a operacionalização do SUS com a produção de ações e serviços mais adequados à realidade de cada Estado e região, o que contemplava a definição de responsabilidades de cada gestor, a regulação e gestão dos prestadores de serviços de saúde, dentre outros compromissos.

"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." (SCOTTI, 2006)

O Pacto de Gestão substituiu a lógica das habilitações por Termos de Compromisso, com o estabelecimento de metas de atendimento e de gestão definidos pelos próprios gestores, devendo ser aprovados pela CIB e não pela CIT, aumentando desta maneira a proximidade entre estados e municípios na gestão da saúde em seu território. Outro aspecto a ser considerado e destacado em algumas entrevistas foi o fortalecimento das Comissões Intergestoras Bipartites



e Tripartites, pois a partir da publicação do Pacto pela Saúde, essas instâncias seguiram crescendo em importância até sua formalização posterior em 2011.

“O pacto da saúde foi importante a gente só chegou aqui onde a gente está hoje por causa do pacto, a gente começou a convergir, dar importância aos fóruns tripartite e bipartite, foi quando a gente viu que os fóruns intergestores, não importa em que nível, começaram a ser mais valorizados e se tornaram mais importante para o SUS, tanto que logo em seguida gente conseguiu colocar na lei, a coisa pois e organizando melhor, institucionalizando pois antes a coisa era muito solto, então foi uma caminhada muito importante, esse processo todo foi um processo de amadurecimento.” (E3)

A forma de efetuar as transferências dos recursos federais também foi modificada, passando a ser feita a partir da divisão dos recursos em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo assim, drasticamente, a fragmentação anterior dos repasses de recursos, o que atendia a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais que buscavam consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos.

"Após várias discussões a Assembléia deliberou pela aprovação da Agenda de compromissos e aprovação das propostas de redução das modalidades de transferências dos recursos federais para estados e municípios e Choque de Descentralização, devendo o documento de diretrizes operacionais ser aprofundado, principalmente nas questões que dizem respeito à gestão e regulação dos prestadores de serviço." (CONASS, 2006b)

Diferente do Pacto pela Saúde que foi construído de forma tripartite, a publicação do Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011b) sinalizou uma mudança na condução do Ministério da Saúde, a partir do Governo Dilma. Esta nova direcionalidade se expressou tanto do ponto de vista do espaço de interlocução do governo central com o CONASS quanto nos aspectos do conteúdo do decreto, como pode se depreender de algumas entrevistas.

"Já o período Dilma eu acho que a gente começou a ter dificuldades nessa discussão tanto é que o Decreto 7508 que se eu não me engano é de 2011, a gente já começou a ter dificuldades. Primeiro porque ele não foi pactuado, não foi discutido de forma tripartite, não foi aprovado de forma tripartite, eu acho que isso aí já gerou uma espécie de stand by, uma espécie de paralisação na construção política mais ampla, isso inclusive gerou um certo vazio do ponto de vista de propostas estruturadas." (E1)

“O decreto veio regulamentar a Lei 8080/90 e ele foi elaborado dentro do Ministério da Saúde e dado ciência ao Conass e ao Conasems, pois nós o

conhecemos quando já estava pronto. Ele foi um produto nascido da cabeça, eu posso dizer, eu não sei, mas foi um produto do Odorico junto com a Lenir Santos, tanto da Lenir como do Odorico, e vice-versa, e depois de elaborado a gente foi tomar conhecimento dele pronto. Nós fomos interferir e modificar alguma coisa na fase final do projeto pois ele já estava elaborado.”(E6)

O Decreto 7508 substituiu a proposta anterior de pacto por um contrato organizativo de ação pública (COAP<sup>41</sup>), o que pode sinalizar uma certa desconfiança nesta relação entre os gestores, afinal o que antes era construído de forma coletiva no âmbito das câmaras técnicas da CIT, foi proposto unilateralmente pelo Ministério da Saúde. Apesar do desconforto inicial, o CONASS apoiou sua implantação por compreender sua importância para a implantação das redes de atenção à saúde, conforme registro abaixo, ressaltando a necessidade de aperfeiçoar os aspectos relacionados ao financiamento e ao COAP.

“Apesar do avanço, o decreto ainda mantém a lacuna de não retomar o artigo 35 da Lei n. 8.080, que trata dos critérios para financiamento do SUS, agrega princípios importantes para organização de redes regionalizadas de serviços de saúde, dá visibilidade aos atendimentos oferecidos, trata do conceito de integralidade da atenção e, principalmente, efetiva a territorialidade como diretriz do planejamento em saúde, até mesmo abordando a articulação dos processos nos três níveis: municipal, estadual e federal. Ainda são necessários ajustes, principalmente quanto aos contratos organizativos de ação pública, mas sem dúvida o decreto é um efetivo avanço para a gestão em saúde pública”. (DOBASHI, 2011)

Alguns entrevistados indicam que apesar do esforço do Ministério da Saúde *"de viajar o Brasil inteiro"* (E3), o COAP não conseguiu se concretizar na medida em que *"ele foi publicado sem discussão nenhuma com ninguém"* (E3), e não foram viabilizados os recursos financeiros que garantiriam sua implantação.

“O que é que aconteceu? De 27 estados só 2 implantaram o COAP, 25 não quiseram implantar, e os 2 que implantaram já desimplantaram, o Ceará e Mato Grosso do Sul. Os dois já saíram, e não tem mais nenhum estado com o COAP e ficou um problema grave pois ele existe no papel, não existe na prática, e os promotores estão cobrando agora dos gestores o COAP. Como é que vai ter COAP se continua com os mesmos problemas e agora mais agravados pela continuidade do desfinanciamento da saúde que continua rigoroso e progressivo.”(E6)

---

<sup>41</sup> O COAP é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (Teixeira e Silveira (orgs), Glossário de análise Política em Saúde, op cit, p. 64)

O ministro Alexandre Padilha<sup>42</sup> permaneceu à direção da pasta da saúde até fevereiro de 2014, quando foi substituído por Arthur Chioro<sup>43</sup>. É importante destacar que o contexto político era completamente desfavorável ao SUS, pois neste ano ocorreu a rejeição pelo parlamento da Emenda Popular Saúde +10, que será discutida mais adiante quando abordarmos a questão do financiamento, e a aprovação da Medida Provisória 656/2014, que permitiu a entrada do capital estrangeiro na saúde, além da proposta dos planos privados de saúde para todos os trabalhadores (PEC 451/2014). Algumas entrevistas revelam os bastidores da política de saúde nessa transição do primeiro ao segundo governo Dilma.

“A questão do Chioro é o momento em que ele assume, a Dilma já fragilizada (...) Nós fomos então como conselheiro de saúde, como membro da mesa do Conselho Nacional de Saúde, eu fui um dos que participou de uma reunião fechada com a presidente, e aí deu para ver que a gente estava, na verdade, derrotados porque já havíamos perdido o Saúde + 10, numa discussão anterior de 2013 para 2014, onde o próprio líder no senado da presidente Dilma, que era o senador Eduardo Braga do Amazonas, foi o autor da lei que derrotou o Saúde + 10 para criar a EC 86, se a derrota do Saúde + 10 veio do próprio líder do senado do governo diz claramente de que lado estava o governo. Então o Saúde +10 com mais de 2 milhões de assinatura foi derrotado nessa conjuntura onde o governo em si já não tinha mais força para fazer o que queria. Aconteceu o mesmo com a presidente, então mostramos a ela claramente nessa reunião do palácio, os dados do sistema e a tentativa do Eduardo Cunha de aprovar uma lei que iria obrigar os planos de saúde para todas as pessoas às custas do SUS por renúncia fiscal, obviamente era uma encomenda que ele tinha, isso ficou claro, depois nasce essa lei do capital internacional e nos coube mostrar para ela que ela estava levando o sistema para o sistema americano, de onde o Obama já queria voltar com o Obamacare, os americanos foram até aqui e o Obama tentou voltar, e ela estava empurrando o sistema lá para onde os americanos estavam querendo voltar, se via claramente a fragilidade dela, a fisionomia era típico de quem não tinha mais força para enfrentar isso.” (E6)

---

<sup>42</sup> Médico infectologista formado pela Unicamp, com especialização pela USP, Padilha coordenou o Núcleo de Extensão em Medicina Tropical do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da USP (Numetrop/USP), entre 2000 e 2004, período que foi também coordenador de Projetos de Pesquisa, Vigilância e Assistência em Doenças Tropicais, no Pará, realizado em parceria com a OPAS e o Fundo de Pesquisa em Doenças Tropicais da Organização Mundial de Saúde. Ainda em 2004, assumiu o cargo de diretor Nacional de Saúde Indígena da Funasa, órgão ligado ao Ministério da Saúde. Nomeado ministro de estado chefe da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República em setembro de 2009, Alexandre Padilha já atuava na coordenação política do governo Lula desde agosto de 2005, quando ingressou na Subchefia de Assuntos Federativos (SAF), a qual chefiou entre janeiro de 2007 e a posse como ministro. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/galeria-de-ministros>

<sup>43</sup> Médico sanitário e doutor em Saúde Coletiva pela Unifesp/SP, professor universitário, pesquisador nas áreas de gestão e planejamento em saúde. Participou da gestão do Ministério da Saúde entre 2003 e 2005 como Diretor do Departamento de Atenção Especializada, onde coordenou projetos inovadores e de fundamental importância para o SUS. Foi conselheiro de renomadas instituições de saúde e consultor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), contratado pela OPAS. Foi Secretário de Saúde de São Vicente de 1989 a 1993 e em 2009, assumiu a Secretaria de Saúde do Município de São Bernardo do Campo (SP). Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/galeria-de-ministros>.

Nesta nova conjuntura, o CONASS assumiu um maior protagonismo na formulação das políticas de saúde, considerando a fragilidade do Ministério da Saúde em exercer seu papel de condutor do sistema e do poder político, técnico e administrativo acumulado ao longo de sua trajetória. conforme registrado por alguns dos entrevistados.

“Do decreto para cá a gente caiu num certo limbo, a gente não sabe que rumo institucional o país vai tomar, e o fato do CONASS ter tido uma agenda bem definida em relação a questão de gestão, financiamento, principalmente modelo de atenção, eu acho que dá ao CONASS uma situação de protagonista, eu acho que é isso que dá ao CONASS uma certa condição de discutir, porque além dele ter uma agenda, ele tem uma estratégia e tem um conteúdo sobre o qual ele trabalha, e mesmo que nós tenhamos aí um número grande de secretários estaduais que saíram no período de quatro anos, mesmo assim, o CONASS não teve mudança significativa na sua condução política e técnica.”  
(E1)

Selecionamos um conjunto de políticas a fim de investigar as principais mudanças ou continuidades ocorridas no modelo de atenção à saúde, ou seja, na forma de organização da produção de ações e serviços de saúde (TEIXEIRA & VILASBOAS, 2013) e a contribuição do CONASS nesse processo.

## 6.2.2 Mudanças e continuidades no modelo de atenção: políticas e programas priorizados

A reorientação do modelo de atenção à saúde, iniciada nos governos anteriores com a implantação do PACS/PSF (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1997b), foi mantida e intensificada com a implementação de um conjunto de políticas e programas, que, se por um lado, contribuíram para a expansão e diversificação da oferta de ações e serviços, por outro, resultaram em certa fragmentação da atenção à saúde aos diversos grupos da população. A seguir, descrevemos as principais iniciativas adotadas no período em estudo, que contaram com a participação e atuação política do CONASS.

### 6.2.2.1. Política Nacional de Atenção Básica: da Estratégia de Saúde da Família ao Programa Mais Médicos

O Programa de Saúde da Família foi implantado no Governo Itamar Franco, a partir da experiência do médico de família de Niterói/RJ (GOULART, 2002; SOUSA, 2015), tendo seu período de expansão ocorrido no Governo FHC quando houve um aumento expressivo de

sua cobertura<sup>44</sup>. Implantado como mais um programa voltado para a extensão de cobertura assistencial, com características de seletividade nos serviços ofertados e focalização ao priorizar populações em situação de maior risco social (BANCO MUNDIAL, 1997), a partir de 1997 é assumido como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. (BRASIL, 1997a)

Entretanto, foi com o Governo Lula, iniciado em 2003, que ocorre a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, sendo a Atenção Básica assumida como "um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados" (BRASIL, 2006b). Esta foi uma mudança importante pois a Saúde da Família passou a ser a estratégia prioritária para a organização não só da atenção básica mas do sistema de saúde como um todo.

Nesta época, o CONASS realizou o 2º Seminário para a Construção de Consensos sobre a Atenção Primária, em Salvador/Bahia, estando registrada como principal deliberação do evento, a proposta de fortalecimento da Atenção Primária, *"entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial (...)"*, e como responsabilidade da esfera estadual *"(...) as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual"*. (CONASS, 2003) Esta posição do CONASS foi trazida por uma das entrevistadas como sendo um ponto de conflito entre os gestores do SUS.

“Nessa ocasião tinha um conflito muito grande por conta da história do comando único de que os estados não tinham que se meter na atenção primária, que a atenção primária era coisa do município, e eu acho que esse era o entendimento dos três, o estado ficava com o hospital e especializada, a atenção primária nos municípios e o Ministério não fez a devida arbitragem também nisso aí, e no meu entender, isso foi um prejuízo muito grande porque

---

<sup>44</sup> A cobertura do Programa de Saúde da Família no Brasil saiu de 2,5% em 1995 para 54,9% em 2002, e neste período ocorrem alguns fatos importantes, a saber: regulamentação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 1996; criação do Piso da Atenção Básica – PAB – pela publicação da Portaria GM/MS N 1.882; publicação da Portaria GM/MS N 886, que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – e do Programa Saúde da Família – PSF; criação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB; publicação do Manual de Organização da Atenção Básica; criação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica; inserção da Saúde Bucal na Saúde da Família: início do incentivo às equipes de Saúde Bucal; Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil; Regulamentação da Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS-SUS 01/02 2001. Para maiores informações, consultar Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, 2010 disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)

dos 5570 municípios hoje, 119 tem menos de 2 mil habitantes sem contar os que tem 3, 4 ou 5 mil. Como é que um município desse vai se organizar como deve sozinho? Isso foi um atraso, no meu entender, então a gente começou a ter esse discurso mais forte de que a atenção primária era responsabilidade dos três, e o CONASS (...) em um desses consensos que inclusive foi lá em Salvador ficou acertado, discutido, combinado, que a atenção primária era de responsabilidade dos estados e que o CONASS tinha que de alguma forma dar essa assessoria para que os estados pudessem se organizar melhor..." (E2)

O fato é que muitas das propostas sobre a organização da Atenção Primária consensuadas em suas oficinas e seminários foram defendidas pelo CONASS no âmbito da CIT e impressas posteriormente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2006. Vale ressaltar a novidade trazida pela PNAB 2006 pois até então não existia uma política planejada para este nível de atenção e sim portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde.

A partir daí, o CONASS inicia um dos projetos de maior destaque da entidade, seja do ponto de vista da sua formulação, duração, recursos mobilizados, seja pela sua capilaridade, que é a Planificação da Atenção Primária. Sua origem associa-se a experiência da elaboração do Plano de Diretor da Atenção Primária a Saúde de Minas Gerais, conforme registra o professor Eugênio Vilaça, consultor do CONASS, em uma edição da Revista Consensus dedicada a este tema.

“Seguindo uma filosofia semelhante à de Minas Gerais, o CONASS seguiu desenvolvendo o que eu chamo de segunda geração desse processo, com elaboração das oficinas de planificação da APS ofertadas a vários estados. Esse processo se mostrou muito positivo, pois, com a realização das oficinas, verificou-se que tanto o ciclo feito em Minas Gerais por meio do Plano Diretor da Atenção Primária, quanto as oficinas de planificação desenvolvidas pelo CONASS, promoveram o alinhamento do conceito de Atenção Primária à Saúde como função resolutiva e coordenadora das Redes de Atenção a Saúde” (CONASS, 2016)

O CONASS seguiu desenvolvendo experiências nesta área, com a realização de uma série de laboratórios de inovação nos municípios de Santo Antônio do Monte/MG, Curitiba/PR, e Tauá/CE, e a partir dos resultados alcançados, a proposta inicial de planificação da atenção primária evoluiu para a planificação da atenção a saúde, constituindo-se em um dos projetos estruturantes do CONASS de apoio as Secretarias Estaduais de Saúde, como se depreende das entrevistas a seguir.

“ (...) quando o CONASS propôs a questão da planificação da atenção a saúde começou como planificação da atenção básica, logo se viu que não era possível entregar ao cidadão aquilo que ele precisava, aquilo que ele

demandava se não houvesse uma articulação adequada com o nível da atenção especializada e também com o nível da atenção hospitalar.”(E4)

“O primeiro projeto é o estruturante do SUS que é a planificação da atenção a saúde (...), ele é um dos caros para nós aqui do CONASS porque ele versa sobre o fortalecimento da atenção Primária, o Brasil fala e propala que a atenção primária é estruturante do sistema mas nem sempre dá a ela a atenção que ela merece, o CONASS dá, então esse projeto vem de quase dez anos que vemos trabalhando com a planificação da atenção a saúde, principalmente com o foco na atenção a saúde, dentro dela a atenção Primária, ele consome praticamente os recursos do CONASS dos projetos todos porque a gente acha que isso é fundamental para a construção do SUS.” (E6)

“A experiência de Santo Antônio do Monte permitiu ao CONASS evoluir para uma quarta geração de planificação que não era somente da APS, mas da atenção à saúde porque envolvia organizar, também, a atenção ambulatorial especializada. Essa quarta geração da planificação fez-se por três modelos: o de Santo Antônio do Monte, que iniciou a organização da atenção especializada para depois organizar a atenção primária; o modelo do Paraná, que realizou a organização conjunta da atenção primária e da atenção especializada; e o modelo de Tauá, que partiu da organização da atenção primária, seguindo a organização da atenção especializada. (CONASS, 2016)

No âmbito da política nacional, a dificuldade de atração e fixação dos profissionais médicos comprometeu a expansão e a qualidade da estratégia de saúde da família, a ponto de, em 2011, no primeiro Governo Dilma, a CIT propor a adequação da PNAB à realidade da época, cujo principal problema para o crescimento da cobertura era a falta de médicos, flexibilizando a carga horária desse profissional com a admissão de médicos de 20, 30 ou 40 horas. (BRASIL, 2011c) Esta questão já havia sido trabalhada desde a PNAB 2006, porém não foi aceita conforme destaca uma das entrevistadas.

“Na de 2006 que foi a primeira PNAB (...) nós já tínhamos alguns problemas no saúde da família e aí propôs-se na primeira política a flexibilizada da carga horária do medico mas não passou, eu mesma era do estado e fui uma das que achava que não tinha que pactuar isso que não iria resolver, aí em 2011, que foi a outra que flexibilizou para poder resolver esse problema que persistia passou o medico a ter a carga horária de 20 horas e podia ter equipe de transição, teve algumas flexibilizações para não baixar a cobertura e achou-se que poderia melhor e aumentar a cobertura, (...)” (E2)

Outro ponto discutido era a qualidade da atenção prestada nos serviços da rede básica, o que gerou a elaboração, no âmbito da PNAB 2011, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que propunha "um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde" (BRASIL, 2011d). Pelo trecho da entrevista transcrito abaixo é possível ter uma idéia de como se deu o

processo de discussão do PMAQ e, no entendimento da entrevistada, seus resultados apontaram para uma contribuição limitada do programa à qualidade da atenção básica.

“O PMAQ foi criado lá no tempo do governo, saída do Lula II para Dilma I, quando a Dilma entrou ela disse que não era nenhum problema diminuir cobertura para qualificar a atenção primária, porque todo mundo já tinha detectado a qualidade da atenção primária, e assim foi a discussão para começar o PMAQ, só que quando foi mesmo ver a cobertura e fez o primeiro ciclo do PMAQ, que viu que as coisas não são bem assim, quem é que quis baixar a cobertura? (...) Nós discutimos meses isso aí, a idéia era incentivar para qualificar mas tem que cumprir as coisas pois a gente já tinha visto as fragilidades, na hora que viu que se fosse fazer para valer essa cobertura ia cair drasticamente, do ponto de vista político não teve sustentação. (...) Então esse foi um dos pontos que não conseguimos, na minha avaliação o PMAQ não melhorou qualidade nenhuma, o PMAQ melhorou do ponto de vista de dar um dinheiro a mais, mas no que se refere a melhorar as equipes, a não ser aquelas que já faziam de qualquer jeito, na minha avaliação contribui pouco para a qualidade da atenção primária.” (E2)

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria 3.124 (BRASIL, 2012a), estimulando desta forma a inserção de outras categorias profissionais (Psicólogo; Assistente Social; Nutricionista; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Terapeuta Ocupacional) além de especialidades médicas (Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) na atenção básica enquanto equipes de retaguarda às equipes de saúde da família. O NASF agregou-se a outras iniciativas na atenção básica como o Brasil Sorridente, Academia da Saúde, Consultoria na Rua, entre outros.

Em junho de 2013, eclodiu uma série de manifestações em todo o país reivindicando mais qualidade nas políticas públicas, e a insatisfação com a saúde apareceu com grande destaque. Em resposta as “jornadas de junho”, a presidente realizou pronunciamento em rede nacional apresentando um plano de intervenção e o terceiro ponto prioritário era a contratação de “milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do Sistema Único de Saúde”. (MAGNO e PAIM, 2015)

Neste contexto é que a presidente Dilma Rousseff instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), por meio de Medida Provisória n.621/2013, convertida na Lei n.12.871 (BRASIL, 2013) em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. Vale ressaltar que o Programa Mais Médicos vinha sendo formulado pelo Ministério da Saúde em discussão com os municípios, conforme registro de uma das atas do CONASS do ano de 2012, e assim o MS aproveitou a janela de oportunidade aberta pelas



manifestações de 2013 para implantar o PMM.

“(…) o presidente Wilson Alecrim apontou que a maioria das políticas da área não considerou o estado na sua proposição e operacionalização, sendo discutidas pelo Ministério de Saúde diretamente com os municípios e/ou com as instituições formadoras e que é necessário assegurar o papel dos estados na formação e na gestão do trabalho e da educação na saúde. Foi deliberado pela assembleia o apoio do CONASS à iniciativa do MS de contratação de médicos estrangeiros para atenção básica.” (CONASS, 2012)

A partir desta provocação, o CONASS participou da formulação do Programa e constituiu-se em um importante defensor do mesmo, articulando inclusive junto ao Congresso Nacional para sua aprovação, conforme registrado por um dos entrevistados.

“Foi muito difícil pois a concepção não foi fácil, a negociação foi mais difícil, e vencer a resistência do Congresso Nacional, mesmo dizendo para os deputados que isso era uma reivindicação dos prefeitos em um documento chamado “Cadê o médico?”, não foi fácil, e isso gerou muito desgaste para todo mundo e que retardou o início do processo sem nenhuma dúvida. Houve uma incompreensão sobre esse projeto, pois o projeto não se refere só a questão do provimento de médico, e para mim esse foi o erro do governo, pois o governo ficou preso ao provimento do médico quando o mérito do projeto não era esse mas sim reforma do ensino médico, e que precisa ser feita hoje ainda, e a questão da residência médica.”(E6)

Esta ênfase na questão do provimento dos médicos gerou a percepção de que o Mais Médicos surge para preencher a lacuna por este profissional na atenção primária, e mais uma vez é enfatizada por uma das entrevistadas, a resistência sofrida pelo programa, particularmente no que diz respeito a incorporação dos médicos estrangeiros.

“Nós tínhamos um problema com a cobertura da atenção primária, não estou nem falando da cobertura do saúde da família só, e foram feitos não sei quantos eventos e seminários para buscar qual a saída para atrair médicos que era principalmente o problema, aí foi quando criou-se o Mais Médicos que era para preencher essa lacuna aí, bom aí eu acho que nem preciso lhe dizer a guerra que foi, os conflitos e as confusões e tudo mais (...) No primeiro momento eu particularmente era contra os médicos cubanos, eu achava que tinha alguma coisa estranha mas quando começou a atuação, e eu já estava no campo por conta da planificação dos municípios (...) aí a gente viu que fazia diferença na prática pois o médico do Mais Médico cumpria a carga horária, ficava o dia inteiro na unidade, e tinha um olhar diferente para a atenção primária, porque o nosso médico que está na atenção primária, no saúde da família, ou ele saiu da faculdade agora e está ali ganhando um dinheirinho para a residência, ou ele já aposentou e está ali porque tá cedo para não fazer nada.” (E2)

Superadas as resistências iniciais, o Programa Mais Médicos tem se consolidado a cada dia<sup>45</sup> e segue sendo reconhecido e defendido pelo CONASS como uma iniciativa exitosa, e na concepção de alguns entrevistados, mesmo seus opositores reconhecem sua contribuição e parecem ter mudado de posição.

“A crítica que eu fazia no início aos Mais Médicos é uma crítica que depois eu entendi que não tinha como o Brasil intervir, mesmo que quisesse, e que muitas vezes não era o caso, que a é a questão do profissional com o governo cubano mas a medida em que isso extrapola nossa capacidade de intervenção pois cada país resolve seus problemas mas não sou obrigado a concordar com isso, você pagar 10, 11 mil e o profissional receber 2, mas se o contexto que o profissional esta inserido é esse a minha única discordância era essa, eu melhorei o entendimento em relação ao programa e hoje eu sou um dos que o defende..” (E7)

"Hoje o programa se consolidou, os que eram contra vieram para o Ministério da Saúde em seguida, já no governo do Marcelo Castro e do Ricardo Barros, que representava a oposição ao governo Dilma, eles vieram para o MS e não tiveram a coragem de terminar com os Mais Médicos, pelo contrário, todos eles trabalharam para fortalecer também pois ninguém teve mais coragem de fazer qualquer tipo de dano ao programa, só ficou o discurso agora "porque no meu governo vai ser mais médicos brasileiros" mas cortar o programa jamais.”(E6)<sup>46</sup>

No entanto, uma das considerações do CONASS é de que o programa pode perder sua potência se ficar limitado ao componente do provimento dos médicos, abandonando outros aspectos fundamentais da proposta, conforme atesta um dos entrevistados.

“ (...) a preocupação que o CONASS tem é observar que nesses últimos tempos só tem se mantido o item do provimento do programa, e o programa é muito mais do que isso, o item do provimento tem tido a centralidade da pauta mas o item da universalidade das residências, da ampliação das escolas com mudanças de características, o item da infraestrutura, foi tudo esquecido, por assim dizer. Se você só tem o item do provimento, você vai sempre depender dele.” (E8)

---

<sup>45</sup> Apesar dos resultados positivos, o Programa Mais Médicos no período 2013-2017 gerou uma série de polêmicas e controvérsias que ocuparam espaço na mídia (Silva VO, Rios DRS, Soares CLM, Pinto ICM, Teixeira CF. 2018), sobretudo por conta da reação das entidades médicas à contratação de médicos estrangeiros, e em especial, o grande número de médicos cubanos que foram inseridos no programa por meio de acordo firmado entre os ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba, intermediado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Em dezembro de 2018, o governo cubano decidiu chamar de volta cerca de 8.222 que atuavam no Programa diante das declarações do presidente eleito, Jair Messias Bolsonaro.

<sup>46</sup> Esta entrevista foi realizada em 28 de setembro de 2018, em plena campanha eleitoral, quando se colocou mais claramente a pressão política contra o Programa Mais Medico.

Mas a despeito da contribuição do Mais Médicos, uma série de questões<sup>47</sup> relacionadas a atenção básica seguiram sem o devido enfrentamento, e neste sentido, o CONASS, em articulação com o CONASEMS, pressionou o Ministério da Saúde para o aprimoramento da PNAB, sendo que, a partir dos anos 2015/2016 foram promovidas uma série de discussões no âmbito da CIT. As eleições municipais de 2016 atrasaram a finalização da proposta, mas a partir de agosto de 2016, já com os novos gestores municipais, os trabalhos foram retomados e ocorreu a apresentação da proposta à CIT.

Em síntese, o CONASS tem defendido, ao longo dos anos, a centralidade da Atenção Básica para a organização da Rede de Atenção a Saúde no SUS, haja vista a quantidade de documentos produzidos sobre este tema (CONASS, 2011; CONASS, 2013b), os quais indicam uma continuidade na posição da entidade, sendo apontada inclusive como um dos consensos por um dos entrevistados.

“Esse é um dos bons consensos que a gente tem aqui no CONASS, de que o investimento deve ser priorizado na APS, primeiro porque ele vai evitar que o cidadão tenha problemas mais graves de saúde, e segundo porque o volume de recursos destinados a APS é muito inferior aquele que serão utilizados se ele não for tratado devidamente e vai precisar na média e alta complexidade, então é uma questão absolutamente racional tanto do ponto de vista humanitário, médico, para o paciente quanto do ponto de vista econômico.” (E11)

#### 6.2.2.2. Política de Atenção às Urgências e Emergências: SAMU e UPAS

A mudança no padrão de morbimortalidade da população brasileira nas últimas décadas, com redução das doenças infecciosas e crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas tem pressionado o sistema de saúde a investir na atenção pré-hospitalar e hospitalar. As causas externas, em particular, constituem um grave problema de saúde no Brasil em função das elevadas taxas de morbidade e mortalidade, ocupando o terceiro lugar no grupo de causas de mortes, e a primeira posição na faixa etária entre 10 e 39 anos. (RIBEIRO, 2014)

Em resposta a este problema, foi publicada, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, regulamentada pela Portaria n.1863 (BRASIL, 2003), sendo constituída pelos seguintes componentes: 1. Pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto

---

<sup>47</sup> A principal delas é a questão do subfinanciamento da Atenção Básica que atua em uma relação de condicionamento (Testa,1995) para sua expansão, resultando nos problemas de provimento e fixação de profissionais, particularmente médicos, qualidade da atenção, infra-estrutura e gestão.

Atendimento - UPA); 2. Pré-hospitalar móvel (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192); 3. Hospitalar e 4. Pós-hospitalar (modalidades de Atenção Domiciliar e Projetos de Reabilitação Integral). Com a progressiva implementação desta política, milhões de brasileiros passaram a ter acesso ao SAMU, cujas unidades assistenciais móveis funcionam de forma articulada com as centrais de regulação médica<sup>48</sup>.

“O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) a ser implantado. É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, no qual o usuário, por meio do acesso telefônico gratuito pelo número 192, solicita atendimento. Apresenta um componente regulador (a Central de Regulação) e um componente assistencial (a equipe das ambulâncias). Na regulação, todas as etapas do atendimento são registradas no computador e gravadas. As atribuições gerais e específicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192 foram estabelecidos pela Portaria GM/MS n. 2.657/2004.” (CONASS, 2015)

“Tivemos avanços que eu acho importante talvez na área de urgência/emergência que é o SAMU, as estruturas por exemplo de SAMU, já são reconhecidas e de qualidade, essas estruturas vem dos anos 2003/2004 e estão totalmente consolidadas...” (E1)

A partir de 2008, houve um incremento da expansão da rede de urgência e emergência com a publicação da Portaria GM/MS n.2922, que garantiu a expansão das Unidades de Pronto Atendimento<sup>49</sup> (UPA). Logo em seguida, foi publicada a Portaria GM/MS n.1020/2009 (BRASIL, 2009) que propôs novas diretrizes para a UPA, com a criação das salas de estabilização e definição de portes I, II e III, assim como os incentivos financeiros para sua implantação. Esta expansão recebeu inúmeras críticas do CONASS em decorrência da falta

<sup>48</sup> As Centrais de Regulação Médica do SAMU 192 são responsáveis pela escuta permanente do médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso. (BRASIL, 2006)

<sup>49</sup>A UPA é uma unidade de saúde que funciona 24 horas por dia, sete dias por, com capacidade de resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Com isso, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico e analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.. São três portes de UPA: Porte I: tem o mínimo de 7 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes. Porte II: tem o mínimo de 11 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 250 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes. Porte III: tem o mínimo de 15 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 350 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes. <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>

de articulação dessas unidades com a atenção básica assim como do uso político que se fez em relação a implantação das UPAs, e que encontram-se registradas no documento “Devagar com a UPA” escrito por um de seus presidentes e expressas nos trechos destacados a seguir.

“Recentemente, a partir das debilidades da atenção primária no município do Rio de Janeiro (7,5% somente de cobertura populacional do PSF), instalou-se a discussão sobre a multiplicação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Esta foi a resposta emergencial encontrada pelo governo do estado para responder às demandas reprimidas da população. O presidente Lula se encantou com a agilidade da resposta. O Ministério da Saúde apresentou, para a discussão, resolução nacional sobre o assunto. Como bom mineiro, diria “devagar com o andor, que o santo é de barro”...” (E7, O Globo, 2007)

"O exemplo que eu dou aqui é o das UPAs, a gente dizia aquela época que não era uma boa política, que da maneira como ela estava pensada ela ia danificar a Atenção Primária, principalmente o saúde da família, porque as UPAs iriam ser porta de entrada, tanto que a primeira minuta das UPAs não citava sequer a palavra Atenção Primária, isso só foi aparecer na minuta a partir de uma reunião que teve em São Paulo, que o CONASS, eu me lembro muito bem do Barradas, secretário de São Paulo, que já é falecido, e em São Paulo teve um embate muito forte sobre esse assunto e aí entrou a questão das UPAs (...) Aquilo que era para ser 500 UPAs que era para dar uma marca do governo Lula na saúde, 500 UPAs naquele mesmo padrão e tal, viraram 1300, 1400, e hoje mais ou menos essa parte que supera e foram mal planejadas e mal localizadas na maioria das vezes, elas estão até fechadas por falta de recursos para manutenção, e o prefeitos que entram discordam do que entrou, e a disputa terminou sendo política.” (E6)

O CONASS seguiu pautando na CIT (CONASS, 2007d) a necessidade da organização das redes de atenção à saúde, na qual as UPAs se constituiriam como um dos pontos de atenção e não como estratégia substitutiva. Em 2010, ocorre então a publicação da Portaria 4279 que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010), fruto de um “*movimento em que o CONASS formulou e transformou-se em uma política nacional*” (E12).

O fato é que esta portaria vai influenciar diretamente na reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, por meio da Portaria GM/MS n.1600/2011, quando o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, que passou a ser formada pelos seguintes componentes: promoção, proteção e vigilância; atenção básica; SAMU e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA e conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar e domiciliar. (BRASIL, 2011e)

### 6.2.2.3. Redes de Atenção à Saúde: o protagonismo do CONASS

As Redes de Atenção a Saúde (RAS) podem ser definidas como "organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral (grifo nosso) a determinada população, coordenada pela APS (...) com responsabilidade sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população" (MENDES, 2011), apresentando, portanto, três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção. (CONASS, 2016)

A despeito dessa compreensão de redes e das evidências internacionais de que os sistemas integrados de saúde são mais efetivos (MALCOM *et al*, 2000; WAGNER *et al*, 2001; KATON *et al*, 2004), a concepção vigente na normativa do SUS era de um sistema hierárquico, do tipo piramidal, desenhado a partir da densidade tecnológica dos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade). (CONASS, 2016a)

“Eu acho que muito pouca gente discute que não tem que organizar em redes ate porque essa é uma discussão internacional, todo mundo sabe que sistema fragmentado não da certo, hoje é a prioridade um da Inglaterra, os EUA hoje tem certeza que se não organizar as redes o sistema esta falido, enfim, outros países...” (E12)

“O CONASS a partir de um certo momento entendeu, eu creio que com justíssima razão, que é preciso pensar o conjunto, pensar em rede. Nós sempre pensamos e quando digo nós, o SUS, o ministério, a gestão estadual, o pensamento sempre foi muito fragmentado, não adianta você ter uma ótima politica de atenção básica se a atenção especializada está ruim, não conversa, não articula, se atenção hospitalar está desestruturada, esse tipo de continuo nunca aconteceu...”(E4)

Na tentativa de superar esta fragmentação, o CONASS desempenhou um papel protagonista, na tríade federativa, para o desenvolvimento e implantação das RAS no SUS. Neste processo é possível identificar quatro momentos: a elaboração da proposta<sup>50</sup>, a difusão da proposta, a institucionalização e a implantação da RAS no SUS (CONASS, 2015a). O

---

<sup>50</sup> Santos (2018a) registra que o CONASS promoveu em 1995 uma oficina de trabalho com dirigentes e técnicos da gestão federal, estadual e municipal e representantes da OPAS, resultando em um relatório que priorizava a diretriz constitucional da regionalização, além de trazer considerações sobre a pactuação interfederativa para a garantia da oferta integral dos serviços e do financiamento do sistema. Segundo o autor, “na época os gestores descentralizados já concebiam a Região de Saúde como a menor célula sistêmica da rede, condição para a plena realização da diretrizes da integralidade, equidade e universalidade, a partir da atenção básica”, (SANTOS, 2018a, p. 1733) logo a idéia de rede já estava presente porem não obteve repercussão na condução da politica nacional.

primeiro momento iniciado em 2004, parte da experiência do "consultor formulador"<sup>51</sup> do CONASS na elaboração do Plano Diretor de Minas Gerais, conforme atesta a entrevista a seguir.

Em 2003 eu fui ser consultor da SES de Minas Gerais, e nós fizemos um plano com principio, meio e fim, tinha um secretário que era o Marcus Pestana<sup>52</sup>, um economista fantástico, sujeito cabeça boa, e ele topou e era um bom momento, então essas idéias de redes começaram a surgir ali, e nós começamos a implantar o Plano Diretor da Atenção Primária em Minas Gerais como base da rede.” (E12)

O segundo momento foi representado pela difusão da proposta por meio da realização das oficinas de RAS, estruturadas pelo CONASS, e desenvolvidas em várias secretarias estaduais de saúde, assim como na Secretaria de Vigilância em Saúde (CONASS, 2015), aumentando desta forma a adesão à idéia de redes em atores relevantes do SUS. Todo o material instrucional produzido para apoiar teórica e conceitualmente as equipes estaduais para a implantação das Redes de Atenção à Saúde foi sistematizado na publicação CONASS Documenta n.21 de 2010. (CONASS, 2010)

“Nós formulamos uma oficina de rede e nós corremos todos os estados brasileiros, eu acho que foi por volta de 2005/2006, essas oficinas estavam baseadas em textos que eu fazia gradativamente e depois foi publicado o livro redes de atenção a saúde, cuja versão original não é essa que está aqui mas foi publicado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais em 2009, esse livro vermelho saiu em 2011, então nos preparamos o terreno, fomos a todas as SES, fizemos oficinas de uma semana e preparamos o conceito de redes, pouco já calcada na experiência de campo que tivemos em Minas Gerais.” (E12)

“(...) começou a ter realmente essa dinâmica que o E12 chama de poliárquico, não mais aquela coisa de atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar na figura piramidal que a gente conhece tradicionalmente. Essa mudança foi fundamental mas parece que nós não somos tão bons catequistas porque o ministério tem dificuldades em embarcar nisso, e assim, muda muito a interlocução...” (E4)

O terceiro momento foi a busca pela institucionalização das RAS, realizada no âmbito da CIT para a construção de consenso, culminando na publicação da Portaria GM/MS n.4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), e a comparação entre a proposta trabalhada nas

<sup>51</sup> Expressão utilizada por um dos dirigentes do CONASS ao se referir ao principal consultor da entidade durante a entrevista em 2018.

<sup>52</sup> Economista e Professor. Deputado Federal pelo PSDB-MG (2011-2019). Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais (2003-2010) e ex-presidente do CONASS (2005-2006).

oficinas do CONASS e a concepção da organização de redes presente na portaria confirmam algumas declarações de autoria deste documento.

"Ao entender a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), em coordenar e articular a implantação das redes nas regiões de saúde e participar efetivamente na qualificação da APS em conjunto com os municípios, o CONASS desenvolveu algumas propostas metodológicas a fim de capacitar os técnicos das SES no desenho e na implantação das redes e também no fortalecimento da APS. (CONASS, 2015)

"Em 2010, surge a portaria de redes, que é tudo tirado das nossas oficinas, tem muita coisa do meu livro, eu posso dizer que a idéia de rede foi um movimento em que o CONASS formulou e transformou-se em uma política nacional, mas não basta ter a portaria, esse é o problema do Ministério que acho que é suficiente ter portaria, então daí que vem a idéia do CONASS pegar as portarias e ir para o campo com as SES fazer o que precisa para implantá-las." (E12)

"A portaria de rede é toda baseada no nosso trabalho aqui de rede, de planificação, nós tivemos uma participação totalmente ativa na construção da 4279 (...) muita coisa é o Conass que puxa só para citar da minha área o que eu acho que o que é mais importante dos últimos tempos é a questão da rede, trabalhar de forma diferente." (E2)

O quarto momento é caracterizado por esta "ida ao campo" da equipe do CONASS, seguindo a estratégia do Ministério da Saúde de implantação das Redes Temáticas nas regiões metropolitanas, sendo pactuadas na CIT, no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013, cinco redes temáticas prioritárias, quais sejam: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Na avaliação do presidente do CONASS, Wilson Alecrim, em entrevista publicada na Revista Cosensus (CONASS, 2014), as redes temáticas apresentaram diferentes graus de implantação.

"De todas as redes temáticas que foram propostas e cujas portarias e políticas estão aprovadas, acredito que duas caminharam bastante nas regiões em que foram instaladas: Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede Cegonha. As demais ainda estão sendo trabalhadas e ainda temos de fazer mais esforços para que elas ocorram." (ALECRIM, 2014)



### 6.2.3. O debate em torno do Financiamento do SUS: a atuação do CONASS

No Brasil, o gasto em saúde (9,1% do PIB) é comparável à média dos países da OCDE e superior a de países como Chile (6,7%), México (7,2%) e Colômbia (7,2%). No entanto, a participação do gasto público, em 2015, foi de 3,9% (R\$ 232 bilhões) enquanto o privado alcançou 5% (R\$297,4 bilhões), incluído aí o gasto direto desembolsado pelas famílias. (MELO, 2017) Dessa maneira, fica evidente que o Brasil gasta pouco com saúde, o que é incompatível com a manutenção de um sistema universal de saúde, comprometendo assim a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 1988)

A Constituição Federal de 1988 definiu, em suas disposições transitórias, que 30% do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seria para financiar a saúde, porém isso nunca foi concretizado. O SUS tem acumulado uma trajetória de subfinanciamento ao longo dos seus 30 anos, a despeito de algumas tentativas para aumentar o gasto público com a saúde, a exemplo da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF)<sup>53</sup> no anos 90 e da Emenda Constitucional (EC) n.29<sup>54</sup> nos anos 2000.

O CONASS foi um dos atores sociais que estiveram envolvidos diretamente na luta pelo aumento do financiamento público do SUS, participando ativamente das discussões sobre o Orçamento da Seguridade Social, no parlamento, e da Saúde, no âmbito da CIT, o que pode ser atestado pelos registros de suas assembleias, bem como os relatos dos seus dirigentes. Vale ressaltar que muitos deles exerceram mandato como parlamentar, antes ou depois de sua passagem pelo CONASS.

"O CONASS participou ativamente, do ponto de vista político, de todos os debates do financiamento do SUS nesses últimos anos, desde o advento anterior a EC 29, passando por todas as mudanças que ocorreram de lá para cá (...) por vários anos o CONASS levou ao poder legislativo, demandas de revisão do orçamento durante o processo de discussão orçamentária do ano seguinte, e nós tivemos nesse período várias pessoas na FPS que foram

---

*"...apesar desta nova e suposta fonte exclusiva de financiamento da saúde, a CPMF não logrou aumentar os recursos para a saúde, pois, ao mesmo tempo, os recursos da CSLL e COFINS decresceram sua importância. Não bastasse isso, a CPMF deixou de ser fonte exclusiva da saúde a partir de 1999 até o seu encerramento, em 2007, e passou a financiar também a Previdência e, a partir de 2001, o Fundo de Combate à pobreza. Ou seja, mesmo com a criação da CPMF, durante seu período de vigência, não houve garantia de mais recursos para a saúde, pois os recursos da CPMF foram desviados para outros fins e outras áreas e, além desse desvio, houve também substituição de fontes". (MELO, 2017).*

<sup>54</sup> A EC 29 estabeleceu um aporte mínimo de recursos das três esferas federativas no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde que deveriam ser implementadas de modo gradativo ao longo dos anos, os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada, e os municípios, 15%. Em relação à União, a EC 29 não explicita este mínimo nem a origem dos recursos. "Um dos efeitos positivos com a aprovação da EC 29 foi que finalmente houve uma estabilidade das receitas com a vinculação, mesmo que ela só tenha sido regulamentada em 2012. Contudo, a estabilização no financiamento não significou suficiência." (MELO, 2017)

parceiros desse processo, inclusive pessoas que passaram aqui pelo CONASS até como presidente, pelo menos dois que eu me lembre de cabeça são deputados federais hoje e foram presidentes do CONASS".(E1)

"Eu já tinha conhecimento do CONASS, eu já tinha uma certa relação, enquanto deputado federal eu participava da Comissão de Seguridade Social e Família, que é onde ocorrem as discussões das políticas de saúde, e o CONASS sempre teve participação em relação a esta comissão, também a frente parlamentar da saúde da qual eu fiz parte nos anos em que fui deputado federal." (E11)

Além disso, o CONASS promoveu e participou de inúmeros debates e seminários, liderou e aderiu a muitos movimentos em parceria com outros atores sociais, e produziu um volume grande de publicações dedicados a questão do financiamento do SUS. (CONASS, 2011)

O ano de 2006 foi marcado por mobilizações do CONASS no Congresso Nacional por mais recursos para a Saúde, tanto na discussão do Orçamento de 2006 quanto pela Regulamentação da EC n. 29. A Assembléia do CONASS deliberou por promover uma grande mobilização junto ao Congresso Nacional, visando ampliar os recursos orçamentários de 2006 para o MS em pelo menos R\$ 4,7 bilhões, uma vez que deveriam ser destinados R\$ 3,4 para Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; R\$ 608 milhões para Atenção Primária à Saúde; e R\$ 710 milhões para medicamentos "excepcionais".

"A mobilização no Congresso Nacional começou em outubro de 2005, quando o CONASS, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e a Frente Parlamentar da Saúde entregaram ao relator setorial do Orçamento na área de Saúde, deputado Cláudio Cajado, a proposta do CONASS de incremento de recursos para o Ministério da Saúde (MS) no Orçamento de 2006, no valor de R\$ 4,7 bilhões.." (CONASS, 2006d)

O Relatório Final do Orçamento começou a ser discutido em fevereiro na Comissão Mista do Orçamento, sendo alocados recursos adicionais de apenas R\$ 1,1 bilhão, ao invés dos 4,7 bilhões propostos pelo CONASS. Entretanto, a mobilização garantiu que os recursos referentes ao Programa Bolsa Família (R\$ 2,1 bilhões) constante da programação do Ministério da Saúde fossem então transferidos para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), ajustando-o desta forma à EC 29/2000.

A busca por um financiamento compatível com as necessidades de saúde permaneceu como pauta do CONASS, o que incluía na ocasião a regulamentação da EC 29 pelo Congresso Nacional. A primeira mobilização na Câmara dos Deputados ocorreu em outubro de 2005, promovida pela Frente Parlamentar da Saúde, por representantes do Conselho Nacional de

Saúde (CNS), do CONASS, do CONASEMS e de diversas instituições. Em fevereiro, esse conjunto de forças realizou mais uma mobilização na Câmara dos Deputados pela aprovação do Projeto de Lei Complementar no 01/2003, que regulamentaria a EC 29.

O Projeto estava pronto para ser votado desde 2005 e foi colocado na pauta da convocação extraordinária do Congresso Nacional. A estratégia da mobilização foi conseguir o apoio do presidente da Câmara dos Deputados, deputado Aldo Rabelo, e do líder do governo na Câmara, deputado Arlindo Chinaglia, para incluir a EC 29 na pauta de votação da Casa. Apesar de toda esta mobilização, o projeto não foi aprovado e a luta pela regulamentação da EC 29 seguiria na agenda do CONASS por mais alguns anos. É importante registrar que a cada nova gestão do CONASS, sua direção reafirmava seu compromisso com a defesa do financiamento do SUS e acionava outros atores políticos em torno desta pauta.

"O presidente Eugenio Pacelli informou sobre a reunião com o vice – presidente José Alencar na qual foi abordada a regulamentação da EC 29 e foi feita a solicitação de modificação do Decreto 6.170/2007, que em seu formato atual, dificulta a atuação dos Conselhos, pois veta a celebração de convênios entre a União e as entidades que representam os gestores do SUS. Informou também que em 09 de julho, CONASS, representado por seu presidente e Secretários de Saúde, acompanhados do Ministro José Gomes Temporão e das diretorias do Conasems e do Conselho Nacional de Saúde, se reuniram com o Presidente da Câmara dos Deputados, Michel Temer, para pedir apoio à regulamentação da Emenda Constitucional 29. O encontro contou ainda com a presença do presidente da Frente Parlamentar da Saúde, deputado federal Darcísio Perondi, além de representantes da classe médica e dos usuários do SUS. Foi ressaltada a urgência em regulamentar a EC 29 e o presidente Michel Temer se comprometeu a submeter ao colegiado de líderes esse pleito e afirmou ainda ter certeza que o Plenário estará sensibilizado para aprovar o último destaque que falta, já que se trata de um tema tão importante para o país." (CONASS, 2009b)

Após 12 longos anos, a Lei Complementar (LC) n.141/2012 de 13 de janeiro de 2012 regulamentou a EC 29/2000, retirando no entanto a obrigatoriedade da vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando grande expectativa de ampliação de recursos para o setor (CONASS, 2013), conforme registrado pela presidente da entidade naquele ano.

"Ja a regulamentação da EC n. 29, por meio da Lei Complementar n. 141/2012, foi uma grande frustração para todos que esperaram 12 anos por isso, porque não trouxe novidades e não contemplou aquilo que mais queríamos que é ter também para União um percentual das receitas correntes brutas que pudesse ser aplicado na saúde, o que traria um recurso novo para o SUS, uma vez que estados e municípios ja têm seus percentuais definidos. Muitos estados e a maioria dos municípios, inclusive, ja cumprem esses percentuais." (DOBASHI, 2012)

Diante dessa situação, entidades e movimentos em defesa do SUS, liderados pelo CNS realizaram intensa mobilização nacional coletando 2,2 milhões de assinaturas para o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PL 321/2013), com o objetivo de garantir a destinação de pelo menos 10% da receita bruta da União para a saúde. Apesar disso, a proposta foi rejeitada pelo Congresso Nacional. Um dos entrevistados assinalou a dificuldade que foi mobilizar os prefeitos e os governadores em defesa deste projeto, indicando algo mais profundo em relação ao processo político do país.

“E os prefeitos e governadores de novo não tiveram envolvimento neste processo, eu acho que esse ente não se apropriou do sistema, ele vê o sistema como um problema para ele, então tem que procurar uma solução porque ele tem porque ele tolera, ele tem porque sabe que existe mas ele não discute saúde como discute educação. Os prefeitos entendem muito dom FUNDEB mas entendem muito pouco de SUS, tire suas conclusões.” (E6)

Outro destacou a pouca sensibilidade do Congresso as demandas do SUS.

“(…) eu não sei se o problema está aqui de não saber se articular ou lá de ser pouco sensível as demandas do SUS porque a gente vê eles aprovando um monte de coisas, ou trazendo demandas para o sistema totalmente não factíveis, eles são excelentes para gerar demandas nem sempre demandas efetivas ou importantes, do ponto de vista (...) então você coloca uma coisa que sai da cabeça do deputado, eles aprovam e você tem que implementar sem nenhuma análise de viabilidade e principalmente de necessidade, então muitas vezes sai muitas demandas mas quando a gente precisou realmente do Congresso para defender o SUS, principalmente na questão do financiamento, conseguimos milhões de assinaturas para o Saúde + 10 e ficou na gaveta.”(E10)

Para outro entrevistado, a discussão da Saúde não consegue ultrapassar as barreiras dos próprios governos, explicando assim a posição, por exemplo dos governadores, e a falta de centralidade deste tema na agenda política.

"Agora dizer que isso transborda para a decisão do governador eu acho que é um pouco difícil de dizer porque na verdade cada governador é um ente político isolado, não é setorialmente que ele vai se posicionar, ele se posiciona como governo, tanto é que o secretário as vezes enfrenta um embate interno com o próprio governo com a área econômica, porque a discussão do governo é muito mais ampla do que a própria saúde (...) Para mim a ausência dos governadores é mais no sentido político porque se tivessem os governadores presentes na discussão de saúde mais ampla com certeza isso seria melhor para o contexto da discussão mas essa prática é uma realidade para qualquer área, talvez a única área que os governadores atuam de uma forma mais, digamos, uniforme é na disputa da questão fazendária, da arrecadação, que ai cada um ja olha com equilíbrio para seu estado, acho que a saúde não chegou a ter esse peso ainda nas agendas dos governadores.”(E1)

Em março de 2015, com o apoio do governo federal, foi aprovada a PEC 358, conhecida como PEC do Orçamento Impositivo, e convertida, então, para EC 86, substituindo o critério dado pela EC 29. Nela foi introduzido um artigo relativo ao financiamento da saúde que estabeleceu uma alteração na base de cálculo da aplicação dos recursos pelo governo federal, que passou a ser calculada não mais pela variação nominal do PIB (EC 29), mas, sim, pela Receita Corrente Líquida (RCL), sendo executada de forma escalonada em cinco anos (CERQUEIRA & SOUZA, 2015). Ao mudar a metodologia de financiamento do SUS, a EC 86 conseguiu reduzir ainda mais o gasto com saúde pelo governo federal, resultando em um déficit imediato de R\$ 7 bilhões.(CNS, 2015) Desta forma, a derrota do movimento “Saúde +10”, materializou-se.

"Nós fomos então como conselheiro de saúde, como membro da mesa do Conselho Nacional de Saúde, eu fui um dos que participou de uma reunião fechada com a presidente, e aí deu para ver que a gente estava, na verdade, derrotados porque já havíamos perdido o Saúde + 10, numa discussão anterior de 2013 para 2014, onde o próprio líder no senado da presidente Dilma, que era o senador Eduardo Braga do Amazonas, foi o autor da lei que derrotou o Saúde + 10 para criar a EC 86, se a derrota do Saúde + 10 veio do próprio líder do senado do governo diz claramente de que lado estava o governo. (...) nós colocamos as propostas do sistema e ela (presidente Dilma) colocou que não, que não acatava aquelas sugestões, nós mostramos que o subfinanciamento estava acabando com a gestão, que estava sufocando a gestão, e que era preciso reagir naquela hora porque desde a fundação do sistema que o recurso proporcional estava reduzindo, era 72 já tava em 46, e ia rápido demais, e ela disse assim: "eu não coloco mais recurso no sistema, eu só coloco mais recurso pro sistema no dia que a gestão melhorar. Dr. Jatene botou a cadeira para frente assim, colocou a mão na mesa e disse “então presidente tal qual os outros presidentes para a senhora também saúde não é prioridade” e acabou a reunião desse jeito, e ele estava certo o que é pior, né?” (E6)

Neste mesmo ano, a presidente Dilma Rousseff acolhia a Agenda Brasil, um conjunto de propostas sugeridas pelo presidente do Senado Federal, Renan Calheiros (PMDB/AL), que apontava a cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda como solução para o financiamento do SUS. (ABRASCO, 2015a) A intensa reação do movimento sanitário e lideranças da Saúde (RADIS, 2015) conseguiu retirar este item da pauta, mas persistiram outras ameaças no documento, a exemplo da maior desvinculação da receita orçamentária, dando maior flexibilidade ao gasto público; aperfeiçoamento do marco jurídico e do modelo de financiamento da saúde; regulamentação do ressarcimento pelos associados de planos de saúde dos procedimentos e atendimentos realizados pelo SUS. (CERQUEIRA & SOUZA, 2015)

Desta forma, o governo enviou à Câmara dos Deputados, a PEC 87/2015, aumentando o percentual da Desvinculação de Receitas da União (DRU) de 20% para 30% e prorrogando-a para oito anos, além de criar a Desvinculação de Receitas (DRE) para os estados e municípios no mesmo percentual. Além disso, o Governo Federal anunciou o corte de R\$11.774 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde, motivando o CONASS a publicar a Carta à Nação, expressando sua discordância com a decisão do governo e conclamando a participação de prefeitos, governadores, parlamentares do Congresso Nacional e a sociedade brasileira a engajar-se na luta pelo financiamento adequado ao SUS.

“O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, entidade representativa das Secretarias Estaduais de Saúde, por decisão em Assembleia, vem a público manifestar sua preocupação e sua discordância com a decisão do Governo Federal de contingenciar, por meio do Decreto n. 8.456, de 22 de maio de 2015, em R\$11,774 bilhões o orçamento do Ministério da Saúde, o que irá agravar ainda mais a situação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, reconhecidamente desfinanciado, luta por melhores condições para atender a população brasileira. O subfinanciamento do SUS retarda todas as tentativas de aprimorar seu desempenho nos seus 27 anos de existência, com- promete as estratégias definidas e o impede de cumprir os preceitos da universalidade, integralidade e da equidade. A União, que em 1993 era responsável por 72% dos gastos públicos com ações e serviços públicos de saúde, em 2013 respondeu apenas por 42,93% (R\$ 83,04 bilhões), enquanto estados e municípios responderam por 57,76% (R\$ 111,96 bilhões), apesar de disporem de receitas bem inferiores. Situação agravada em razão do aumento dos custos com saúde que ficou, em média, 7 pontos percentuais acima da inflação geral na última década (...) Com base no exposto, o CONASS solicita à Presidente Dilma Rousseff que reveja a posição do Governo Federal quanto ao contingenciamento de recursos do Ministério da Saúde no orçamento 2015.” (João Pessoa – Paraíba, 10 de junho de 2015)

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 01-A 2015, que procurava resgatar o Projeto Saúde +10, foi discutida em diversas ocasiões com a formação de um comitê permanente composto pelo CONASS, CONASEMS e a Frente Parlamentar de Saúde. A PEC 01-A 2015 propunha a alteração do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% das receitas correntes líquidas. (CONASS, 2015c) O CONASS, juntamente com o CONASEMS, manifestaram o apoio a aprovação da PEC 01-A 2015 por meio de Carta publicada durante Assembleia conjunta, e que contou com parlamentares de diversos partidos políticos, integrantes da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), da Frente Parlamentar da Saúde (FPS) e da Subcomissão de Financiamento da Saúde.

“O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, entidades representativas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, por decisão em Assembleia conjunta, vem a público manifestar apoio a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 01-A/2015 que altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% das receitas correntes líquidas, e que busca resgatar o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde+10 no anseio em ter um sistema de saúde público e universal, sustentável e adequadamente financiado, com fonte estável e segura, que permita à população viver mais e melhor. (...) Para agravar esse cenário o PLOA 2016 aponta para uma redução de 9,68% nos recursos destinados as ações serviços públicos de saúde quando comparado aos valores da dotação atualizada do ano de 2015. Diante desse quadro de desfinanciamento e que expõe a dificuldade de sobrevivência do SUS, ameaçando a saúde do povo brasileiro, o Conass e o Conasems solicitam aos Parlamentares do Congresso Nacional que votem a favor da PEC n. 01-A/2015 que reivindica valores equivalentes aos 18,7% das RCL escalonado até 2020. Conclamam-se Governadores, Prefeitos e a Sociedade Brasileira a apoiar a PEC n. 01-A/2015 para garantir recursos mínimos para a continuidade do SUS. Brasília, 23 de setembro de 2015.” (CONASS, 2015d)

No entanto, ao invés da aprovação desta proposta, o que se viu foi a aprovação da EC 86/2015 que dispôs sobre a aplicação de 13,2% até 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2016 a 2020, obrigando ainda o MS a executar as emendas parlamentares impositivas, além de excluir a reavaliação constitucional quinquenal, com valores abaixo dos dispostos da EC 29. (SANTOS, 2018a) O CONASS mais uma vez expressou sua preocupação diante de mais um ataque a sustentabilidade do SUS.

“A promulgação da EC n. 86 é preocupante porque com ela o problema do subfinanciamento da saúde pública agravou-se ainda mais a partir do momento em que foi alterada a forma de repasse da União no financiamento da saúde. Agora, a aplicação é de 15% da Receita Corrente Líquida, sendo que esse percentual será aplicado de modo gradual, partindo de 13,2% e evoluindo em cinco anos. Como podemos planejar o financiamento do SUS em cima de uma receita flutuante como é a RLC? As necessidades de saúde não podem ser atendidas assim.” (CONASS, 2015)

Em 2016, a presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei de Diretrizes Orçamentárias da União de 2016 (Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015), com a previsão de déficit de R\$16,8 bilhões de reais para o custeio da saúde (CONASEMS, 2016). Para agravar ainda mais a situação, o veto da presidenta ao parágrafo 8º do art. 38 da Lei nº 13.242 impôs, na prática, uma perda de até R\$10 bilhões. (ABRASCO, 2016) Vale ressaltar que o dispositivo vetado assegurava que não haveria qualquer perda para o custeio do Sistema Único de Saúde (SUS)

na transição da regra de gasto mínimo federal em saúde da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29) para o novo patamar dado pela Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86) porque o novo piso não poderia ser inferior ao valor resultante da aplicação da regra anterior. (ABRASCO, 2016)

Após o processo de impedimento da presidenta Dilma Rousseff (PT), concluído com seu afastamento em 31 de agosto, o governo Michel Temer (PMDB) revelou, desde o início, sua intenção de não respeitar o direito constitucional à saúde. O novo plano do governo federal propôs a revisão do gasto obrigatório com a saúde, revelando a vontade de diminuir ainda mais o SUS a fim de justificar uma participação maior da rede privada. (CEBES, 2016) Diante deste cenário e considerando as implicações da crise política, econômica e fiscal no aprofundamento da crise no setor saúde, o CONASS traçou propostas de curto e médio prazo e entregou-as ao então ministro da saúde, Ricardo Barros<sup>55</sup>. (CONASS, 2016a)

Dentre as propostas apresentadas, destacavam-se: o apoio a aprovação da PEC n.01/2015, que propunha o aumento do percentual mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde; simplificação no processo de transferência de recursos aos estados e municípios; habilitação dos serviços na área de urgência e emergência, leitos de UTI e UPAs; necessidade de revisão da política de urgência e emergência, com garantia da transferência de recursos federais para os serviços já habilitados em funcionamento, e ainda sem repasse do Ministério da Saúde; e a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com prioridade para as redes de Urgência/Emergência e Materno Infantil em todas as regiões do Brasil, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), como eixo estruturante do SUS. (CONASS, 2016a)

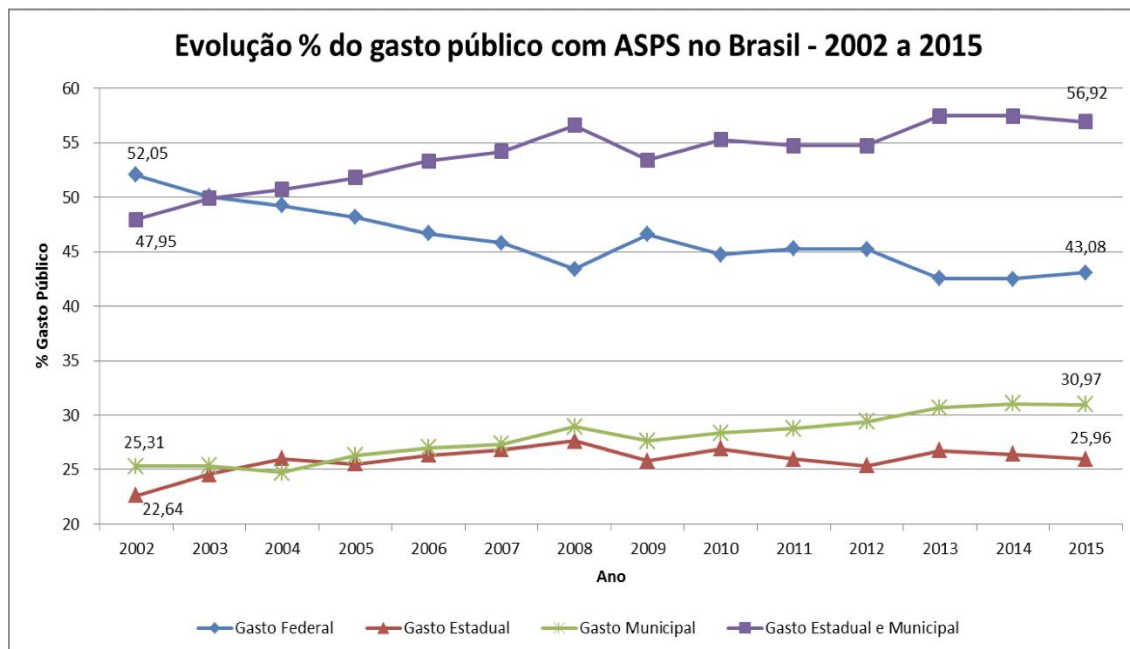
Nesse contexto, a análise feita neste momento pelo CONASS indicava que, de modo geral, o governo federal não estava cumprindo suas responsabilidades constitucionais de financiamento do SUS, havendo um desequilíbrio no percentual de distribuição dos recursos públicos entre os entes e suas respectivas obrigações, o que pode ser comprovado pela evolução do gasto público com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) apresentados no gráfico abaixo. Os resultados indicam uma redução progressiva da participação da União, passando de 52,05% em 2002 para 43,08% em 2015, enquanto o percentual de gasto dos estados e

---

<sup>55</sup> Engenheiro Civil formado pela Universidade Estadual de Maringá, em 1981, e especializado em políticas públicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2000. Possui mais de 25 anos de experiência na vida pública. Com 28 anos, foi eleito prefeito de Maringá (1989-1993), sua cidade natal, tornando-se o mais novo a assumir o cargo no município. Deputado Federal por quatro mandatos (1995-1998, 1999-2002, 2003-2006 e 2007-2010), sendo líder do governo Congresso em 2002. Além disso, foi secretário de Indústria, Comércio e Assuntos do Mercosul, do estado do Paraná. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/galeria-de-ministros>



municípios juntos ultrapassaram a União a partir de 2003, atingindo um percentual de 56,92% em 2015.



Fonte: CONASS, 2018

Um dos entrevistados apontou a gravidade dessa situação, aproximando-se do que ele chamou de “ponto de não retorno” do financiamento e que ameaça a sustentabilidade do SUS.

“Isso é muito ruim pois você cria uma situação que é impraticável, e eu chamava isso de ponto de não retorno, eu passei dez anos dizendo isso, nós estamos chegando ao ponto do não retorno. E o que é o ponto do não retorno? É quando a soma de estados e municípios ultrapassar essa linha descendente da retirada da União do financiamento da saúde. Por que eu dizia isso? Porque vai ter uma hora que esses entes aqui (estados e municípios) não vão mais poder suprir a carência de recursos que a união está deixando.” (E6)

Para além dos problemas financeiros que o SUS enfrenta, a permeabilidade<sup>56</sup> política da sua condução mostrou-se um problema grave, segundo algumas das entrevistas.

<sup>56</sup> O conceito de permeabilidade indica "os vínculos estabelecidos na “zona de sombra” entre Estado e setor privado, o que caracteriza a permeabilidade estatal.” (MARQUES, 1999). Para o autor, a permeabilidade é produzida "a partir de uma teia de relações e cumplicidades construída ao longo da vida dos indivíduos, incorporando diferentes tipos de elos que se espalham por todas as dimensões do social. Relações pessoais e de amizade construídas no decorrer de anos, algumas familiares, outras oriundas da formação profissional, e outras ainda constituídas por vínculos de trabalho e afinidade política, constituem essa rede que abrange e integra diversos campos da vida social, tanto dentro quanto fora do Estado.” (MARQUES, 1999, p.47)

“Eu diria o seguinte: nenhum desses governos acreditou no SUS, nenhum deles tomou para si o SUS como sendo o sistema de saúde do povo brasileiro, ao contrario, quando você percebe por exemplo o comportamento do financiamento do SUS, e eu gosto muito de mostrar isso quando falo sobre o financiamento, são as linhas invertidas - o financiamento federal declinando de maneira assustadora, e o financiamento municipal e, sobretudo municipal, mas também estadual ascendendo a níveis que hoje asfixiam esses níveis de gestão. Os municípios por exemplo, tem comprometido o orçamento muito acima daquilo que é o piso, lógico piso é piso e a gente deve até gastar acima disso, mas em um patamar que é incompatível com as receitas que eles tem.”(E4)

Os projetos em curso a partir de 2016 apontaram para um horizonte de grande incerteza quanto ao financiamento do SUS. Um dos exemplos mais marcantes foi a aprovação da EC 95/2016<sup>57</sup>, que congelou por 20 anos os gastos em saúde, educação e segurança pública, processo que gerou indignação e posicionamentos contrários de várias das entidades que defendem historicamente o SUS constitucional. (CEBES, 2016; ABRASCO, 2016) O CONASS, especificamente, acompanhou o debate sobre esta proposta e, por ocasião de sua aprovação pelo Congresso, adotou um posicionamento bastante contundente, alertando para o impacto negativo do congelamento dos gastos sobre a situação de saúde da população, conforme afirmação abaixo.

“A PEC 241 pode ser entendida como o estabelecimento da antipolítica na garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, pois com a redução de gastos em saúde há risco real e comprovado de mais mortes, surtos de infecções, retorno de doenças erradicadas agravando o quadro sanitário nacional. A limitação ou renúncia do papel do poder público para acomodar e limitar os gastos no orçamento público e assegurar os supostos ganhos de eficiência para o sistema coloca a população em elevado risco já que virá acompanhado do aumento da desassistência, da desigualdade e da exclusão social no país”. (CONASS, 2016b)

Pelo exposto, é possível perceber que a estratégia de subfinanciamento do SUS não é isolada e não está atrelada apenas ao fluxo de recursos públicos ou mesmo a outras prioridades do Estado, mas sim na construção de um outro modelo de atenção diferente do proposto pelo projeto da RSB. (SANTOS, 2018a) Ela limitou a expansão e a qualidade da capacidade instalada do SUS, favorecendo a expansão do setor privado, conforme veremos a seguir na articulação público-privada na saúde.

---

<sup>57</sup> A EC 95 foi aprovada em 15 de dezembro de 2016 e instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, impossibilitando o aumento do financiamento do SUS, ao congelar por 20 anos os recursos financeiros federais destinados ao sistema.

#### 6.2.4. Articulação Público-Privado na Saúde: algumas evidências

Os estudos sobre o sistema de saúde brasileiro (MENDES, 2001; PAIM, 2009) apontam para a existência de três subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de assistência médica suplementar (SAMS) e o sistema de desembolso direto (SDD), que como o próprio nome já diz refere-se ao pagamento direto de indivíduos e famílias por serviços e ações de saúde. Ao invés da expressão “mix público-privado”<sup>58</sup>, preferimos recorrer a noção de articulação público-privada (EIBENSCHUTZ, 1996) diante da complexidade da dinâmica dessas relações e suas repercussões sobre a saúde, como demonstrado por pesquisas recentes. (MONTEIRO, 2016; MELO, 2017; SESTELO, 2017) Obviamente, vamos nos limitar neste trabalho a apontar algumas evidências de como esta articulação se deu no período em análise e a posição do CONASS neste processo.

A Constituição Federal ao declarar que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988) admitiu a possibilidade da participação do setor privado no sistema de saúde, com determinação de seu caráter complementar ao SUS. Vale ressaltar que este caráter complementar adquirido pelo setor privado foi fruto da correlação de forças existente no Congresso Nacional por ocasião da Constituinte, e resultado do lobby orquestrado pelo setor privado dependente do Estado, isto é, prestador de serviços ao setor público, junto aos parlamentares do “centrão”, que defendiam “a livre iniciativa da produção de bens e serviços de saúde e o relaxamento dos mecanismos de regulação estatal, contrário à universalização” proposta pelo SUS. (ROMERO, 2008)

Alguns dos entrevistados analisaram esta questão sem considerar todo o debate e a luta política em torno da participação do setor privado na saúde, enfatizando apenas os aspectos relativos a insuficiência da rede pública de saúde.

“Lá atrás, o movimento da reforma sanitária propunha um sistema público de saúde que fosse estatal, só que nós nos deparamos com uma realidade fática: não havia estrutura pública estatal suficiente. Havia um traço cultural importante, uma herança ibérica e sobretudo portuguesa, da presença das Santas Casas de Misericórdia, que ainda hoje respondem praticamente por 50% dos leitos ...”(E4)

---

<sup>58</sup> "Conceito formulado no âmbito das agências multilaterais de fomento dos países centrais como Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) pressupõe a existência de dois subsistemas, um público e o outro privado, combinados em proporções ajustadas às peculiaridades de cada país, mas sempre de forma a sustentar as bases de um comércio de serviços assistenciais para as populações com capacidade de pagamento e uma estrutura pública limitada e focalizada para populações de baixa renda.” (SESTELO, 2017, p.88)

"Outra coisa que eu acho que tem que ser considerada é que a estatização completa foi abolida pela Constituição Federal, então é preciso assumir que isso foi abolido pela própria constituição, e qualificar de forma a defender os interesses do Estado nas relações com as entidades privadas. Isso vale para a saúde complementar e suplementar, é preciso qualificar essas relações de forma legislativa, inclusive." (E9)

Mais do que a ausência da infra-estrutura estatal suficiente para a garantia da universalidade, os estudos deste período (MONTEIRO, 2016; DANTAS, 2014; PAIM, 2008) indicam a falta de condições políticas para a estatização completa do SUS, sendo assumida, portanto, a tese da estatização progressiva, defendida por uma parte do movimento sanitário, sob os seguintes argumentos principais (DANTAS, 2014, p. 202): "a) dadas as condições estruturais e logísticas do complexo público de saúde, não haveria, naquele momento, possibilidade de prescindir da participação privada no sistema; e b) dada a correlação de forças expressa no Congresso Constituinte, uma proposta de estatização imediata seria certamente derrotada." Os relatos de quem participou da redação do capítulo da saúde revelam a disputa entre o público e o privado: "*...houve um barulhão, isso é estatizante, vai acabar com a iniciativa privada, não vai mais ter isso e aquilo*". (CARVALHO, 1988, p. 108)

Assim, a garantia da participação do setor privado na CF 1988 foi fruto dos acordos entre os diferentes atores públicos e privados naquela conjuntura, dentre eles o próprio CONASS, conforme relatado por Eleuterio Rodriguez Neto e registrado por Monteiro (2016).

"Durante o processo de negociação, junto à votação houve, no entanto, muita polêmica sobre a consciência do acordo nos termos em que era feito. O que deve ficar claro é que dar respaldo aos parlamentares negociadores em nome do 'movimento' para fechar o acordo não significa, antes de tudo, impedir que pela simples vaidade de marcar posições (já por todos conhecidas) se pudesse pôr a proposta a perder no seu todo. Assim entenderam os partidos políticos, a Plenária de Saúde, o CEBES, a ABRASCO e o CONASS aí presentes, numa atitude madura e consequente, tendo-se consciência de que em muitos aspectos a luta foi apenas adiada para a etapa posterior à Constituinte, que é a da elaboração da nova lei do Sistema Único de Saúde (Rodriguez Neto, 1988, p34)." (MONTEIRO, 2016)

Ainda que o arcabouço jurídico-normativo do SUS, configurado no capítulo Saúde da CF e nas Leis 8080 e 8142, aprovadas em 1990<sup>59</sup>, mantivesse esta ambiguidade, ou seja, a

---

<sup>59</sup> Cabe registrar que o processo de elaboração, discussão e aprovação da Lei 8080 (BRASIL, 1990) foi conflituoso, sendo que alguns dos seus capítulos foram vetados pelo então presidente Fernando Collor de Melo, o que gerou a elaboração da lei complementar 8142 (BRASIL, 1990). Para uma análise mais extensa desse processo, ver MONTEIRO, M.G. Trayectoria y cambios de dirección en las políticas públicas: análisis de La reforma Del sistema sanitario brasileño (1975-2015). Tesis doctoral. Doctorado em Ciencia Política, Políticas Públicas e Relaciones Internacionales. Departamento de Ciencia Política y Derecho Público. Universidad Autónoma de Barcelona. Octubre de 2016. 327p. Disponível em <https://ddd.uab.cat/record/175820>

convivência dos setores público e privado, cujas lógicas distintas de organização e gestão inevitavelmente tendem a gerar conflitos, dado o caráter “complementar” do setor privado, caberia ao Estado implementar mecanismos de regulação do crescimento deste setor, o que não aconteceu ao longo dos anos noventa. (BAHIA & SCHEFFER, 2008) Vale ressaltar que a evidência internacional indica que nenhum país do mundo teve sucesso na regulação do SAMS. (HSIAO, 2000)

Não obstante o crescimento dos serviços públicos de saúde, impulsionado pelo processo de municipalização (GOULART *et al*, 2001), houve expansão daquele setor a partir de estímulos dos governos, por meio de políticas de proteção fiscal, subsídios diretos e indiretos, e pagamento de planos privados para servidores públicos. Desta forma, o SAMS operou subsidiado pelo Estado brasileiro, sem regulação estatal, contribuindo ainda mais para a segmentação do sistema de saúde. (MENDES, 2001)

Nos governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), grande parte do patrimônio estatal foi transferido para a iniciativa privada, por meio de privatizações, de acordo com a proposta de Reforma do Estado (BRESSER-PEREIRA, 2010), que implicava, também, na delegação da ação reguladora do Estado para a administração indireta, por meio das agências reguladoras. Nesse contexto, ocorreu a aprovação da Lei n. 9.656 de 3 de junho de 1998, cuja tramitação no Congresso Nacional demonstrou bem a teia de interesses conflitantes em torno deste tema (MENICUCCI, 2003), e em seguida, a criação da Agência Nacional de Saúde<sup>60</sup> (ANS), em 1999, instituindo desta forma o marco regulatório do setor. (COSTA, 2008)

Esta agência tomou como objeto a relação entre as empresas que compõem o SAMS e a população, tratando de regular este sub-sistema, a partir da definição dos “pacotes” de serviços a serem oferecidos aos usuários de planos de saúde, bem como arbitrando as demandas em torno dos reajustes periódicos das tarifas cobradas pelas agentes financeiros que controlam o mercado neste setor. Contudo, algumas pesquisas apontam (SESTELO, 2017; SCHEFFER & BAHIA, 2016) a existência da “porta giratória”, que consiste na ocupação de cargos estratégicos da ANS por agentes do mercado, o que pode explicar em parte a permanência dos abusos dos planos de saúde.

O formato institucional assumido pela regulação da assistência suplementar refletiu o contexto de reforma do Estado e dos mecanismos de gestão pública que caracterizaram o

---

<sup>60</sup> A Agência Nacional de Saúde Suplementar é resultado das iniciativas em torno da reforma do Estado (PINTO, 2004), assim como da necessidade de regulamentação do setor suplementar em função das inúmeras denúncias dos usuários/consumidores e dos conflitos no relacionamento médico/usuário/operadoras de plano de saúde. (CARVALHO & CECÍLIO, 2007)

período. (MENICUCCI, 2003) O arcabouço legal regulatório expressou a dualidade das formas de intervenção ao restringir sua abrangência ao segmento dos planos e seguros de saúde privados, não tratando sequer da vinculação entre os segmentos público e privado, bem como das relações do SUS com a rede prestadora privada. (MENICUCCI, 2003)

Com a mudança de governo em 2003, entidades ligados ao movimento sanitário (CEBES, ABRASCO) passaram a cobrar mais intensamente o cumprimento da Lei n. 9.656, relativa ao ressarcimento ao Estado dos serviços prestados pelas empresas privadas vinculados aos planos de saúde, bem como intensificou-se a pressão pela extinção da renúncia fiscal, via imposto de renda, dos pagamentos efetuados a estas empresas. Entretanto, apesar dessas pressões, as mudanças ocorridas nessa direção foram muito tímidas, limitando-se à cobrança aos planos, em alguns casos, dos serviços prestados pelo SUS.

A desobediência ao preceito legal de ressarcimento ao SUS é uma demonstração da fragilidade dos processos de regulação que resulta no favorecimento do setor privado em detrimento ao público. Estas questões foram abordadas por um dos entrevistados, evidenciando um posicionamento bastante contundente com relação a esta “convivência simbiótica” (BAHIA, 2008) entre o Estado e as empresas privadas de planos de saúde, especialmente aos grandes bancos privados que participam do mercado financeiro no setor.

"É preciso que o setor público e o setor privado se completem, se complementem, com regras claras, sem gatunagem como acontece hoje esse ressarcimento que tem ação judicial, contestação, o diabo a quatro, o SUS já gastou o dinheiro e o plano de saúde não ressarce. Seria preciso regras claras e uma regulação eficiente mas que as duas esferas pudessem se completar pois o desenvolvimento econômico de uma nação também depende do funcionamento do setor privado, embora sem abrir mão do fato que saúde é um direito (...) Por outro lado o que eu acho escandaloso e inadmissível são as isenções dadas aos planos de saúde no imposto de renda, essa renúncia fiscal se ela estivesse a serviço de um sistema público de saúde nós seguramente poderíamos ter, eu digo poderíamos porque não depende só disso depende de uma conformação adequada do modelo assistencial, de uma boa gestão, etc, mas essa questão também é fundamental pois precisamos ter o recurso, nós poderíamos estar numa situação bem melhor.”(E4)

Com a reeleição de Lula, em 2006, o governo federal lançou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), por meio do Decreto 6025/2007, que propunha medidas de *estímulo ao investimento privado*, ampliação dos investimentos públicos em infra-estrutura e voltadas à melhoria da qualidade do gasto público (BRASIL, 2007a), estimulando, inclusive, as Parcerias Público-Privadas (governo e iniciativa privada). Desde 2005, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) iniciou uma série de estudos e críticas sobre as formas institucionalizadas para a Administração Pública, resultado na definição de “nova

tecnologia organizacional” para o atendimento da ação pública no campo social (CONASS, 2007a), resultando no projeto de lei complementar n. 92-A, que instituiu a Fundação Estatal<sup>61</sup>.

É importante destacar que a questão da gerência das unidades hospitalares públicas há muito tempo representava uma preocupação dos gestores do SUS (CONASS, 2007d), e portanto, o debate em torno dos “modelos alternativos de gestão” tem sido temática recorrente no âmbito da comissão tripartite. Nessa época, o CONASS promoveu o Seminário para Construção de Consensos sobre Alternativas de Gerência de Unidades Públicas em Florianópolis/SC<sup>62</sup>, e na sua Assembléia de 26 de setembro de 2007 realizou um novo debate com a formulação de uma nota oficial que refletia o consenso da entidade sobre o assunto.

"Os Secretários Estaduais de Saúde reunidos em Assembléia do CONASS, realizada no dia 26 de setembro, em Brasília, apoiaram por unanimidade o projeto de Fundação Estatal proposto pelo governo federal e defendido pelo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, como alternativa de gerência para hospitais públicos. O CONASS também reafirma em Nota Oficial que não há um modelo único de gerência, sendo a decisão adotada prerrogativa do gestor estadual, observada a realidade local e a estrutura existente. Dessa forma, a entidade também estimula as parcerias com as instituições filantrópicas e as Organizações Sociais de Saúde ou congêneres como opções de gerência. Os gestores estaduais também enfatizaram a grave crise de financiamento do setor e a necessidade de melhorar a gestão, com foco no cidadão, na qualidade do gasto e na eficiência dos serviços. O CONASS também defende a desburocratização normativa do Sistema Único de Saúde como forma de adequar o sistema à diversidade do país. Brasília/DF, 26 de setembro de 2007". (CONASS, 2007d)

Desta forma, a entidade manifestava o seu apoio à proposta de Fundação Estatal apresentada pelo Ministério da Saúde, porém rejeitada pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>63</sup> e

---

<sup>61</sup> "Poderá, mediante lei específica, ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado, nas seguintes áreas: I - saúde; II - assistência social; III - cultura; IV - desporto; V - ciência e tecnologia; VI - meio ambiente; VII - previdência complementar do servidor público, de que trata o art. 40, §§ 14 e 15, da Constituição; VIII - comunicação social; e IX - promoção do turismo nacional." [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=124DAAB9A599B5E249C2253C75DE4F68.proposicoesWeb?codteor=1288266&filename=Avulso+-PLP+92/2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=124DAAB9A599B5E249C2253C75DE4F68.proposicoesWeb?codteor=1288266&filename=Avulso+-PLP+92/2007)

<sup>62</sup> A publicação do CONASS Documenta n.14 intitulada "Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde" sistematizou os resultados do consenso deste seminário, sendo explicitadas as seis principais alternativas de gerência de unidades públicas – autarquia, fundação estatal, organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, fundação de apoio e consórcio público – e relata os questionamentos e o processo de construção de consensos dos Secretários de Estado da Saúde e o posicionamento do CONASS sobre o assunto.

<sup>63</sup> A reunião do CNS que rejeitou a proposta da Fundação Estatal foi permeada por outras questões não diretamente relacionadas ao tema mas sim de divergência de posição entre a presidência do CNS e o Ministro Temporão, conforme avaliação do CEBES, entidade que integrava o Conselho à época: "O debate sobre o Projeto foi confusamente conduzido pelo Governo (tanto pelo Ministério do Planejamento, que o apresentou na reunião do CNS, quanto pelo Ministério da Saúde, que não participou da reunião e afirmou a não existência de um projeto).



pela 13ª Conferência Nacional de Saúde<sup>64</sup>, que a compreendiam como privatizada do SUS. (BRASIL, 2009) Este tema foi considerado prioritário pelos Secretários Estaduais de Saúde e incluído na agenda de discussões do CONASS com o Ministério da Saúde, diante do desafio de melhorar a eficiência da gestão do sistema de saúde.

"Encontrar alternativas que preservem os princípios do SUS, mas que sejam mais modernas e eficientes no atendimento à população, é fundamental para os secretários estaduais de saúde que dia a dia enfrentam o desafio de fazer a gestão do Sistema Estadual de Saúde e ao mesmo tempo dar conta das tarefas necessárias para a manutenção e o funcionamento de ambulatórios e hospitais estaduais."(CONASS, 2015)

Em 2008, foi lançado o "Mais Saúde: Direito de Todos" do Governo Federal, conhecido como PAC da saúde, que pretendia uma "expressiva expansão do sistema de atenção à saúde, envolvendo a assistência básica e as ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar e a integração com ações voltadas para o monitoramento, a prevenção e a vigilância em saúde". (BRASIL, 2007b) Entretanto, o Mais Saúde foi inviabilizado pela insuficiência de recursos em função da extinção da CPMF no mesmo ano e a manutenção do subfinanciamento da saúde. Não obstante, o financiamento público para a edificação de hospitais privados de grande porte, conveniados ao SUS e credenciados por grandes empresas de planos e seguros privados de saúde foi assegurando pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). (SANTOS, 2018a)

Em 2011, a presidente Dilma Rouseff lançou o PAC 2, seguindo a tendência de crescimento dos investimentos no setor privado, inclusive na saúde. Neste mesmo ano, é publicado o Decreto 7508 que regulamentou a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990,

---

A "bancada dos trabalhadores da saúde" apoiada pela de usuários (tanto situados mais à esquerda quanto à direita) decidiu "descontar" críticas difusas à condução política do Ministério da Saúde (desde a responsabilidade pela denominada despetização do Ministério da Saúde" até ao não comparecimento das autoridades da Saúde no encontro dos comitês de ética na pesquisa e nas reuniões plenárias do CNS). Por sua vez, os representantes oficiais do MS no CNS decidiram não intervir no debate e manifestar pelo voto a posição do governo. Assim, o Cebes e a Abrasco terminaram por liderar e integrar uma coalizão de forças composta fundamentalmente pelos empresários e setores governamentais e pela CNBB. Os conselheiros que votaram contra a Fundação Estatal consideraram que "*estavam aplicando uma vacina contra o tratamento desrespeitoso ao Conselho*". <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/a-participação-do-cebes-no-debate-sobre-modelos-de-gestão.pdf>

<sup>64</sup> "45. Não privatizar o SUS. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra o projeto de projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou organização social, e/ou Oscip em qualquer esfera do governo (federal, estadual e municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e do controle social, pondo em risco o acesso com qualidade dos serviços aos usuários. Que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei, que dá direito a contratar serviços de saúde por intermédio de fundações estatais e articular os atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Oscip e organizações sociais." [http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia\\_nacional\\_saúde.pdf](http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saúde.pdf)



dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (BRASIL, 2011) O decreto preencheu algumas lacunas organizativas no SUS (SANTOS, 2018b), particularmente no que diz respeito ao mecanismos de integração das ações e serviços de saúde, executados pelos entes federativos, em redes de atenção a saúde (RAS).

No entanto, seu cumprimento não foi efetivado, em parte por alguns elementos apresentados no item 6.2.1 deste capítulo, mas também pelo que Santos (2018b) chama de dependência incontornável do Ministério da Saúde ao ministérios econômicos do governo, afinal a implementação do Decreto requereria mais investimento no SUS. Além disso, a dificuldade de acesso às ações de média complexidade, tanto as consultas especializadas quanto aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (CONASS, 2015) comprometem a efetivação das redes de atenção a saúde, pois em muitas regiões esses serviços são ofertados majoritariamente pelo setor privado.

Na atenção de média complexidade, a falta de investimento na rede de serviços públicos de saúde parece ter contribuído com o crescimento desproporcional do setor privado, e assim, o que deveria ser complementar transformou-se no principal, substituindo o setor público na prestação desses serviços de saúde. Esta situação, na opinião de alguns entrevistados, é fruto da omissão ou “paralisia” do Ministério da Saúde em relação a atenção de média complexidade e especializada.

“Talvez um exemplo mais gritante dessa paralisia é que nós estamos vivendo há mais de uma década sem ter uma política para a atenção de média complexidade e atenção especializada no Brasil. Não tem nenhuma política nessa área e não é por acaso que é nessa área que a população reclama, não e, ela reclama da dificuldade de acesso a conduta especializada, no exame, cirurgia eletiva, ela reclama do tempo de espera, ela reclama da resolutividade, enfim, isso significa que a gente não foi capaz de resolver essas questões.” (E1)

“Outra questão são os nós críticos que nós temos na área da atenção especializada: o ministério ficou durante muitos anos sem fomentar uma política adequada, hoje mesmo com a necessidade de qualificar filas, com muitas distorções que nós temos de filas que são montadas fruto de uma assistência básica mais fragilizada, nós temos nós críticos que as coisas não andam.”(E7)

O processo eleitoral de 2014 trouxe uma disputa acirrada entre a candidata a reeleição Dilma Rousseff pelo PT, e o candidato do PSDB, Aécio Neves, porém, na área de saúde, os programas dos candidatos não se distinguiram substancialmente no que se refere à articulação público-privado, com proposições vagas. Nenhum dos programas considerou a relação

existente entre os três subsistemas de saúde, tampouco se propuseram a refazer as contas da saúde, particularmente,

“(...) a renúncia fiscal no cálculo de imposto de renda de pessoa física e jurídica, empréstimos do BNDES, subsídios e isenções tributárias a planos de saúde; desonerações da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos; enfim, os diversos incentivos econômicos que favorecem a expansão do setor privado, sem nenhuma contrapartida ao sistema universal.” (SCHEFFER & BAHIA,2016,p.10)

Afora esse conjunto de supressões dos programas de governo, um dos entrevistados chama a atenção para a ocorrência de negociações de bastidores que podem ter influenciado às medidas que foram posteriormente adotadas pelo Governo Dilma nesta área. Nesse sentido, cabe destacar a participação ativa dos empresários da saúde na disputa pelos recursos públicos, visando financiar a expansão do seu setor, a exemplo dos representantes das grandes seguradoras do Brasil, conforme publicizado à época e referido na entrevista a seguir.

“O CONASS sempre foi muito intransigente em defender a saúde como direito e não apenas como direito do cidadão como está na constituição, mas até de uma perspectiva mais ampla como direito humano, então nos sempre nos posicionamos de maneira muito enfática, e esta questão dos planos populares só não aconteceu, não vingou, eu imagino, graças a um artigo assinado por Lígia Bahia e Pedro Scheffer<sup>65</sup> que denunciaram no jornal que teria havido um reunião no Palácio do Planalto de seguradoras com a presidente Dilma para casar os planos populares com o Bolsa Família, isso para mim é um populismo, uma demagogia intolerável e demonstra claramente que pelo menos o governo Dilma não tinha nenhum compromisso com o SUS.” (E4)

Além dessa vinculação entre poder público e companhias seguradoras nacionais, é importante ressaltar o que ocorreu ainda em 2014 no âmbito do legislativo com relação à ampliação da participação do setor privado na saúde. O Projeto de Lei de Conversão nº 18 da MP 656/2014, que propunha uma série de artigos sem relação com a saúde, foi modificado pela Câmara de Deputados “no apagar das luzes” de 2014 para inclusão de um dispositivo que autorizava a entrada de capital estrangeiro na saúde brasileira. Vale ressaltar que desde 2009 tramitava no Senado um Projeto de lei (PLS 259/2009) que propunha a modificação da Lei 8.080/1990, particularmente o artigo 199, a fim de permitir a participação de empresas e do

---

<sup>65</sup> O entrevistado está se referindo ao artigo “Dilma vai acabar com o SUS?” dos professores Lígia Bahia, Luis Eugenio Portela e Mário Scheffer publicado no Jornal A Folha de Sao Paulo, onde citam encontros da presidente Dilma Rousseff com donos de planos de saúde, entre eles financiadores da campanha presidencial de 2010 e sócios do capital estrangeiro.

capital estrangeiro na assistência a saúde, porém sem sucesso. (CERQUEIRA & SOUZA, 2015)

O CONASS, juntamente com entidades do movimento sanitário (CEBES, 2015a; ABRASCO, 2015b) reagiram a este ataque direto ao SUS, mas a despeito de toda mobilização social, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidente Dilma Rousseff a Lei 13.097/2015<sup>66</sup>, que ao inserir o artigo 142 na Lei 8.080/90, possibilitou a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde. (CERQUEIRA & SOUZA, 2015) Um dos entrevistados explica o contexto de aprovação desta lei.

“A gente não era prioridade, a gente não havia sido chamado nenhuma vez para conversar e já tinha havido conversa com esses empresários e com esses grandes médicos desses hospitais grandes, assim já tava na cara o que é que iria acontecer, quer dizer o ministro não ia ter força para conter esse movimento e não conteve esse movimento. O que é que houve em seguida? A alteração da constituição e a implantação da lei que permite a participação do capital internacional na assistência da saúde, Lei 13 e alguma coisa, eu não me lembro agora, essa lei foi publicada e aí a gente já viu que o mundo tinha desabado sobre nossa cabeça.” (E6)

Esta derrota evidencia o fenômeno da dominância financeira, estudado por Sestelo (2017), onde as pressões do capital introduzem nos sistemas de saúde *"novos agentes dotados de poder para influenciar na elaboração de políticas públicas favoráveis aos seus interesses"* (SESTELO, 2017), como foi identificado por um dos entrevistados, situando-o em uma escala global.

“Um é o desejo hoje muito claramente dessa, eu não chamo de ideologia, mas dessa intenção do capital em se apropriar dos sistemas como um grande manancial de recursos que ele pode explorar. Você tem uma exploração muito forte dos planos de saúde na Europa, mas você tem um campo ainda a explorar tanto na Ásia quanto no Sul da América, e nós estamos sendo vítimas dessa captura. No Brasil, com certeza, as empresas de saúde elas querem de qualquer jeito capturar o sistema que tem uma massa de 200 milhões de pessoas que pode servir a elas. Não é a toa que a crise não é no Brasil, a crise da saúde é mundial. Está tendo crise na Inglaterra, eu tive no Canadá um dia desses, o

<sup>66</sup> Após a aprovação do Projeto de Lei pelo Congresso Nacional, entidades ligadas ao movimento sanitário divulgaram manifesto, em 9 de janeiro de 2015, demandando o veto da Presidente Dilma Rousseff ao artigo 142 que permitia a entrada do capital estrangeiro na saúde (<http://cebes.org.br/2015/01/movimento-sanitario-reage-ao-capital-estrangeiro-na-atencao-a-saude/>), isso não ocorreu. O Ministro da Saúde à época, Artur Chioro, defendeu a sanção presidencial da mencionada lei sob os argumentos de que a permissão da entrada do capital estrangeiro no SUS iria legalizar uma situação que já vinha ocorrendo, e uma vez legalizada, poderia haver uma regulação por parte do governo; que a Constituição prevê um sistema de saúde público, mas não estatal; e que o Executivo teria sido atropelado por sua base parlamentar. (<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/capital-estrangeiro-na-saude-ministro-recebe-entidades/9073/>)

ministro chorou pitangas, tem crise no Canada, e qual é a crise do Canada? O ministério foi assumido por um cara da medicina liberal, e o cara conduziu o ministério para lá e deu problema, os ingleses estão com problema, os espanhóis quase foram capturados, os portugueses resistiram, esse é um exemplo, a Costa Rica capitulou, há um ataque mundial aos sistemas de saúde no sentido de capturar para a linha do mercado.” (E6)

No Congresso, o deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ), em clara retribuição ao “investimento” das operadoras em sua eleição<sup>67</sup> (CEBES, 2015b), iniciou sua atuação como presidente da Câmara, resgatando a PEC 451/2014, também de sua autoria, que obriga as empresas a pagarem planos de saúde privados para todos os seus empregados. Desta forma, o projeto estimulava a expansão do setor de saúde suplementar e contribui ainda mais para a segmentação do direito à saúde no Brasil. (CEBES, 2015b) O próprio deputado foi responsável por um conjunto de medidas<sup>68</sup> que visavam beneficiar as operadoras de planos de saúde, além de ter desempenhado um papel importante no processo de impedimento da presidente Dilma Rouseff.

Com a mudança na condução do MS consequentemente ao afastamento da presidente, em 2016, o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, apresentou a proposta de expansão de planos de saúde “acessíveis” ou “populares”, indicando um alinhamento do governo na direção das recomendações do Banco Mundial para implementação da Cobertura Universal de Saúde<sup>69</sup> em países de baixa e média rendas, com base em políticas de suporte à demanda, que incluem subsídios para a aquisição de planos privados, em substituição aos sistemas nacionais, baseados na oferta pública (BAHIA *et al*, 2016). Diante do cenário nacional de agravamento da crise política e econômica, que ameaça não apenas o sistema mas o direito à

---

<sup>67</sup> Um cruzamento de dados feito pelo projeto Faces de Cunha, do site Brasil de Fato, mostrou que a Bradesco Saúde estava entre as cinco empresas que mais financiaram a campanha de 214 deputados que acompanharam Eduardo Cunha (PMDB/RJ), presidente da Câmara Federal, em votações emblemáticas (terceirizações, financiamento de campanha e maioria penal). Foram mais de R\$ 4 milhões distribuídos entre 11 partidos, sendo que metade deste valor foi para o PSDB (R\$ 1,2 milhão) e PMDB (R\$ 820,9 mil) (<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Plano-de-saude-e-o-quinto-maior-financiador-da-base-de-Eduardo-Cunha/4/34287>) Segundo os dados do Tribunal Superior Eleitoral, o próprio Eduardo Cunha recebeu R\$250 mil como doação do Bradesco Saúde S/A para sua campanha em 2014.

<sup>68</sup> Eduardo Cunha foi relator da Medida Provisória (MP) 627 que anistia a dívida dos planos de saúde ao SUS em 2 bilhões de reais, e que foi vetada pela presidente Dilma Rouseff; votou a favor da MP 656 que permitiu a entrada de capital estrangeiro na assistência a saúde; foi autor da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 451 que insere planos de saúde como direitos dos trabalhadores; e vetou a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigaria os planos de saúde. (STEVANIM, 2015)

<sup>69</sup> Proposta desenvolvida pela Fundação Rockefeller e que foi incorporada aos documentos da OMS (2010, 2013, 2017) “é provável que fortes agentes de mercado, como fabricantes de produtos farmacêuticos, organizações hospitalares, associações de provedores e companhias de seguros, aumentem a pressão para atrair financiamento público e privado, especialmente nos países de renda baixa e média, para que adotem políticas para financiar o seguro de saúde, como um meio em direção à Cobertura Universal de Saúde”. Rockefeller Foundation. Future health markets: a meeting statement from Bellagio. <http://www.futurehealthsystems.org/storage/publications/project-docs/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf>

saúde, o CONASS manteve sua posição em defesa do acesso universal de saúde. O trecho a seguir revela a posição de resistência da entidade diante da subserviência não só do MS mas principalmente dos organismos internacionais aos interesses do mercado.

“Nós temos inclusive publicado muito contra a cobertura universal porque para mim, e eu fui um dos que publicou bastante sobre isso, para mim é uma subserviência vergonhosa da OMS, e da própria OPAS, apesar de que a OPAS conseguiu botar lá um pequeno diferencial na questão do acesso, mas de qualquer modo é uma subserviência aos interesses do mercado, do interesse de seguradoras, que querem fazer mesmo da saúde um negocio.”(E4)

A publicação do documento “Um ajuste justo - análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil” (BANCO MUNDIAL, 2017), que avaliou os gastos públicos no Brasil até 2015, reforçou o discurso midiático de que os governos (federal, estaduais e municipais) gastam mais do que podem com Saúde, logo o problema não seria falta de dinheiro mas sim de eficiência da gestão pública. O relatório contribui para a defesa de *“uma visão liberal, de uma modalidade de intervenção governamental no campo social residual, focalizada, centrada na assistência social”*. (RADIS, 2018) O CONASS expressou sua preocupação em torno desta publicação, conforme registrado por uma das suas lideranças.

“E a nossa preocupação é com o que está posto no relatório do Banco Mundial, um ajuste justo, porque aquele relatório tem um objetivo claro, a OPAS está falando muito em cobertura universal, a OPAS fala isso, cobertura universal, a OMS chama a Conferencia de Alma-Ata II para o ano que vem<sup>70</sup> lá no Cazaquistão para discutir a atenção primária, qual atenção primária eles querem discutir, qual a intenção deles de chamar uma alma-ata II no Cazaquistão para discutir a atenção primária? eu sou um cara meio desconfiado, acho que ideologicamente eu esteja contaminado mas eu quero crer que ai há uma intenção manifesta de tentar implantar essa cobertura universal.” (E6)

A preocupação com os resultados da Conferência Global de Atenção Primária à Saúde realizada em Asthana, no Cazaquistão, foi manifestada por outro entrevistado *“(...) nós achamos que foi discutido lá uma coisa que ja vem sendo discutida nos últimos anos que é a mudança da proposta de acesso para cobertura, então essas coisas vão impactar com o futuro do SUS, logo eu não vejo tempos fáceis”* (E8) e a leitura da declaração final desta conferência confirma seus temores com relação a defesa da cobertura universal de saúde.

---

<sup>70</sup> Esta entrevista foi realizada em 28 de setembro de 2018 e faz referência a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde realizada entre os dias 25 e 26 de outubro de 2018 no Cazaquistão, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, e não no ano de 2019 como dar a entender o entrevistado.

"Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Acogemos con agrado la celebración en 2019 de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, a la que contribuirá la presente Declaración. Cada uno de nosotros seguiremos nuestro camino para lograr la CSU para que todas las personas tengan acceso equitativo a la atención de salud eficaz y de calidad que necesitan, velando por que el uso de dichos servicios no les exponga a dificultades financieras." (WHO, 2018)

É interessante considerar que a Declaração de Alma-Ata de 1978 teve um impacto profundo para todos os sistemas de saúde no mundo, e tem se constituído na base dos esforços globais de atenção primária à saúde nos últimos 40 anos, tendo influenciado aqui no Brasil, inclusive, o processo que mais tarde resultaria na criação do CONASS na década de 80<sup>71</sup> pois os governos signatários haviam se comprometido a alcançar "Saúde para Todos no ano 2000", porém, com o sistema de saúde brasileiro que existia à época seria praticamente impossível pensar no alcance desta meta. Ironicamente, 40 anos depois, o que testemunhamos é a pressão do capital financeiro sobre os sistemas universais de saúde em todo mundo, e o retorno da Assembléia Global ao Cazaquistão, porém para revisar os princípios de Alma-Ata (WHO, 1978) e propor, a partir da Declaração de Asthana (WHO, 2018), um outro "pacto" para a conquista do saúde para todos.

As questões aqui levantadas em torno da articulação público-privada podem dar pistas para o entendimento do fenômeno da judicialização da saúde.

#### 6.2.5 A questão da Judicialização da Saúde

O direito à saúde, assumido na Constituição Federal de 1988 como dever do estado, e exercido mediante políticas econômicas e sociais que garantam o acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988), foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142/1990), além de outros dispositivos infraconstitucionais. Ele se constitui como um direito social. De modo geral, os direitos sociais implicam ações do Estado destinadas à garantia de condições materiais mínimas

---

<sup>71</sup> Um dos registros da história do CONASS traz a importância daquela conferência: "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." (CONASS, 2007a)

de vida para todos os cidadãos, requerendo, portando, a realização de políticas públicas, isto é, de um conjunto sistematizado de programas de ação governamental que, por força do princípio da legalidade, podem ser requeridos perante o Poder Judiciário. (MAPELLI JUNIOR, 2015)

A judicialização do direito a saúde é um fenômeno recente na sociedade brasileira, se considerarmos os 30 anos do Sistema Único de Saúde, pois embora a avaliação judicial das políticas públicas não seja novidade no Brasil, a participação do Poder Judiciário no processo de formulação e execução das políticas públicas é um fenômeno inédito. A revisão do estado da arte sobre o tema (BITTENCOURT, 2016) apontou duas abordagens distintas: a primeira entende o ativismo político do judiciário como um empecilho para a efetivação do direito à saúde, enquanto direito coletivo; a segunda atribui a este fenômeno uma forma de ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia.

Durante a pesquisa, a judicialização foi identificada como um dos grandes problemas enfrentados pelos gestores estaduais. Uma das entrevistas trouxe um elemento importante, ao propor uma explicação para a quantidade de ações judiciais envolvendo os gestores estaduais.

“Tomando o assunto do momento que é a judicialização: a nossa tese aqui no CONASS sempre foi de que quem paga a conta são os estados, agora o próprio Tribunal de Contas da União afirmou isso em acórdão, quem paga a conta são os estados. Todos os debates que a gente vê, o ente do sacrifício é o ente estadual, e pela letra da lei é o ente que mais teria que se dedicar ao pensamento de gerenciamento e de gestão porque a ele cabe a regionalização, constituir e articular para a formação das macroregiões de saúde, as redes de atenção, tudo isso, só que ele tem atuado para remediar muitas dificuldades e não há como esse panorama mudar a curto prazo se não houver uma mudança legislativa forte.”(E9)

A judicialização, ainda que indique a ampliação da cidadania, é fruto das debilidades do Legislativo, ao manter a indefinição do arcabouço legal (FLEURY, 2012), e do Executivo, por não cumprir suas responsabilidades constitucionais de garantir o acesso da população as ações e serviços de saúde.

"O direito à saúde é inequívoco, constitucional, é da natureza do ser humano essa defesa, o que a gente tem que entender é que a saúde individualmente não tem preço, eu concordo absolutamente se precisar comprar um medicamento, que nós compramos no Paraná de R\$ 3 milhões, para tratamento de uma doença rara, alguém tem que fazer, agora a saúde coletiva tem custo, e ai não dá para você trabalhar sendo pautado por algo que você não pode prever no orçamento, e que você não pode discutir dentro do pacto federativo, (...) nós conseguimos avançar muito com o Ministério Público da saúde que para nós não é um antagonista, se soma em muitas coisas e a gente também não pode esquecer que em muitos lugares tem gestor que não está fazendo o que precisa minimamente, é um recurso das pessoas buscar a justiça.” (E7)

"Nós não somos contra a judicialização em alguns momentos ela precisa garantir o direito a saúde mas nós achamos que a judicialização deve garantir muito mais o direito coletivo da população do que direitos individuais, muitas vezes questionáveis de pessoas que não tem insuficiência econômica e nem precisariam estar ali "desviando" dinheiro de quem preciso para tratamentos questionáveis." (E11)

Mas para além do conflito entre os direitos individuais e coletivos, o CONASS entende que *"o direito à saúde é o direito individual e também o direito coletivo, porque não existe direito coletivo se o individual não estiver garantido"* (CONASS, 2015g), e sua posição é que a judicialização desorganiza a atividade administrativa, obriga a alocação de recursos de forma não planejada, e estabelece um paralelismo entre quem acessa o SUS por suas portas de entrada ou quem abrevia o caminho pela decisão judicial. Alguns dos entrevistados destacaram o impacto da judicialização na gestão do SUS. (CONASS, 2018)

"A judicialização desorganiza o planejamento orçamentário-financeiro, ela desorganiza as normas, as leis, os procedimentos do SUS, ela privilegia as pessoas que tem acesso em detrimento de outras, ela muitas vezes expolia os recursos escassos para atender um grupo específico de pessoas, normalmente são pessoas com maior poder aquisitivo, além dos desvios e fraudes que volta e meio são constatados, então é uma questão que merece toda a atenção, um volume em 2017 de R\$ 8 bilhões de reais não pode ser ignorado nas três esferas governamentais. Enfim, o CONASS tem discutido muito isso e normalmente as posições são por unanimidade." (E11)

A relação do CONASS com o poder judiciário foi amadurecendo ao longo dos anos, de acordo com os relatos a seguir.

"(...) quando eu entrei aqui, a gente não lidava muito com o sistema de justiça, lidava com o sistema legislativo, com a câmara e os relatos das assembleias locais, até porque a própria lei orgânica do SUS exige que se tenha essa relação, mas com o judiciário a gente não lidava muito. O fenômeno da judicialização deu essa canetada, então tanto eles tiveram que aprender um pouco o vocabulário da saúde, tem juizes que são muitíssimo capazes nesse sentido, quanto a gente teve que aprender um pouco a conversar com eles então o judiciário é um parceiro novo." (E9)

"Com relação ao poder judiciário, eu acho que está havendo um amadurecimento, já foi pior pois nós comprávamos medicamentos sem registro no Brasil, nós comprávamos medicamento pela simples indústria de laboratório mancomunada com alguns advogados, gente que se especializou em vender esperanças e salvar vidas que muitas vezes se tornarem inviáveis do ponto de vista do que a ciência conhece, enquanto medicina e medicamento, eu acho que isso tem melhorado, mas eu vi relatos aqui assustadores de autoritarismo extremo de juizes a ponto de tirarem do cargo secretários que são nomeados pelos governadores como aconteceu em Tocantins, e muitas vezes por interesse menores pois todo poder tem excesso, omissões, erros e poder judiciário não está livre disso." (E7)



Dentre as estratégias acionadas pelo CONASS e citadas por alguns dos entrevistados, destaca-se a interlocução com os tribunais superiores, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) e o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>72</sup>. Além disso, o CONASS integra o Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – o Fórum da Saúde.

“(...) Nós temos uma articulação hoje muito forte com o conselho nacional de justiça no que quiz respeito a judicialização, também temos uma relação bastante profícua com o STJ, um pouco menos com o STF até mesmo pelo fato do presidente do STF ser o presidente do conselho nacional de justiça isso também facilita, e estamos trabalhando em nível de tribunal de justiça dos estados e também abrangendo os juizes e assessores de juizes e desembargadores dos estados.” (E11)

“O CNJ tem um papel educativo e faz recomendações aos magistrados, mas é claro que o juiz tem o seu livre convencimento e o CNJ não vai intervir nisso, mas essa tem sido uma boa estratégia para difundir aos magistrados, conhecimentos sobre o SUS”. (CONASS, 2015g)

Alguns encontros foram realizados a fim de aproximar o Poder Judiciário do Poder Executivo, sendo um deles realizado em abril de 2016, com a participação dos gestores estaduais e do Fórum Nacional das Demandas de Assistência a Saúde do CNJ. (CONASS, 2016d)

“Isso (a judicialização) aumenta a iniquidade do sistema. Devemos ter uma proposição concreta e criarmos um grupo de secretários que em interlocução com esse grupo do CNJ, formule mudanças legais que permitam que os juízes não tenham mais que decidir com base nessa legislação posta, gastando um recurso enorme para administrar uma consequência quando, na verdade, temos que resolver a causa”. (CONASS, 2016d)

“A criação dos Comitês de Saúde do CNJ em todos os estados da Federação e também no Distrito Federal tem auxiliado para ampliar o diálogo entre juízes e gestores de saúde. Vários eventos já foram realizados no Brasil. Ainda há muito para avançar e estamos no caminho certo.” (CONASS, 2015g)

Uma iniciativa importante do Ministério da Saúde foi a promulgação da Lei 12.401 de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei 8.080 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS (BRASIL,2011), estabelecendo a

---

<sup>72</sup> O CNJ tem implantado os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT), formados por especialistas e que tem como objetivo subsidiar os magistrados na tomada de decisões relacionadas ao direito a saúde. Em 2016, existiam 78 NAT distribuídos em 19 dos 27 estados da federação, e eles tem se constituído em espaço de interlocução com a gestão estadual do SUS. (CONASS, 2016)

necessidade de comprovação de evidência científica sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento, bem como a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias sem as quais o Estado não pode conceder o tratamento ou o medicamento.

A judicialização tem contribuído para a “criminalização da gestão” (CONASS,2018), afastando muitos gestores comprometidos com o SUS da gestão do sistema, conforme relato de alguns secretários, publicado na Revista Consensos, além da fala de um dos entrevistados.

“No Distrito Federal nós temos percebido isso em relação não só contra os secretários, mas também contra os diretores de hospital, os superintendentes, os gerentes etc. Todos estão recebendo notificações pessoais em relação às suas ações, isso independentemente de haver demonstração de dolo ou de má fé o que gera um grau de instabilidade tão grande que o gestor tem medo de tomar ações legítimas de gestão que são boas para a população, com receio de ter responsabilização pessoal. Essa tendência é extremamente cruel, porque não só é injusta com a pessoa do gestor, como engessa a gestão” (CONASS, 2016d)

"Estamos tendo dificuldade com os juízes e desembargadores, com a utilização do instrumento do Mandado de Segurança como uma decisão judicial”, alertou. (CONASS, 2016d)

“ (...) foi comum ver aqui secretários recebendo voz de prisão, terem contas bloqueadas, muitas vezes a própria honra ser colocada em dúvida por questões que vão muito além da ação do próprio secretário, eu não falo de dolo pois se tem dolo não pode ser secretário de saúde, de educação, quem quer que seja, qualquer poder que seja ou segmento da sociedade, eu falo pelo simples fato de estar naquele cargo.” (E7)

O acúmulo das reflexões em torno da judicialização pelo sistema de justiça ou produzida na academia, assim como as experiências dos gestores estaduais da saúde encontram-se sistematizados na Coletânea Direito à Saúde, lançada pelo CONASS na sua assembléia de novembro de 2018, e que conta com três volumes: (i) a institucionalização do direito a saúde; (ii) os dilemas que envolvem o fenômeno da judicialização; (iii) as boas práticas e diálogos institucionais. Assim, o CONASS segue contribuindo para a busca de soluções para os problemas da gestão do SUS.

“(…) a judicialização crescente é muito preocupante, nós temos feito uma interlocução muito forte com o poder judiciário, alguns setores do poder judiciário, principalmente nos tribunais superiores já tem uma compreensão bastante clara do problema, mas é preciso que essa compreensão desça até os juizes de primeira instância que são aqueles responsáveis pela maioria absoluta das ações condenando os estados, municípios e as vezes a própria

União a pagar as vezes por tratamentos que não são reconhecidos, que não existem no país.”(E11)

### 6.3. Articulação política do CONASS na condução do SUS

#### 6.3.1. O CONASS na CIT: relações com o Ministério da Saúde e o CONASEMS

A Constituição Federal de 1988 distribuiu igualmente entre os três entes federativos a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde, e definiu como diretriz organizativa do SUS a descentralização, com direção única em cada esfera do governo. Apesar de propor a descentralização das políticas públicas, a própria CF determinou uma série de competências à União, centralizando desta forma a iniciativa legislativa e tributária, legando aos estados uma competência residual. (SANTOS, 2018a) Embora o SUS proponha um modelo integrativo dos serviços federativos e, portanto, pressuponha a interdependência sistêmica, própria do federalismo cooperativo, isso não foi concretizado por conta do modelo de centralização de poder na União. (ABRÚCIO, 2005)

A Comissão Intergestora Tripartite<sup>73</sup> (CIT) apresenta-se como uma inovação política e tecnológica de organização federativa, na medida em que pressupõe equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as três esferas de governo na Saúde. (WRIGHT, 1997) Instituída na década de 90 e legitimada por meio da publicação da [Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011](#), ela tem se constituído ao longo dos anos como uma referência de avanço, tanto para a consolidação do Sistema Único de Saúde quanto para a redefinição dos modos de governança no Brasil. (MIRANDA, 2003)

"Trata-se de uma arena na qual CONASS e CONASEMS têm papel fundamental, uma vez que buscam posicionamentos comuns entre seus membros – fortalecendo a articulação horizontal –, e influenciam o desenho da política – a dimensão vertical. Além disso, são atores fundamentais para a manutenção dessa arena e da lógica do processo decisório compartilhado (PIERSON, 1995), reduzindo os espaços para uma postura hierárquica e centralizadora por parte do Governo Federal. Trata-se, enfim, de um locus de discussão que fortalece a institucionalização do CONASS e do CONASEMS e é reflexo também do aprendizado dos atores." (SANO, 2012)

---

<sup>73</sup> O CONASS, como registrado no breve histórico deste capítulo, participou diretamente da criação da CIT, cujo plenário é coordenado de forma tripartite e presidido mediante condução conjunta pelo Ministério da Saúde, as presidências do CONASS e do CONASEMS, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 567, de 28 de março de 2011. Reúne-se mensalmente para tomada de decisões por consenso, sendo formado paritariamente por 21 membros: sete representantes do Ministério da Saúde, quais sejam os titulares das Secretarias, sete representantes do CONASS e sete do CONASEMS.

Apesar disso, ao longo da década de 90 e início dos anos 2000, persistiu a postura hierárquica na relação do Ministério da Saúde com as entidades representativas dos estados (CONASS) e dos municípios (CONASEMS) no âmbito da CIT (SANTOS, 2018a), o que não é de se admirar se considerarmos a constatação de Sano (2008) de que

“(...) a construção de um lócus de negociação como a CIT não se reflete necessariamente na construção conjunta da política de saúde. O viés centralizador do MS tem criado obstáculos periódicos para o diálogo entre as esferas de governo. Mas esta arena também não é simplesmente descartada pelo Governo Federal, pois ele precisa, cada vez mais, legitimar suas ações perante os demais níveis de governo.” (SANO, 2008)

Esse fato pode ser explicado, em parte, pelas características do nosso pacto federativo, que embora tenha avançado do ponto de vista político, com a incorporação dos atores subnacionais para o centro do debate, não avançou na distribuição equitativa dos recursos financeiros do SUS, conforme atestam alguns dos entrevistados.

“Era para ser assim, né, você tem uma gestão tripartite, mas por desvios ou costumes implantados pelo próprio pacto federativo brasileiro pela maneira como a federação foi implantada, predomina do maior para o menor, quer dizer, a gente fala as três esferas, tudo bem são três esferas mas não dá para se negar que a esfera federal que é que retém o recurso, ela negocia mas nem tanto com as esferas estaduais e municipais, era para ser iguais, não ser chamadas de inferiores, vou chamar das outras esferas, tem uma predominância do MS na condução da política de saúde e na condução do Brasil como um todo, como também tem dos estados para os municípios. Isso é um defeito do nosso tipo de pacto federativo.” (E6)

“Ele publica portarias que a gente não viu, nessa parte da media e alta complexidade cansa de ter, quando você menos espera surge alguma coisa que nunca discutiu, na vigilância é a mesma coisa, aí é uma decisão unilateral do ministério que tinha dinheiro e fez e depois tem confusão, tem briga na CIT mas não posso dizer que não tem. O Conasems e o Conass já não tem este poder de fazer isso mas o MS dependendo do entendimento e da postura do secretário e do ministro faz.”(E2)

“A gente vive falando isso nas câmaras técnicas, não tem hierarquia no SUS, o técnico do MS está no mesmo nível seu, ele não manda nada, eu digo isso para você porque eu já fui quinto escalão do MS e eu ia para os estados e me achava, você entendeu, é assim, o MS tem esse defeito (...)” (E3)

Durante o período em análise (2006-2016), a relação com o Ministério da Saúde refletiu as mudanças ocorridas no contexto político do país e suas repercussões na condução da política de saúde. Este período coincide com o amadurecimento institucional do CONASS, conforme apresentado anteriormente no breve histórico deste capítulo, e que lhe conferiu uma maior

independência para a defesa de posições divergentes do MS. As entrevistas a seguir enfatizam esta evolução e os resultados em termos de credibilidade.

“ (...) o CONASS é um dos gestores do sistema então ele se coloca em pé de igualdade com o gestor federal e com o gestor municipal. Infelizmente no campo da execução prática as coisas não são exatamente assim e isso não depende de um governo, é um comportamento mais ou menos uniforme, então com o passar do tempo o Conass passou a entender que ele precisava ter uma postura mais crítica com relação às políticas que vinham praticamente prontas, redigidas mas que não espelhavam a pluralidade das situações de disparidades regionais brasileiras.” (E4)

“(...) as grandes decisões que a tripartite tomou teve no CONASS o grande condutor. Muitas vezes políticas equivocadas foram impedidas de avançar, nós tivemos sempre personalidade para nunca dar, como já foi dado em outros anos na tripartite, aquele caráter apoio total e irrestrito, o CONASS nunca deu apoio total irrestrito para nada nem para ninguém, o que a gente sempre fez de forma coletiva e aprofundada com muito respeito técnico, com muito entendimento nacional...”(E7)

"Em relação ao poder executivo, ao Ministério da Saúde, é um relacionamento cordial, republicano mas que não impede que o CONASS tenha uma postura crítica e muitas vezes de enfrentamento com o MS quando os interesses dos estados estão colocados em jogo. Mas uma questão que eu devo ressaltar é que o CONASS não tem bandeira político-partidária, independente de quem, do partido ao qual estiver filiado o seu presidente ou o governador do estado é uma relação inteiramente republicana, internamente entre os 27 membros do colegiado e com as instituições como o Ministério da Saúde.” (E11)

Apesar da tendência à centralização do Ministério da Saúde, seu papel de condução da política de saúde foi fragilizado à medida em que a correlação de forças mudava no cenário nacional, e a necessidade de acomodação dos partidos que revezavam a base aliada acabou determinando a nomeação de 7 (sete) diferentes ministros<sup>74</sup> para a pasta da Saúde. A permeabilidade<sup>75</sup> do Ministério da Saúde às pressões políticas foi apontado por alguns entrevistados como uma ameaça ao sistema, considerando a responsabilidade da instância federal na formulação e execução da política de saúde, e reflete a persistência do “clientelismo político” (PAIM & TEIXEIRA, 2007) na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção no MS.

<sup>74</sup> Nos Governos Luis Inacio Lula da Silva (2003 a 2010) foram nomeados 04 (quatro) ministros: Humberto Sérgio Costa Lima - PT (jún/2003 a jul/2005); José Saraiva Felipe - PMDB (ago/2005-fev/2006); José Agenor A da Silva - sem partido (fev/2006-mar/2007) e José Gomes Temporão - PMDB (mar/2007-dez/2010). Nos Governos Dilma Rousseff (2010 a 2016), 03 (três) ministros assumiram o Ministério da Saúde: Alexandre Padilha - PT (jún/2011 - fev/2014), Arthur Chioro - PT (fev/2014-out/2015) e Marcelo Castro - PMDB (out/2015 - mai/2016).

<sup>75</sup> A permeabilidade política da condução do SUS é grave, o que pode ser evidenciado pelos resultados da pesquisa do IPEA que aponta o Ministério da Saúde com 1.931 cargos de confiança, o que corresponde a 8,4% do total de cargos dos ministérios, perdendo apenas para a Fazenda e a Presidência (SOUZA & CERQUEIRA, 2015)

“Olha o Ministério da Saúde varia muito (pausa) e o MS é um pouco reflexo de uma crise do sistema político, eu não posso resolver o problema de dentro do MS, quer dizer, nós vivemos uma crise desse sistema político que está aí (...) esse sistema partidário de muitos partidos, com dono de partido, o sistema do toma lá dá cá, e especialmente nos últimos anos o MS foi uma expressão disso, não é só um ministro que representa um partido que tem um dono, cada deputado indica um pedaço do MS, então o ministro entra e recebe o ministério mas é o deputado A que indica o cargo da SAS, então o MS perdeu e vem perdendo gradativamente a capacidade de formulação de políticas nacionais...” (E12)

“(...) a meu ver o grande problema do ministério é que em algumas circunstâncias ele fica muito suscetível à questão política e necessariamente nos quadros de comando das políticas mais amplas não vem das pessoas de continuidade e as coisas são muito flutuantes, tem horas que você tem políticas completamente bem estruturadas e depois de elas estruturadas, elas passam a ter dificuldade de manutenção.” (E1)

“(...) essa questão do MS da saúde ser um balcão de negócios para você entregar a quem dar o voto no congresso é uma desgraça, porque aí muda a equipe, as pessoas não tem uma compreensão homogênea das coisas, dos problemas e nem das propostas, e daí você fica num eterno recomeçar mas a despeito disso eu penso que nós conseguimos avançar um bocado, e conseguimos avançar porque estamos trabalhando com os estados, com os municípios, digamos assim, temos uma relação de boa convivência com o ministério, no sentido de até não precisa apoiar mas não atrapalhando já está muito bom.” (E4)

Em contraste com o Ministério da Saúde, o CONASS conseguiu se consolidar como um importante ator político no cenário nacional por conta de sua institucionalidade, ou seja, sua direção política e técnica tem se mantido estável apesar do mandato de um ano dos seus presidentes e vice-presidentes, não sofrendo, segundo os entrevistados, os constrangimentos políticos impostos pelos diferentes governos não só ao MS mas às próprias Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

“(...) o CONASS é uma instituição pluripartidária e multi-ideológica, aqui estão representados todos os secretários de saúde do Brasil, e o grande exercício que se faz no CONASS, e esse é o papel do presidente e do secretário executivo que tem um papel importantíssimo como moderador, é extrair as posições de consenso. Ao longo dos anos, o CONASS tem se caracterizado por isso, e normalmente essa tarefa é bem sucedida.” (E11)

“(...) esse é o grande diferencial do CONASS, é uma instituição de continuidade que praticamente não tem solução de continuidade exclusivamente por conta de uma mudança, digamos no âmbito federal, o CONASS é resultado de um somatório de consenso do conjunto das secretarias estaduais, parece complexo mas não é tanto assim porque tem uma certa coerência há muitos anos.” (E1)

A adesão aos princípios do SUS, a qualidade de sua equipe técnica, a valorização do diálogo e a defesa da autonomia dos entes federados pautou sua atuação ao longo dos anos e constituem-se em evidências encontradas tanto nos seus documentos institucionais quanto nas entrevistas, e que nos ajudam na compreensão da importância desse ator político na condução da política de saúde.

“O que eu aprendi muito aqui foi a busca do consenso, do equilíbrio, não aderir só pela questão político-partidária, ideológica, também o CONASS tem um grande diferencial que é a equipe técnica dele, eu acho que muitas das coisas, claro o pleno dos secretários é que decide e define a postura que nós vamos ter no fórum tripartite, mas indiscutivelmente a equipe técnica dá uma tranquilidade, ela aprofunda bastante nos grupos de trabalho, as equipes também regionais das secretarias, para mim foi assim um aprendizado fantástico, me preparou muito para muitos enfrentamentos e consolidou uma série de conceitos (...) Lembro raríssimas vezes em que houve profundas discordâncias, porque aqui nesse fórum as pessoas entendem que por mais que elas tenham um poder delegado e uma visão ideológica, eu raramente vi aqui secretários com posturas anti-SUS, então o SUS nos une, a necessidade do aperfeiçoamento dele, eu por exemplo passei por quatro ministros, como secretário de estado, o CONASS sempre se mostrou em todas as ocasiões como uma grande média que levou a discussão, que deu racionalidade e coerência as discussões.” (E7)

"Bom, primeira coisa eu acho que é uma coisa que eu não tive a oportunidade de falar ainda e que ajuda muito o CONASS é manter um corpo técnico estável e sem muito influencia de questões políticas, nós temos técnicos aqui dos mais diversos matizes, dos vários estados, a maioria de pessoas com experiência na gestão estadual, outros também na municipal ou federal, todos passaram em algum momento pela gestão estadual como eu, e é um corpo também muito coeso e você não tem ninguém aqui que é, até pode ter uma indicação mas sempre técnica, não é por uma questão de ser vinculado a uma corrente X, Y ou Z, e manter um corpo estável também, um corpo reduzido nós precisamos ampliar mas um corpo estável, e é muito bom trabalhar por isso, são todas pessoas comprometidas com o SUS, você não tem ninguém aqui que (pausa) todos comprometidos, todos com experiência na área em que atua e isso ajuda muito.”(E10)

“Mas institucionalmente o CONASS sempre teve cuidado de ter uma boa parceria, tanto no sentido de buscar ativamente como no sentido de não restringir nenhuma delas, partidária, esse foi outro cuidado que foi muito bem resolvido pelos secretários, eu hoje para falar a verdade, 80% dos secretários eu não sei o partido político, eu não tenho a menor idéia (...) mas na condução do CONASS nunca teve nenhuma preferência partidária, e essa é uma época<sup>76</sup> que a gente toma muito cuidado, faz reuniões, evita que nos emails institucionais, no zap institucional, a gente não poste nada em relação a posição política, a gente conversa no almoço, senta, mais é um cuidado que a gente tem.”(E5)

---

<sup>76</sup> Esta entrevista foi realizada no dia 28 de setembro de 2018 em pleno processo eleitoral.

Na relação tripartite, o CONASS é apontado, por alguns entrevistados, como um ponto de equilíbrio entre o Ministério da Saúde e o CONASEMS. Vale ressaltar que todos eles já haviam trabalhado como secretários municipais de saúde e tinham passagem pelos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) de seus estados e/ou do próprio CONASEMS.

"Eu acho que o CONASS foi o grande equilíbrio do sistema de saúde do país, porque o CONASEMS, e eu tenho muitos amigos no CONASEMS, pessoas que eu respeito muito, mas o CONASEMS tem uma vocação para (pausa) ele é mais frágil na relação com o executivo federal, a exceção de poucos municípios, todos os demais tem um nível de dependência muito grande. Aqui no CONASS são 27, é mais fácil buscar o consenso com 27 cabeças do que mais de 5000, o CONASEMS sempre foi um grande parceiro, mas CONASS tem um papel de destaque na medida em que ele é o ente mais estável (...) eu sempre via o CONASS como um agente importante no equilíbrio dessa correlação de forças que a tripartite mantém" (E7)

"O grande diferencial que eu vejo no CONASS, e eu não estou falando isso para criticar o CONASEMS, que eu acho que o CONASS por ter uma estrutura um pouco diferente do CONASEMS, que é um agrupamento menor de pessoas com poder de decisão, eu acho que o CONASS consegue uma uniformidade no sentido da sua continuidade. Então praticamente o CONASS sempre teve uma estrutura que parece dar uma sustentação e equilíbrio do sistema, nos municípios é muito difícil você conseguir mensurar isso auscultando cinco mil e tantos gestores..." (E1)

De forma unânime todos os entrevistados apontaram a relação de parceria entre o CONASS e o CONASEMS, considerando a relação de interdependência necessária a governança trazida pelo SUS. Entretanto, a parceria não significa que não existiram discordâncias importantes entre os dois conselhos em relação a alguns temas, o que exigiu um trabalho de mediação da secretaria executiva do CONASS, como evidenciado por uma das entrevistadas.

"(...) o CONASEMS também, a gente acaba lidando mais com os nossos respectivos, eu lido mais com a assessoria jurídica do CONASEMS, a outra lida mais com outro mas é uma boa parceria, a gente aprende muito, o problema que as vezes é micro para uma secretaria estadual, ele é maximizado para determinados municípios e o contrário também acontece, uma coisa que o município resolve rapidamente no território, no estado tem um pouco mais de dificuldade, a cooperação técnica é bacana. Falando assim é tudo lindo mas não é tão lindo, tem uma série de problemas de posições que a gente diverge em grupos técnicos da CIT." (E9)

"(...) na maioria das vezes sempre tivemos convergência de posição com o CONASEMS, houveram situações que não mas é o papel nosso de representar a visão da gestão estadual e eles representar a visão da gestão municipal mas sempre foi muito correta, de cada um com sua visão e eu que já fui secretário municipal duas vezes, a gente não consegue esquecer a história da vida da



gente, talvez até por isso foram muito raras as situações em que defendesse um posição que a gente sabia que seria complicada para a gestão municipal, eu comecei na saúde pública, sai da academia, entrei na gestão e não sei mais, minha origem é na gestão municipal então tivemos mais convergências com o CONASEMS do que diferenças.”(E10)

“As vezes quando há temas muitos complexos, a gente faz encontros à parte, a gente faz muito, às vezes o Jurandi chama a direção do Conasems, o Mauro, o executivo deles, vem aqui almoçam, fazem uma conversa, uns acertos, “olha eu cedo até aqui, você cede até aqui, vamos levar para o ministério desse jeito?” quando é um assunto muito complexo.” (E3)

Na relação tripartite, algumas estratégias foram acionadas pelo CONASS para superar as resistências do MS, particularmente nas questões que envolveram a repartição e a formas de transferências dos recursos financeiros a estados e municípios.

“Nas políticas a gente tem que ter esse cuidado para olhar os três lados, e em geral, a gente faz muita aliança com o Conasems. Por que? Por conta disso, porque tem uma lenda urbana de que o ministério manda mais então a gente se fortalece com o Conasems, por exemplo, em algum assunto que interessa muito ao Conasems, e que a gente vê que é razoável o que eles estão propondo e que não tem problema nenhum para os nossos gestores estaduais, a gente vai junto com o Conasems, então a nossa posição é vamos deixar que o Conasems conduza essa discussão porque o interesse maior é deles, não afetando o gestor estadual.”(E3)

Com toda essa história de desenvolvimento organizacional e consolidação de uma institucionalidade em defesa do SUS, as entrevistas revelaram que após o impedimento da presidente Dilma Rouseff, o CONASS tem assumido uma posição de resistência ao conjunto de medidas adotadas pelo Executivo e que ameaçam a continuidade do SUS universal, igualitário e de qualidade. Um dos entrevistados expressa claramente esta posição:

“E aí os conselhos, CONASS e CONASEMS, tiveram que servir de anteparo e a vez de redução de danos, ao invés de formuladores, atuou na redução de danos de vários processos, isso foi um tempo desgastante pode ter certeza, foi um tempo muito desgastante para todos nós porque a relação não era uma relação pacífica, era o tempo todo de disputa e de resistência, foi muito difícil a gente passou a tomar calmante, pode se dizer, para poder suportar essa pancada, não foi fácil.” (E6)

Diante do retrocesso que se observa no discurso e na prática dos dirigentes do Ministério da Saúde, alguns entrevistados apontam que o CONASS tem sido “...o organismo que tenta segurar o leme, o timão do barco do SUS, caso contrário, ele já teria soçobrado.” (E4), indicando desta forma a tentativa do MS em empurrar o “barco” do SUS em direção contrária à sua determinação constitucional.

"Este conselho é central na condução do processo, ele é absolutamente central. Primeiro que ele tem essa característica de representação, que não é uma característica fácil porque o SUS ele tem características, creio eu que únicas (...) Mas ele tem mais do que isso que é essa estabilidade que ele fornece e possibilita que aconteça no SUS, essa pactuação nossa que envolve os três entes federais, muitas vezes não é bem entendida, e o próprio MS parece que não entende também talvez por um engano e por achar que como ali tem o maior volume dos recursos, ele teria um papel diferenciado mas a pactuação é necessária e permanente, você acompanhou hoje a assembleia do CONASS, e você observou o quanto que nós fomos firmes e críticos a uma assinatura de uma portaria que o MS encaminhou sem essa pactuação, e você escutou também o compromisso do secretário executivo do MS em revogá-la, e essa é nossa atribuição, a co-pactuação, e essa característica é mais do que defender o SUS, defender o SUS é importante mas para nós que estamos nessa área é quase como um clichê, é obvio, quem está aqui defende o SUS, mas mais do que isso, é a possibilidade de sequência e estabilidade que nós buscamos para sua implantação." (E8)

O fato é que no atual "jogo político" (MATUS, 1997), o CONASS é quem demonstra ter acumulado poder político, técnico e administrativo suficiente para operar uma certa "resistência" às medidas propostas pelo MS que tendem a impactar negativamente no processo de gestão e financiamento do SUS, constituindo-se, portanto, em uma instância que pode tentar conduzir o processo político em saúde nesta nova conjuntura. Para além de uma atitude laudatória, algumas entrevistas apontam nessa direção.

"Hoje eu diria que, eu não quero ser pretensiosa, eu acho que o CONASS tem um papel preponderante nisso ai mas eu acho que hoje ele está mais forte porque não tem liderança nenhuma, a liderança hoje somos nós. A gente tem credibilidade, as pessoas acreditam, respeitam o que propomos e ao longo da historia sempre teve um papel importante e contribuição muito grande nas politicas..."(E2)

"Eu acho que o CONASS tem uma posição muito importante no cenário, e nesse ultimo ciclo, eu diria que o CONASS hoje é um dos mais importantes formulador e operador de politicas no plano estadual no Brasil, e com uma marca muito consolidada hoje (...) eu não sei se ele tem mais força, no Brasil, institucional, que o CONASEMS e o MS mas do ponto de vista de formulação ele é mais importante." (E12)

### 6.3.2. O CONASS e o Conselho Nacional de Saúde

A "participação da comunidade" é um dos valores fundamentais incluídos no capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988 e uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo regulamentada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que determinou a existência dos Conselhos (nacional, estadual e municipal) e das Conferencias de saúde como instâncias de

participação no SUS. O texto legal define os conselhos de saúde como órgãos de caráter permanente e deliberativo, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, até mesmo nos aspectos econômicos e financeiros, devendo suas decisões serem homologadas pelo chefe do poder executivo. (BRASIL, 1990) Logo, a engenharia institucional do SUS garante não apenas os espaços de pactuação entre os gestores do sistema, mas também aqueles para a participação da sociedade civil.

Durante a pesquisa, os dirigentes, técnicos e consultores do CONASS foram convidados a discorrer sobre a relação da entidade com os demais componentes do Conselho Nacional de Saúde, considerando que o CONASS tem assento permanente pela representação dos gestores públicos, juntamente com o CONASEMS e o próprio Ministério da Saúde. Um dos primeiros aspectos considerado foi a questão do embate político-ideológico que ocorre no âmbito das reuniões do CNS, em função da diversidade de concepções e de interesses que movem os representantes dos diversos segmentos que compõem o Conselho<sup>77</sup>. (SILVA, 2018)

Intrigante é constatar que, para um dos entrevistados, a diversidade de interesses e posicionamentos dos diversos conselheiros dificulta a ação efetiva do CNS, pois a construção da política de saúde não é um processo normativo nem tampouco neutro (SILVA, 2018), mas fundamentalmente político, logo, a disputa de diferentes projetos é esperada neste espaço de participação. Sendo assim, esta diversidade é inerente ao jogo político, conforme registrado por outro entrevistado.

"Em relação ao Conselho Nacional de Saúde, a minha visão é que muitas vezes a excessiva politização e o excessivo componente ideológico do CNS prejudica sua ação como órgão de controle social, ele muitas vezes deixa de exercer o controle social como deveria ser feito e parte para uma linha político-ideológica e que na minha opinião não é adequada e não soma e acrescenta ao sistema e muitas vezes isso se reflete também nos conselhos estaduais de saúde e nos conselhos municipais."(E11)

"Com relação ao CNS, em que pese uma postura ora dependendo do ministro e do presidente, um apoio mais ideológico e em outros uma ação mais opositora, mas eu acho que faz parte da natureza desse conselho, é diferente dos secretários, então o CONASS, nós sempre abrimos as portas, principalmente quando eu fui presidente, ao CNS, veja que boa parte da temática é comum, fizemos todas as conferências que precisavam ser feitas, não recuamos em nenhuma delas, eu acho que o grande adversário do sistema

---

<sup>77</sup> Silva (2018) estudando o Conselho Nacional de Saúde no triênio 2015 a 2018 identificou uma composição bastante heterogênea, com 90 entidades ligadas à diversidade étnica e de gênero, ao movimento estudantil, às minorias sociais, aos sindicatos, aos portadores de doenças negligenciadas e prevalentes, além dos representantes dos provedores de produtos e serviços privados relacionados a saúde, e os gestores das três esferas de governo. Obviamente, espera-se uma diversidade de interesses em disputa nesta arena, embora a autora tenha identificado a estratégia deliberada de um pequeno grupo dos "atores sociais societais" na condução daquele colegiado, definindo a posição do CNS.

é o financiamento e a necessidade da gente buscar uma competência de gestão porque a ideologia vai existir, eu nem gosto de discutir muito isso porque para mim faz parte do processo democrático você falar que alguém que tá ligado a determinado partido de esquerda tem uma postura antagônica a um presidente de direita é um processo democrático e vice-versa.” (E7)

Um dos entrevistados aborda o “corporativismo” que marca a atuação de alguns conselheiros, isto é, o fato de que atuam basicamente na defesa de interesses específicos da entidade ou do grupo social que representam nesta instância, sendo este um dos principais problemas<sup>78</sup> relativos à composição e dinâmica política dos Conselhos de Saúde apontados na literatura sobre participação e controle social do SUS. (ESPERIDIÃO, 2014)

"Eu acho que uma das coisas importantes que o SUS tem é o controle social, mas eu não sei se foram porque os gestores se descolaram ou porque também o controle social que a gente imaginou não é o que existe na prática, que foi construído, se você perguntar a qualquer secretário de saúde aqui, eles tem horror de participar do conselho, por várias razões, porque não há uma racionalidade daquilo, aquilo ficou muito politizado, partidarizado, às vezes, o cargo de conselheiro transformou-se em uma profissão, aquela pessoa está ali há trinta anos e ela não representa nada senão a si mesma, ou ao seu grupo, eu acho que tem que ser repensado essa forma de controle.” (E12)

"Na relação com o controle social, eu acho que a gente precisa encontrar uma forma de sair dessa armadilha que nós estamos (...) tem conferências que acabam no primeiro dia apesar delas se arrastarem, elas não aprofundam as temáticas e o ativismo de determinados grupos acabam prevalecendo (...) Eu acho que o debate está muito contaminado, tem fóruns onde as pessoas se colocam com determinada postura, que só chegam a ser anunciadas e ocorre toda uma orquestração, essas coisas, sobretudo no século XXI, isso não vai somar alias pelo contrario isso da mais motivo para as pessoas ficarem enfraquecendo esses fóruns, evitando ou rotulando esses fóruns ("isso é coisa da turma de tal lugar, isso coisa do partido A...") isso ate facilita quem não quer fazer uma discussão, quem quer justificar uma serie de posturas contra o sistema na medida em que muitas vezes nem o espaço da palavra é respeitado, isso não adianta a gente tapar o sol com a peneira.”(E7)

Uma questão trazida por um dos entrevistados diz respeito a necessidade de capacitação de alguns conselheiros de saúde, que na sua visão, compromete a efetividade de sua atuação.

"É claro que temos muitos exemplos positivos, tem ações importantes dos conselhos de saúde nas três esferas governamentais mas com certeza os conselhos teriam um papel mais importante se eles capacitassem os

---

<sup>78</sup> Destacamos dentre eles: baixa visibilidade, baixa representação, baixa representatividade, burocratizada, precariedade da estrutura, baixa qualificação e informação dos conselheiros, fisiologismo, cooptação, autoritarismo, corporativismo, atuação de partidos políticos, insuficiência do conselho na formação de consciência cidadã, e imprecisão sobre o caráter deliberativo atribuído aos conselhos de saúde. (ESPERIDIAO, 2014)

conselheiros para que eles pudesse exercer na sua plenitude o papel que lhes é garantido pela Constituição.”(E11)

Em face da mudança da legislação e levando em conta as transformações recentes na própria sociedade brasileira<sup>79</sup>, alguns entrevistados abordaram a necessidade de reavaliação das formas institucionais de participação social no SUS, considerando os problemas atuais de representatividade.

“Eu não sou especialista mas acho que esse modelo esgotou, tem que pensar um outro modelo garantindo uma participação efetiva de representação externa e muitas vezes também eu acho que não é para definir, como querem, o dia a dia da gestão, não é esse o papel do conselho mas o modelo como várias coisas no SUS esgotou-se e tem que ser repensado, garantindo-se o espírito do controle social efetivo.” (E12)

“(…) a participação social está regulamentada na lei de que ela se dará de duas formas específicas, os conselhos e as conferências, isso na década de 90. Ai depois veio outro tipo de legislação que trouxe a audiência pública, consulta pública, e agora a participação direta está totalmente viabilizada pelas redes (sociais), ela está transformando os poderes, nós estamos aqui na fotografia mas daqui a alguns anos, quando a gente virar relato, isso vai aparecer, então será que não era hora de contribuir para que esse debate fosse mais aprofundado nessas entidades de participação social? O quanto elas precisam se qualificar e o tipo de representatividade que elas trazem hoje ainda correspondem à sociedade como um todo? (...) Eu acho que estava nessa hora, sabe, porque tem muitos movimentos e comportamentos sociais que demandam isso, a sociedade precisa reconhecer que algumas estratégias hoje precisam ser revisadas, reavaliadas, a sociedade está mudando rapidamente, eu acho que isso se aplique talvez à premissa da participação social no SUS.” (E9)

Durante o período analisado, houveram alguns tensionamentos entre o CONASS e o CNS, particularmente em torno das questões ligadas às Fundações Estatais de direito privado, proposta pelo MS como uma nova modalidade para gestão pública e apoiada pelo CONASS. Uma dessas situações foi relatada durante uma das assembleias do CONASS, sendo registrada em ata, e aponta o acirramento do conflito, em um dado momento, levando a um afastamento provisório desses atores.

“Em relação ao CNS, a presidente Beatriz Dobashi e o secretário Jorge Solla (SES/BA) relataram o ocorrido na última reunião do CNS quando a SES/BA foi convidada a apresentar a situação de saúde na Bahia e o presidente do CNS

---

<sup>79</sup> Alguns estudos tem estimulado a revisão das normas institucionais e da composição das instâncias de controle social do SUS. Para saber mais ver “Redemocratização e mudança social no Brasil” organizado por Maria Celina D’Araújo e “Cidadania: um projeto em construção” organizado por André Botelho e Lilia Moritz Schwarcz. Outra opção são os trabalhos de Maria da Gora Gohn sobre as mudanças na organização da sociedade brasileira e a emergência de novos e novíssimos movimentos sociais.

propôs que o o pleno do conselho emitisse resolução para que o MS suspendesse o repasse de verbas federais ao estado tendo em vista que o mesmo possui Fundação Estatal, a exemplo do que o CNS fez para o Distrito Federal, São Paulo e Pernambuco. A assembléia deliberou por solicitar uma reunião conjunta, coordenada pelo Ministro Temporão com os gestores representados no CNS - MS, CONASS, CONASEMS, Ministério da Educação e Ministério da Ação Social - para discutir como os gestores devem atuar frente ao CNS e suspender a participação do CONASS nas atividades do CNS até essa questão ser resolvida.” (CONASS, 2010)

Não obstante, houve uma avaliação positiva da atuação do Conselho Nacional de Saúde, no período analisado por este estudo, com destaque para o seu protagonismo no Saúde + 10, e o grau de consenso obtido entre os representantes dos gestores, dos trabalhadores e das entidades sociais no CNS em torno da proposta (SILVA, 2018), materializada no Projeto de Lei e Iniciativa Popular (PLP) 321/13.

“Os aliados são o CNS, que no caso do Saúde +10 fez um trabalho belíssimo, embora esqueça de dizer alguns nomes que foram chave nesse processo, eu ate ja falei com o Ronald para não fazer isso, seja justo para depois a gente não ter que precisar de novo e não encontrar os parceiros.” (E6)

“Em geral, o CONASS hoje é muito ouvido no conselho nacional de saúde sempre com uma voz conciliadora, eu acho que no conselho a gente tem uma boa relação, e teve com todos os presidentes, não só com o atual<sup>80</sup> mas com os outros presidentes, a presidente anterior que me fugiu o nome dela que era uma mulher e representante dos trabalhadores, depois com todos os presidentes que teve nesse período. O CONASS participa de todas as reuniões, a nossa relação com o conselho é muito boa, e há sempre muito respeito.” (E1)

Na visão de alguns dos entrevistados, a participação do CONASS no CNS tornou-se mais efetiva, sendo apontada como uma das razões para este posicionamento, a nomeação de um ex-presidente da entidade para a função de secretario executivo, a partir de 2006.

“O CNS eu acho que foi um movimento mais cíclico, o CONASS era muito fraco, quando era pequeno não tinha, a gente apenas assistia, essa parceria se fortaleceu muito a partir da vinda do Jurandi, 2006 para cá, ele investiu muito na parceria, ele é da mesa diretora do CNS, a gente tem o Haroldo que é um técnico que acompanha tudo do CNS, então houve uma grande mudança.” (E5)

“É boa. Primeiro, as pessoas que nos representam no conselho, você pode conversar depois com o Haroldo, o próprio Jurandi, são pessoas que tem bastante representatividade e bastante respeito nesse grupo de representação, que é o controle social, é boa. Tivemos no passado algumas dificuldades mas muito pontuais, principalmente alguns embates em torno da discussão de alternativas que os gestores encontram para poder fazer a gestão, e que as

---

<sup>80</sup> Por ocasião desta entrevista (setembro de 2018), a presidência do Conselho Nacional de Saúde era ocupada por Ronald Ferreira dos Santos, representante dos profissionais de saúde.

vezes nem sempre são compreendidas, não é pelo conselho, mas por algumas pessoas, mas isso é muito pontual.” (E1)

Apenas um dos entrevistados apontou a dificuldade de articulação entre os representantes dos gestores e o prestadores no CNS, o que não ocorre na sua opinião entre a representação dos usuários e dos trabalhadores. É interessante que Silva (2018), estudando a atuação do CNS no mesmo período relatado por este entrevistado, identificou modos de articulação entre o Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS) e o Fórum dos Usuários traduzido no trecho abaixo.

“(…) há uma falta de articulação muito grande entre os gestores e prestadores no CNS, eu aponto isso já faz muito tempo, teve uma época que foi melhor, atualmente não existe, não tem articulação nenhuma, o conceito inicial que deu como base a criação do controle social era a possibilidade de você ter um debate, uma discussão, a partir de visões distintas na construção do SUS, o que nós chegamos a ver nos segmentos dos usuários e trabalhadores, para o bem ou para o mal, eles tem uma boa articulação, uma boa conversa, eles tem inclusive fóruns que antecedem as reuniões, e entre os gestores e prestadores isso é muito difícil. Houve uma época em que isso foi um pouco melhor, mas atualmente é uma desarticulação absoluta, as vezes você tem uma ou outra conversa a partir de um tema específico que vai para a pauta mas isso organizadamente não tem.”(E8)

Uma questão que merece ser considerada diz respeito ao papel do CNS e da CIT no processo decisório do SUS. Para uma das entrevistadas, existe uma falta de compreensão por parte de alguns conselheiros de saúde, e mesmo de integrantes do Ministério da Saúde, sobre as diferenças de atuação desses dois espaços institucionais. Para ilustrar essa situação, utilizou-se como exemplo o processo de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017), que foi referido também por outro entrevistado.

"O que a gente percebe um pouco é a questão da relação tripartite com o CNS, não chega a ser uma ameaça não mas há um problema de interpretação aí sobre qual é o papel e atribuição da CIT e do CNS, e muita gente não consegue entender apesar de que para mim isso está tão claro, tão claro, que nos artigos 14A e 14B da Lei 8080, que (a CIT) é para cuidar das questões operacionais, de economia doméstica, é quando a política já está aprovada, nós vamos dizer como vamos operacionalizá-la, não muda plano não muda nada, é só uma questão da gente organizar o jeito de fazer aquilo para poder dar conta, pois são questões operacionais mesmo, de gestão, porque o plano já passou no conselho estadual, no conselho nacional, mas não, há uma coisa (pausa) por exemplo, a política da vigilância, ela não passou na tripartite, ela foi direto para o conselho, os gestores não analisaram, nós não pudemos levá-la para assembleia do CONASS, a gente não passou na tripartite, foi direto para o conselho, então, a gente vai ficar batendo de frente com o conselho, não. Para que? Esse é um problema que a gente enfrenta de interpretação, o próprio

ministério não consegue entender como isso funciona, eles teimam em querer passar primeiro no conselho para depois levar para a tripartite, olha o conselho já decidiu e era a competência dele decidir, está correto, mas tinha que passar para os gestores dar uma olhada primeiro porque o olhar dos gestores poderia dizer “com esse dinheiro eu não dou conta de fazer” para mim essa política não é viável, a gente tem o direito de dizer pois somos nós que vamos operacionalizar, ou faz uma sugestão, a tripartite tinha que poder fazer isso, ela vai fazer isso quando passar por ela primeiro, mas quando passa no conselho, ela vai mudar uma decisão do conselho? O conselho é deliberativo e nós decidimos por consenso, é um fórum mais de resolver problema doméstico, lá delibera, é muito diferente e lá são outros atores, não são só os gestores.” (E3)

“(...) essa discussão começou logo depois da 1378 na tripartite, para ser sincero nós queríamos recuperar muito do que estava na 3252, para a própria política e a gente conseguiu construir um documento base, e depois da conferência nacional de vigilância a saúde, que a gente participou de todo o processo de construção e (...) o pessoal do conselho quis construir tudo dentro da CIVS (Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde), a gente até contra-argumentou que isso seria mais adequado construir dentro da CIT para depois levar para o conselho (...) mas eles quiseram fazer tudo dentro da CIVS, e nossa estratégia foi chamar o CONASEMS, que não estava muito participando dentro da CIVS, de entrar e participar o tempo todo.” (E10)

Este tensionamento entre o CNS e a CIT ficou mais evidente durante o processo de reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017<sup>81</sup>. A 15 Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontou a necessidade de revisão da PNAB 2011, sendo elencadas uma série de propostas em seu relatório final.(BRASIL, 2015) Por outro lado, o CONASS e o CONASEMS pressionavam o Ministério da Saúde por mudanças na PNAB, conforme apresentado anteriormente no item 6.2.2., quando nos referimos a este tema. Desta forma, iniciou-se a construção de uma proposta no âmbito da câmara técnica de atenção básica da CIT, conforme registrado por uma das entrevistadas.

“A PNAB 2017 começou a ser discutida em 2015, discutimos por dois anos, quem era o diretor da DAB nessa ocasião era o Heider que passou lá pela Bahia, aí o DAB fazia os fóruns de atenção básica, eu estou dizendo fazia porque nesse ano não teve, fazia dois, três fóruns no ano, cuja clientela era os coordenadores estaduais que também compõe a câmara técnica e os presidentes de Cosems, mais alguns convidados, sempre chamou as universidades (...) e por conta desses problemas da Atenção Primária, que já era visto no PMAQ, precisava discutir o que mudar já pensando na nova PNAB, e isso foi discutido nos fóruns, inclusive em um desses fóruns cujo tema foi a nova política, quem abriu e quem fechou foi o Arthur Chioro que era ministro. (...) Aí ficamos meses trabalhando no GT para pegar todas essas contribuições e formular a nova política, aí quando entendemos que estava

---

<sup>81</sup> Embora nosso estudo aborde apenas a análise do período de 2006 a 2016, optamos por manter esta referência a PNAB 2017 considerando que ela fechava um ciclo de discussões e pactuações iniciado entre 2015 e 2016.



tudo pronto se levou para pactuar, ai entrou o conselho nacional de saúde.”(E2)

A questão é que o plenário do CNS constituiu um grupo de trabalho, em 2016, para discutir as diretrizes que deveriam orientar a reformulação da PNAB (SILVA, 2018), enquanto o debate já vinha acontecendo entre os colegiados dos gestores e o MS na CIT, sendo produzida a minuta da nova edição da política. Com a mudança na condução do MS, após o impedimento da presidente Dilma Rouseff, a proposta da PNAB seguiu para pactuação na CIT, porém o CNS conseguiu articular-se com o CONASEMS e levá-la a consulta pública, como foi registrado por uma das entrevistadas.

“Quando chegou para pactuar, na primeira CIT de pactuação, o presidente do CNS estava lá e ele não tem fala na CIT, mas ele fez algumas articulações e trouxe um documento, e ai o Conasems acatou o documento e solicitou que não fosse pactuado naquela ocasião, que se abrisse uma consulta pública, que era que o CNS queria pois na verdade ele não queria que fosse pactuado naquele ano porque “o governo era ilegítimo, não tinha sido suficientemente discutido, que precisaria ouvir os trabalhadores, que precisaria de um tempo maior para se discutir”, os gestores entenderam que não tinha esse tempo e que essa escuta já tinha sido feita por esses três caminhos, o Conass, o Conasems e o MS, e que se fosse para estar discutindo a gente ia discutir eternamente e não ia se chegar num desfecho, e que não era uma coisa desse governo, que já vinha uma discussão desde que Arthur Chioro era ministro, na verdade se começou a discutir em Padilha mas foi mais fortemente com o Arthur.” (E2)

A nova PNAB foi publicada logo após sua apreciação pelo plenário da CIT, sem contudo ter finalizado o prazo definido para sua consulta pública e sido aprovado pelo CNS. Um dos entrevistados fez questão de ressaltar que a decisão de não submeter a PNAB ao CNS partiu do MS.

“(…) ai vale a pena fazer um parêntese que a PNAB foi discutida no processo da tripartite e deveria ter ido depois para o CNS, quem tomou a decisão de publicar sem passar pelo conselho foi o ministério, não foi o CONASS nem o CONASEMS.” (E10)

Esta decisão foi criticada por diversas entidades do movimento de Reforma Sanitária, que questionaram não apenas o teor da proposta, como também a condução do Ministério da Saúde, que desconsiderou o controle social, a produção científica e os estudos técnicos na área. (OAPS, 2017)

"O documento final com a revisão da PNAB foi discutido em reunião com o ministro Ricardo Barros e representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde – Conass, no dia 30 de agosto, e levado para aprovação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 31 de agosto. A nova PNAB entra em vigor sem passar pela aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – “sem levar em consideração os apontamentos destacados pelo CNS e sem garantir o amplo debate da pauta”, segundo a entidade – que aposta em um projeto de Decreto Legislativo, protocolado por 20 deputados na Câmara, em 3 de outubro, para pedir a revogação da nova portaria.” (OAPS, 2017)

Um outro ator importante no cenário político mais geral e cujas “jogadas” impactaram diretamente o processo político em saúde no período 2006 a 2016 foi o parlamento. A relação do CONASS com os atores do parlamento, particularmente, aqueles que estiveram na liderança da Frente Parlamentar da Saúde será tratada a seguir.

### 6.3.3. O CONASS e a Frente Parlamentar da Saúde

As frentes parlamentares são associações suprapartidárias, constituídas por iniciativa de membros do Legislativo que, independentemente de partido político, formam agrupamentos para atuar de forma unificada em função de interesses comuns. Com base no art. 15, incisos I e VII do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a Mesa Diretora regulamentou o registro de frentes parlamentares perante a Mesa da Câmara dos Deputados por meio do Ato da Mesa 69/2005, que prevê, para o registro, a composição por, pelo menos, 1/3 dos integrantes do Poder Legislativo Federal. (BRASIL, 2005)

De modo geral, as frentes parlamentares são espaços de articulação que agregam interesses pessoais ou de classe que podem ou não ser incorporados nos programas partidários, justamente por serem constituídas por parlamentares de partidos e visões ideológicas distintas e, nesse sentido, atuam como grupo de pressão no interior do Parlamento. (OLIVEIRA, 2012) Na leitura de alguns autores (CASCIONE, 2018), as frentes parlamentares comportam-se como um lobby interno na medida em que estão ligados aos grupos de interesse que circulam no Congresso Nacional.

A Frente Parlamentar da Saúde (FPS) foi fundada em 10 de março de 1993 pelo Deputado Chafic Farhat (PPR), idealizador e primeiro coordenador deste movimento, cuja atuação não se restringe ao âmbito do Congresso Nacional, mas também em outras unidades da Federação. Após um período paralisada, ela foi reinstalada em 2003, tendo o Deputado Rafael Guerra (PSDB/MG) como seu primeiro presidente, sendo reformulada a cada nova legislatura.

Em 2015, o Deputado Osmar Terra, que foi presidente do CONASS no período 2007 a 2009, assumiu a direção da FPS, defendendo como pauta central o aumento de recursos para a saúde.

Durante o período do estudo, o CONASS acionou a FPS em diversos momentos<sup>82</sup> em que foi necessária a articulação com o parlamento, principalmente para as questões do financiamento e orçamento da saúde.

"Do ponto de vista político, a parceria mais comum tem sido com a Frente Parlamentar da Saúde, sempre teve um posicionamento (...) por vários anos o CONASS levou ao poder legislativo, demandas de revisão do orçamento durante o processo de discussão orçamentária do ano seguinte, e nós tivemos nesse período várias pessoas na FPS que foram parceiros desse processo, inclusive pessoas que passaram aqui pelo CONASS até como presidente, pelo menos dois que eu me lembro de cabeça são deputados federais hoje e foram presidentes do CONASS, como é caso do presidente Osmar Terra, que já era deputado federal antes de ser presidente do CONASS e secretário de estado do Rio Grande do Sul, e o Marcus Pestana, que foi secretário de estado de Minas Gerais, e na época foi presidente do CONASS, e depois se elegeu deputado, outros deputados que fazem parte da FPS e que foram secretários estaduais e portanto, compuseram o CONASS."(E1)

O fato de muitos secretários de saúde terem sido parlamentares, antes ou após sua passagem pelo CONASS, e integrarem a FPS é identificado por alguns dos entrevistados como um elemento facilitador desta relação, na medida em que possibilitaram que as questões trabalhadas pelo conselho pudessem de alguma forma ter algum tipo de ressonância no Congresso Nacional.

"A frente parlamentar sempre foi uma boa relação pois temos ex-secretários, muitos ex-secretários na frente parlamentar, nós tivemos presidente na frente, então é muito boa." (E5)

"Nós tivemos muitos parlamentares que passaram pelo Conass, eu me lembro do (Marcus) Pestana de Minas foi presidente, o Osmar Terra do Rio Grande do Sul foi parlamentar, depois ministro, o Eduardo (Pacelli), era do Sergipe e também foi uma presença importante, e assim foram outras (...) então essas pessoas no parlamento elas depois de terem passado pela experiência de serem gestores estaduais, eu acho que elas compreenderam melhor quais eram os desafios, quais eram as preocupações, quais eram as bandeiras definidas pelo Conass, e ajudaram que essas preocupações pudessem também ter ressonância no parlamento. Algumas coisas progrediram e tivemos algumas vitórias nas discussões no parlamento, mas infelizmente o nosso parlamento ele é sujeito a muitas influências externas, infelizmente não tão benéficas."(E4)

---

<sup>82</sup> Regulamentação da EC 29/2000; Mobilização a favor da aprovação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PL 321/2013) - Movimento Saúde +10; Oposição a Proposta de Emenda a Constituição 22A/2013, que tornava obrigatória a execução de emendas parlamentares no Orçamento da União, a chamada Emenda Impositiva; Retomada da Saúde +10 por meio da PEC 1A-2015; dentre outros. <http://www.conass.org.br/index.php>

Obviamente, existe uma limitação na capacidade da FPS em mobilizar o conjunto do parlamento em torno da defesa do SUS, e uma delas diz respeito ao fato de que embora o registro formal da FPS indique cerca de 200 deputados, apenas 28 tiveram atuação efetiva na 55a. Legislatura. (CASCIONE, 2018) Agrega-se ainda o fato de que as frentes parlamentares não são mais fortes do que os partidos, na medida em que não determinam voto em plenário, não exigem fidelidade, sequer dispõem de recursos financeiros próprios. (CASCIONE, 2018) Um dos exemplos mais emblemáticos dessa limitação foi a rejeição do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PL 321/2013), citado por um dos entrevistados.

“A relação com o parlamento eu acho que as grandes questões nossas nós não conseguimos fazer, ai eu falo do grande trabalho que nós fizemos, todos, que foi a luta de colher as assinaturas necessárias para os 10% das receitas brutas do orçamento federal para a saúde, recolhemos quase 3 milhões de assinaturas num trabalho que envolveu CNBB, OAB, várias entidades nacionais, CNS, CONASS, e a gente não viu isso prosperar, nosso parlamento na média dele não é um parlamento que criou condições políticas para que (pausa) (...) o parlamento está sempre muito susceptível à média da postura ideológica dos seus representantes.” (E7)

Outro espaço de articulação do CONASS com o parlamento tem sido a Comissão de Seguridade Social e Saúde, que o convidou em diversas ocasiões como um expertise para opinar sobre alguns temas, conforme registrado por um dos entrevistados.

“(…) a Comissão de Seguridade Social e Saúde tem convidado o CONASS para discutir, eles querem saber nossa posição em determinados assuntos que são polêmicos e causam espécie no Congresso, enfim, na medida em que ele tem credibilidade e respeito, da própria mídia nós somos procurados aqui para falar de qualquer coisa que acontece em termos de saúde, uma das primeiras instituições a ser procurada é o CONASS para opinar, saber sua posição, então isso por outro lado gera uma responsabilidade grande pois uma posição intempestiva ou mau elaborada do CONASS pode levar a uma repercussão negativa mas não é isso que acontece.” (E11)

De modo geral, a bancada da saúde no parlamento é composto por representantes de diferentes grupos: aqueles que defendem a saúde pública, estatal e gratuita; os que advogam os interesses das santas casas e hospitais filantrópicos; e por fim, os parlamentares ligados aos interesses da saúde privada. (STEVANIM, 2015) Logo, é possível identificar neste espaço os

diferentes projetos em disputa<sup>83</sup> (PAIM, 2008) na sociedade brasileira e suas repercussões para o SUS.

No período do estudo, a ação do parlamento fortaleceu o projeto mercantilista de privatização da saúde, defendido principalmente pelo setor privado na área da saúde e com influência cada vez maior nas três esferas da gestão do SUS, conforme as evidências apresentadas ao longo deste capítulo. Os parlamentares defensores do projeto da RSB parecem estar isolados no Congresso, haja vista as sucessivas derrotas sofridas pelo “SUS constitucional”. Um dos entrevistados apontou a necessidade do CONASS realizar um trabalho mais sistemático junto a este segundo grupo, e a perspectiva de ação no parlamento estadual.

“Bem há um sentimento de que nós precisamos aprofundar a nossa relação com o parlamento. Ela é boa, tem vários secretários egressos dos parlamentos estaduais, do congresso nacional, ao contrário também, secretários de estado de saúde que foram eleitos parlamentares então há uma interação sim com o congresso mas talvez falte um trabalho mais sistemático de acompanhamento de todos os projetos de lei em discussão, classificados de acordo com o interesse ou não do CONASS e uma ação para esclarecimento dos parlamentares, para mostrar a posição do CONASS para a saúde nos estados, enfim, talvez essa seja um próximo passo que o CONASS precise dar.” (E11)

Os resultados apresentados neste capítulo contemplaram a caracterização do CONASS, destacando alguns elementos da sua história, do seu funcionamento e organização, bem como de sua ação política ao longo de diversas conjunturas (período 2006-2016), e por último, da sua articulação com outros atores políticos na condução do SUS. No capítulo seguinte, acionaremos o referencial teórico que embasa esta tese, procurando ressignificar a narrativa presente nesses resultados, e assim concretizar a análise política do CONASS pretendida por esta investigação.

---

<sup>83</sup> Paim (2008) identifica três projetos em disputa na sociedade brasileira: o projeto ‘mercantilista’, que assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos, com base no valor ‘utilidade’, reunindo interesses de empresas médicas, seguradoras e operadoras de ‘planos de saúde’, indústrias de medicamentos e de equipamentos, parte de entidades médicas e de profissionais da saúde, além da mídia e de empresas de publicidade; o projeto ‘revisonista’ (ou racionalizador) formulado por segmentos que anteriormente defendiam a RSB e o SUS, mas que, diante dos seus dilemas, preferem flexibilizar seus princípios e diretrizes para ajustá-los aos imperativos da ordem econômica e aos interesses do Estado e da política das classes hegemônicas; o projeto da RSB, que defende a saúde como direito de cidadania e dever do Estado em um Sistema Único de Saúde universal, público, de qualidade e efetivo.

## 7. DISCUSSÃO

Optamos pela discussão, neste capítulo, de três questões que julgamos fundamentais nesta tese, as quais estão ancoradas no referencial teórico apresentado anteriormente. A primeira diz respeito ao processo de constituição do CONASS como um ator político (TESTA, 2005), representativo da heterogeneidade dos secretários estaduais de saúde, cujo *modus operandi* privilegia o debate e a construção do consenso e cuja participação, no processo decisório com relação à gestão do SUS, pode ser interpretada à luz da teoria do jogo social. (MATUS, 2005)

A segunda diz respeito à contribuição do CONASS no processo de condução do SUS, nas diferentes conjunturas demarcadas pelos Governos Lula e Dilma (2006-2016), a partir dos temas incluídos em sua agenda, especialmente o Financiamento e a Gestão do SUS, o modelo de atenção e a articulação público e privada no âmbito do sistema, tratando-se de analisar suas propostas e seu posicionamento no debate político em torno desses temas. Nessa perspectiva, é importante levar em conta que o debate político em saúde envolve um conjunto de atores governamentais, representados na CIT e na CIB, mas também atores não governamentais que influenciam a tomada de decisões sendo pertinente utilizar a abordagem da “governança em rede” para compreender a dinâmica do processo de formulação, gestão e execução das políticas de saúde, de modo a situar a ação e o posicionamento do CONASS nas negociações e disputas que configuram os processos “governativos” no âmbito do SUS.

A terceira questão diz respeito ao significado da participação e ação política do CONASS no pacto federativo brasileiro. O SUS “constitucional”, isto é, a configuração institucional do sistema que se pode inferir do arcabouço jurídico-político plasmado na CF e nas Leis 8080 e 8142 aponta em direção a um sistema descentralizado e hierarquizado, com autonomia relativa de gestão em cada esfera de governo, a qual foi sendo construída, paulatinamente, com a implementação de normas, portarias e decretos que definem, com avanços e recuos, o grau de descentralização de recursos e de poder entre as instâncias de governo.

A experiência acumulada pelo CONASS, como vimos na descrição da sua trajetória histórica, tem tido um significado relevante em termos do “pacto federativo” por ter atuado para manter uma certa estabilidade em face às flutuações de conjuntura com relação a condução da política de saúde no âmbito institucional nos distintos governos ao longo dos 30 anos de SUS. Considerando, especificamente, o período coberto por este estudo, cabe discutir em que

medida o CONASS contribuiu para o fortalecimento do pacto federativo na Saúde, conforme estabelecido na Constituição de 1988 ou se sua atuação evidência os limites desse pacto, considerando que a autonomia política dos Estados não se faz acompanhar da contrapartida financeira, face à permanência da centralização do sistema tributário e dos mecanismos de financiamento do SUS.

### **7.1. O CONASS: a constituição de um ator político**

“O maior desafio do SUS é político. Desse modo, para além das ações que podem ser realizadas no interior da sociedade civil, há que se reconhecer a necessidade de atuação na sociedade política, ou seja, no Estado e nos seus aparelhos e instituições”. (PAIM, 2018)

O primeiro aspecto que merece ser destacado nesta discussão é o longo processo de constituição do CONASS como um ator político importante no cenário nacional da Política de saúde. Sua trajetória serve de ilustração ao que Testa (2005) apresenta como sendo os níveis e organização dos sujeitos em atores políticos, onde um grupo de indivíduos que se reúne com base em interesses comuns, em algum momento de sua existência informal, decide reger-se por um conjunto de normas que o institucionaliza, transformando-se, portanto, em uma organização com um propósito comum. A origem do CONASS atesta esse movimento pois ele é fruto da decisão de um conjunto de secretários de estado da saúde que resolvem formar uma organização capaz de representá-los politicamente junto ao Ministério da Saúde. O seu caráter coletivo foi moldado desde o início pois 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.*" (SANTOS, 2006)

Como evidenciado pelos resultados desta pesquisa, o CONASS evoluiu da função de representação política dos secretários de saúde no processo de condução do SUS ao nível nacional, assumindo, paulatinamente, uma importância estratégica na formulação e implementação das políticas de saúde, no âmbito dos estados e em alguns municípios, desempenhando um papel relevante de apoio e cooperação técnica às SES. Para isso, foi necessária a conquista da independência financeira, obtida a partir de 2006, o que possibilitou o investimento em sede própria e a formação de um quadro técnico e administrativo qualificado e permanente. Em sua direção técnica, este Conselho contou com profissionais comprometidos com a construção de um SUS universal, integral e de qualidade, com grande capacidade de gestão, que projetaram uma visão de futuro da entidade pautada na excelência e na capacidade

de inovação nas políticas públicas (CONASS, 2018), e souberam construir alianças com outros atores do sistema em prol dos seus objetivos.

Durante o curso desta investigação ficou evidente o papel relevante da secretaria executiva para a condução do CONASS. O secretário executivo é responsável pela condução político-técnica da entidade, assumindo inclusive algumas funções representativas do presidente, portanto, sua nomeação parece ser mais importante do que a própria eleição da diretoria. No período em estudo, esta função foi ocupada por dois profissionais com grande habilidade política e técnica-administrativa. Obviamente, cabe apenas à diretoria a representação do CONASS na CIT e nos conselhos consultivos das agências reguladoras do SUS (ANS e ANVISA), mas a gestão do CONASS está sob a responsabilidade da secretaria executiva, que conta em sua estrutura com as coordenadorias técnicas e de desenvolvimento institucional, ocupadas por profissionais com grande experiência e capacidade de gestão, além das assessorias jurídicas e de comunicação social.

A institucionalização do CONASS, por meio da Lei n.12.466/2011, evidencia a ocorrência de uma acumulação de forças que derivou da sua capacidade organizativa (interna) de agregação de inteligências (assessores e consultores), a ponto de ir definindo um projeto próprio na disputa pela ampliação da governabilidade no processo de condução do SUS. Desta forma, o CONASS constituiu-se em um núcleo de racionalidade técnico-administrativa (TESTA, 1995) expressa pela capacidade e qualidade técnica de seus quadros no sentido de formular políticas voltadas ao avanço da regionalização, da reorganização dos serviços de saúde na perspectiva da construção de redes e da gestão interfederativa do SUS.

Outro determinante desta acumulação de forças parece ser o próprio *modus operandi* do CONASS, ou seja, o método de trabalho adotado, que privilegia o respeito pelas diferenças e a opção pela negociação como base para a construção do consenso, considerado de "*vital importância para atuação técnica e política do CONASS*" (ALECRIM, 2015b). Sua direção política é formada por 27 secretários de estados diferentes, de regiões diferentes e partidos políticos diferentes, o que nos permite supor que, em função da vinculação destes secretários estaduais a distintos projetos de desenvolvimento econômico e social, que repercutem nos projetos em disputa no âmbito da Saúde, representem visões distintas acerca da imagem-objetivo do SUS e, portanto, apresentem diferentes propostas e estratégias a serem implementadas com relação ao processo de consolidação desse sistema.

Dito de outro modo, é possível pensar que os secretários estaduais de saúde que compõem a base política do CONASS tenham agendas distintas, em termos dos temas a serem priorizados no debate político em torno da condução do SUS, bem como propostas diferentes



com relação aos temas principais, verdadeiros “nós críticos” desse processo, quais sejam, o financiamento e a gestão do sistema, as estratégias de mudança ou conservação do modelo de atenção, as relações público-privado, e outras questões relativas à organização e configuração institucional do SUS apontadas neste trabalho. Além disso, eles podem ter concepções e propostas distintas com relação ao encaminhamento de políticas específicas, voltadas a grupos populacionais priorizados, a exemplo da política de saúde da mulher, da política de saúde mental, da política de saúde da população negra, da política de saúde da população indígena, da população LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis e Intersexuais), e outras que constituíram, nos últimos anos, especialmente no período estudado, objeto de controvérsias e polêmicas entre os diversos atores políticos que participam da condução do SUS.

Diante desta diversidade, o CONASS constituiu-se em um espaço suprapartidário, embora não seja apartidário, pois afinal os secretários estaduais representam diferentes matizes políticas, sendo nomeados pelos governadores de seus estados. Nas palavras de um dos seus fundadores, o "*CONASS cresceu de muita discussão, de muita divergência e de muito respeito a essas diferenças. A explicitação das divergências para a construção de um consenso fora de um pensamento único e o respeito à posição política de cada um faz do CONASS uma instituição plural.*" (CONASS, 2017) Esta pluralidade é uma das condições básicas para a ação e o discurso (ARENDDT, 2007) do CONASS na medida em que apresenta-se diversamente rica, no tocante ao que pode trazer e possibilitar.

As câmaras técnicas, os seminários e as assembleias são alguns dos espaços utilizados pelo CONASS para a construção do consenso em torno das propostas que apresenta e defende na CIT e no CNS. As câmaras técnicas do CONASS são conduzidas pelo conjunto de seus assessores e contam com a participação dos técnicos de referencia indicados pelas SES, e são importantes pois nelas são debatidas as diversas propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde bem como é delineado o projeto político definido pelo CONASS. Os resultados das CT são apreciados nas assembleias do CONASS, ocasião em que os gestores estaduais de saúde tem a oportunidade de defender suas posições em torno dos temas debatidos, e a diretoria assume o consenso final deste colegiado como a posição a ser defendida pelo CONASS. Os seminários de construção de consenso são organizados com o objetivo de ampliar o espaço para discussão de temas controversos ou estratégicos, quando são acionados outros atores institucionais capazes de contribuir para o amadurecimento da posição do CONASS.

Essa forma de atuar e a existência de um corpo de direção e técnico permanente possibilitaram ainda a construção de uma certa hegemonia na relação do CONASS com suas

bases (SES), na medida em que manteve uma continuidade na defesa da entidade em relação aos princípios e diretrizes do SUS, e um projeto político de saúde que, apesar das dificuldades, veio sendo construído ao longo dos últimos 30 anos (PAIM, 2018). É importante registrar que o CONASS conseguiu construir propostas a partir de experiência enraizada no Brasil, se contrapondo inclusive a determinados "pacotes ideológicos" oriundos de organizações internacionais como a OMS e a OPAS.

Um dos exemplos mais recentes foi o debate que ocorreu em torno da proposta de cobertura universal de saúde (GIOVANELLA et al, 2018), defendida pela OMS e OPAS, indicando o alinhamento dessas organizações com as recomendações do Banco Mundial, tendo sido rejeitada pelo CONASS e considerada "*uma subserviência vergonhosa da OMS, e da própria OPAS*" (E4) aos interesses do capital financeiro. Desta forma, a posição do CONASS permaneceu em defesa da universalidade, em consonância com o previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Em síntese, ao longo dos anos o CONASS constituiu-se em um ator político relevante, na medida em que atua ao interior da sociedade política (Estado), afinal é formado por gestores estaduais, e portanto, foi capaz de produzir fatos importantes, em decorrência das suas acumulações, oriundas da sua capacidade institucional mas também daquelas resultantes de sua prática política. Neste processo, sua institucionalidade lhe garantiu uma independência política que o torna imprescindível na defesa do SUS. Cabe, no entanto, entender como se deu sua ação no jogo político em saúde e sua relação com o conjunto de outros atores envolvidos no processo de governança do SUS.

## **7.2. A atuação do CONASS no conjunto da governança do SUS**

O modelo de governança proposto pelo SUS pressupõe a governança em rede na medida em que o debate político em saúde envolve um conjunto de atores governamentais, representados na CIT e na CIB, mas também atores não governamentais que influenciam a tomada de decisões, por meio das instâncias de controle social (conselhos e conferências de saúde). Esses atores tem interesses diversos e, muitas vezes, conflitivos. A análise da atuação do CONASS no conjunto da governança auxilia na compreensão da dinâmica do processo de formulação, gestão e execução das políticas de saúde, de modo a situar a ação e o posicionamento do CONASS nos "arranjos decisórios" (MIRANDA, 2003) no âmbito do SUS.

Ademais, cabe retomar a análise da ação do CONASS enquanto "jogador" no jogo político que se configurou no âmbito do SUS ao longo de diversas conjunturas, especialmente

no período em estudo (2006-2016), no qual, é possível identificar, com base nos resultados, a existência de três momentos distintos em função das mudanças no cenário político mais geral e na composição dos jogadores, isto é, dos atores em cena nos debates em torno da Política de Saúde, quais sejam: a) Governos Lula I e II; b) Governo Dilma I; e c) Governo Dilma II interrompido pelo golpe jurídico-parlamentar e midiático de 2016. (TEIXEIRA & PAIM, 2018)

O **primeiro momento** (2006 a 2010) corresponde ao final do governo Lula I e governo Lula II, quando parece ter existido uma maior sinergia entre os projetos defendidos pelo CONASS e as políticas executadas pelo Ministério da Saúde. Este momento contou com a direção dos ministros José Saraiva Felipe (ago/2005-fev/2006), José Agenor Alvares da Silva (fev/2006-mar/2007) e José Gomes Temporão (mar/2007-dez/2010)<sup>84</sup>, todos eles com trajetória de atuação no SUS e reconhecidos pela direção do CONASS como lideranças importantes e que procuraram dar uma direcionalidade ao processo de implementação do SUS com aproximações importantes ao projeto da RSB. A análise das atas das assembleias do CONASS possibilitou a reconstituição dos debates em torno das mudanças operadas na gestão federativa do SUS, após a aprovação do Pacto pela Saúde (2006), bem como a identificação das posições defendidas pelo CONASS em relação ao financiamento do SUS, a gestão, o modelo de atenção e a articulação público-privada na saúde.

Este período foi marcado por grande capacidade de formulação do Ministério da Saúde (Apêndice K), sendo publicado o Plano Nacional de Saúde 2004-2007 (BRASIL, 2005b), o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006a), a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006c), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), o Plano Mais Saúde 2008-2011 (BRASIL, 2008) e a Portaria de Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2010), além da implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2007b) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009c), que expressam o diálogo e a interlocução com os movimentos organizados da sociedade civil, intensificados na gestão de Lula.

É importante registrar que a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde<sup>85</sup> (CNDSS), nomeada pelo presidente da República, em 2006, apontava para a

---

<sup>84</sup> A mudança de ministros foi resultado das negociações políticas em torno dos cargos para garantir ao governo as bases de apoio parlamentar.

<sup>85</sup> A criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde foi uma resposta ao movimento global em torno dos Determinantes Sociais da Saúde desencadeado pela OMS, que em março de 2005 criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas. (BUSS & FILHO, 2007)

incorporação do conceito ampliado de saúde e a possibilidade do desenho de intervenções voltadas ao enfrentamento desses determinantes. O decreto presidencial que criou a CNDSS constituiu também um Grupo de Trabalho Intersetorial, integrado por representantes de diversos ministérios relacionados com os determinantes sociais da saúde, além do CONASS e do CONASEMS. Como consta no relatório final da CNDSS, a iniciativa do Brasil de integrar-se ao movimento global da OMS em torno dos DSS se devia à própria dinâmica da saúde coletiva brasileira, e revelou-se uma boa oportunidade de retomar a discussão, relativamente abandonada nos anos 1980, sobre a determinação social da saúde. (GONZALEZ, 2015) As recomendações contidas neste relatório possibilitaram alguns desdobramentos importantes<sup>86</sup>, que visavam subsidiar programas e políticas sociais e promover o debate com a sociedade em torno dos DSS. Não obstante, a não criação de mecanismos políticos que viabilizassem ações intersetoriais, comprometeu o enfrentamento das iniquidades em saúde, constituindo-se como um desafio político não enfrentado pelo governo. (GONZALEZ, 2015)

Apesar desses limites, a direção impressa pelo governo Lula II e a estabilidade do ministro Temporão à frente do MS possibilitaram a realização de inovações incrementais nas políticas de saúde desenvolvidas desde o primeiro mandato do presidente Lula, a exemplo da expansão da Estratégia de Saúde da Família (PINTO E GIOVANELLA, 2018), a implementação da Política de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), a implantação do SAMU (BRASIL, 2003b), do Programa Farmácia Popular (BERMUDEZ *et al*, 2018; ALENCAR, 2017), e a adoção de iniciativas relacionadas ao complexo industrial de saúde (MACHADO, LIMA & BAPTISTA, 2017), com vistas ao fortalecimento da produção nacional de insumos estratégicos para o SUS. Cabe registrar, também, o licenciamento compulsório de um medicamento para tratamento da AIDS (TEIXEIRA *et al*, 2018; NOGUEIRA, 2013) e a discussão do aborto como problema de saúde pública, temas que ocuparam a agenda do Ministério da Saúde nesse período. (TEMPORÃO, 2018)

O conjunto de evidências apresentadas nesse trabalho indica ter havido o fortalecimento da governança (do SUS) em rede na medida em que o CONASS atuou em consonância com o Ministério da Saúde e o CONASEMS, permitindo que as decisões fluíssem sem muitas dificuldades, induzindo a implementação de ações nos níveis supranacionais do Sistema, e desta

---

<sup>86</sup> A composição da CNDSS foi de extrema importância para se ampliar o debate e a consciência sobre o tema no Brasil, sendo apontado como principal desdobramento das recomendações à participação social e produção de evidências, a criação do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS), do Observatório sobre Iniquidades em Saúde e do Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde, que permitiu atingir o objetivo com relação à produção de conhecimentos em torno do tema, bem como à sua difusão. No plano internacional, a CNDSS foi fundamental para que a I Conferência Mundial sobre DSS, fosse realizada em 2011 no Brasil. (GONZALEZ, 2015)

forma, imprimindo uma direcionalidade ao processo de implementação do SUS coerente com seus princípios e diretrizes. Este período demarca a consolidação do CONASS como um importante ator político no cenário nacional, cabendo aqui o registro de algumas ações produzidas por este Conselho, que indicam sua posição política no âmbito do processo decisório em saúde e das decisões adotadas pela CIT, podendo ser interpretadas, à luz do nosso referencial teórico, como “jogadas”, isto é, lances assumidos pelo CONASS no “jogo político” que se desenrolou no âmbito da gestão federal do SUS, quais sejam:

- promoção do seminário “Para entender o Pacto pela Saúde 2006” (CONASS, 2006a), realizado de 31 de maio a 01 de junho em Brasília/DF, com a participação dos gestores estaduais e das equipes das Secretarias Estaduais de Saúde, cuja finalidade foi aprofundar o debate e consolidar o apoio dos gestores estaduais ao processo de implantação do Pacto nos estados e municípios do país;
- realização do Fórum “Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil”<sup>87</sup> (CONASS, 2006d) nos dias 13 e 14 de março de 2006 no Forte de Copacabana, Rio de Janeiro, em parceria com o Jornal O Globo, com a participação de representantes de partidos políticos, ex-Ministros da Saúde, autoridades do Poder Executivo, representante do Ministério Público, representantes do conjunto de gestores das três esferas do governo, entidades representativas de gestores do SUS (CONASS e CONASEMS), docentes e pesquisadores de organizações acadêmicas, representantes de Organizações não Governamentais (ONGs), profissionais de saúde, representantes do Terceiro Setor e analistas oriundos de Instituições de Ensino e de Serviços. Paralelamente ao Fórum, foi realizada a Feira “O SUS que dá certo”, quando foram apresentadas experiências êxitosas no âmbito do SUS.
- publicação do documento “SUS: avanços e desafios” (CONASS, 2006e), que trouxe um registro dos “grandes avanços do SUS nos últimos anos, e apresentou propostas

---

<sup>87</sup> A primeira mesa redonda reuniu representantes dos maiores partidos políticos do país (PMDB, PT, PSDB e PFL) para falar sobre o futuro da saúde no Brasil. O painel “Uma Visão de Futuro para o Brasil” teve a participação dos ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e Humberto Costa, e do presidente do Conasems, Sílvio Fernandes da Silva. O Pacto Federativo foi discutido, no segundo dia, na mesa redonda com autoridades das três esferas do governo: Marcelo Déda, prefeito de Aracaju, Marcus Vinícius Pestana da Silva, presidente do CONASS, representando o Governador de São Paulo, Geraldo Alekmin, e os secretários estaduais de saúde, e a Ministra-chefe da Casa Civil da Presidência da República, Dilma Rousseff. O tema “Democracia e Controle Social” foi desenvolvido pela coordenadora nacional da Pastoral da Criança, Zilda Arns, pelo presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito e pela subprocuradora-geral da República, Ela Wiecko Volkmer de Castilho. A mesa redonda de encerramento discutiu o tema “A Reforma na Reforma Sanitária” e contou com a participação do professor da UNICAMP, Gastão Wagner Campos, do consultor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Eugênio Vilaça Mendes, e do presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Marchiori Buss. (CONASS, 2006d)

- para o enfrentamento dos desafios que impedem a consolidação do sistema público de qualidade a toda a população brasileira: compromisso com os princípios constitucionais do SUS e o reconhecimento do SUS como política de Estado, mais de que de governos; apoio ao movimento de repolitização da Saúde por meio do Pacto em Defesa do SUS; definição de prioridades e gestão pública por resultados sanitários e implementação do Pacto de Gestão, como um novo pacto federativo sanitário estruturado sob a égide da unidade doutrinária e da diversidade operacional; necessidade de aumentar os gastos públicos em Saúde no Brasil; aumento da eficiência da gestão do SUS por meio da organização das redes de atenção à saúde; regulamentação da Emenda Constitucional n. 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; redução das desigualdades regionais; novo pacto federativo e reforma tributária." (CONASS, 2006e)
- elaboração das teses do CONASS para a 13a. Conferência Nacional de Saúde (CONASS, 2007c), contemplando os temas da Assistência Farmacêutica, Atenção Primária em Saúde, Ciência e Tecnologia, Comunicação Social, Controle Social, Financiamento do SUS, Gestão do Trabalho, Informação e Informática, Modelo de Atenção à Saúde do SUS, Pacto pela Saúde, Promoção da Saúde e Vigilância em Saúde. Merece destaque algumas propostas como: "apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde na elaboração de projetos locais e regionais de comunicação que promovam a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos, visando a implantação do Pacto em Defesa do SUS; apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; regulamentação, por meio de Lei Complementar, da Emenda Constitucional no. 29; criação e implantação da carreira do Sistema Único de Saúde; reverter o modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção, da atenção básica à média e à alta complexidade, substituindo-o pela organização em redes de atenção à saúde" entre outras. (CONASS, 2007c)
  - publicação de nota conjunta com CONASEMS, ABRASCO, Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), CEBES, CNS, Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e Câmara Técnica do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (CT SIOPS) em “Defesa da Saúde da População Brasileira” (CONASS, ), onde reafirmava a luta por um financiamento adequado e pressionava o Congresso Nacional pela votação imediata no Congresso Nacional da regulamentação da EC-29. Merece

destaque toda a mobilização realizada junto à Presidência da república e Câmara de Deputados pela aprovação da EC 29/2000.

- apoio à proposta das Fundações Estatais, conforme relatado no capítulo dos resultados;
- promoção do seminário sobre Modelo de Atenção a Saúde no SUS, enfatizando a importância da atenção primária a saúde como coordenadora e ordenadora das redes de atenção a saúde.

O **segundo momento** (2011 a 2014) equivale ao governo Dilma I e contou com a liderança do ministro Alexandre Padilha (jan/2011-fev/2014) no Ministério da Saúde, que tinha ocupado a função no governo de chefe da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República antes desta nomeação. Logo nos primeiros meses de sua gestão, o ministro Padilha pactuou com o CONASS e o CONASEMS, no âmbito da CIT, uma agenda de trabalho composta de 14 pontos<sup>88</sup> que deveriam ser retomados em 2011, e cujo objetivo era fortalecer o

---

<sup>88</sup> "Na reunião da CIT, Ministério, CONASS e CONASEMS pactuaram uma agenda de trabalho composta de 14 pontos que devem ser retomados 2011: 1. Pactuar a revisão da Portaria GM/MS nº 699/06, que define os instrumentos do Pacto pela Saúde – Termo de Compromisso de Gestão e Anexos – de modo a refletir o compromisso do gestor com prioridades, objetivos metas e resultados, tendo em vista o diagnóstico e produção realizados no Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT. 2. Revisar a Portaria GM/MS nº 204/07, com as seguintes ações: unificar o Bloco de Gestão; implantar o Índice de Valorização da Gestão; e incorporar as mudanças ocorridas nos blocos de vigilância em saúde e assistência farmacêutica. 3. Avançar no processo de descentralização das ações e serviços, com foco na retomada da descentralização de processos para as CIBs. 4. Harmonizar a atuação tripartite na organização do sistema de planejamento do SUS e fortalecer a cooperação técnica com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com vistas ao aprimoramento do processo de planejamento e a gestão descentralizada do SUS. 5. Fortalecer o processo de Regionalização, com as seguintes ações: instrumentalizar os Colegiados de Gestão Regional (CGR) para que assumam seu papel de espaço de definição de prioridades e de pactuações de soluções para a organização de rede de atenção à saúde; definir orientações sobre regiões fronteiriças e interestaduais; e publicar consenso tripartite quanto aos aspectos organizacionais, conceituais e de estratégias para a implantação da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase no modelo de atenção e no papel ordenador da atenção primária à saúde. 6. Estabelecer processo de avaliação tripartite das prioridades do Pacto pela Saúde, com as seguintes ações: implantar sistema de monitoramento das metas pactuadas, com a disponibilização de ferramenta que possibilite apurar e consolidar os indicadores pactuados; incluir na pauta da CIT, de forma sistemática, a avaliação das prioridades do Pacto e das funções gestoras explicitadas nos eixos do Pacto de Gestão e estimular estados e municípios a fazerem o mesmo nas CIBs, priorizando os temas: Programação da Atenção à Saúde; Regulação, Controle e Avaliação; Auditoria no SUS; e Fortalecimento da Atenção Básica. 7. Intensificar as ações de mobilização social em Defesa do Direito à Saúde e do SUS e atuar politicamente para a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. 8. Debater e propor soluções para a questão dos recursos humanos no SUS. 9. Implementar a agenda tripartite para a Política Nacional de Atenção às Urgências, com foco nos aspectos: atualizar os valores de financiamento dos componentes da política; manter e repor a frota e equipamentos do SAMU e da Central de Regulação; desenvolver educação permanente das equipes no âmbito da atenção às urgências; promover abordagem integral da Política Nacional de Atenção às Urgências e seus componentes, em articulação e integração com as unidades de atenção primária à saúde; e garantir o financiamento de custeio das unidades de pronto atendimento (UPAs) já existentes e que atendam os requisitos previstos na Política Nacional de Atenção às Urgências. 10. Orçamento 2011 da União e dos estados. 11. Fortalecer o desenvolvimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa, inclusive o repasse fundo a fundo de recursos a estados e municípios. 12. Implementar agenda tripartite para a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, tendo em vista a criação da Secretaria de saúde Indígena – SESA/MS, a reestruturação dos DSEIs e a transferência das ações de Atenção à saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA

processo de governança em rede do SUS. Não obstante, os resultados indicam que apesar desta intenção inicial, o que ocorreu foi uma maior concentração do poder decisório no Ministério da Saúde e o processo de formulação do Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011), conforme exposto nos resultados, refletiu uma certa mudança na gestão interfederativa do SUS com modificação dos "arranjos decisórios" (MIRANDA, 2003) na CIT. Desta forma, a rede começou a ser "puxada" de um lado para o outro, ameaçando romper algumas de suas malhas (relações).

Entre os fatos produzidos no período (Apêndice K) merecem atenção a publicação da Lei 12.401 de 28/04/2011, que alterou a Lei 8080 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS; da Lei n. 12.550 de 15/12/2011 (BRASIL, 2011i), que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), destinada a administrar os recursos financeiros e humanos dos hospitais universitários; da Política Nacional de Atenção às Urgências (Portarias 1600; 1601; 2026), e instituição posterior da atenção domiciliar no SUS (Portaria 2.029/2011); e a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.488), analisada anteriormente no capítulo dos resultados. Um fato que merece destaque foi a publicação da Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a), que acrescentou os artigos 14-A e 14-B Lei 8.080/1990 dispondo sobre as Comissões Intergestoras, o CONASS, o CONASEMS e o COSEMS, cabendo, no entanto, registrar que ela é fruto de um longo processo iniciado no momento anterior<sup>89</sup> e resultado da capacidade de construção de alianças do CONASS e do CONASEMS.

A análise das atas das assembleias do CONASS deste período permite-nos afirmar que houve um tensionamento na relação entre MS e o CONASS<sub>2</sub> ou, utilizando nosso referencial teórico, entre o modelo de autoridade inclusiva do nosso federalismo, com forte enraizamento no Governo Federal, e o modelo de autoridade interdependente proposto pelo SUS, que conta com três atores institucionais. Parte deste conflito decorreu, inclusive, de alguns fatos produzidos neste momento no âmbito do governo federal, quais sejam: a regulamentação da EC 29 por meio da Lei Complementar n.141 de 13 de janeiro de 2012, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde; rejeição da Emenda Popular Saúde +10 pelo próprio governo; a abertura ao capital estrangeiro na saúde (MP nº 656 de 2014); e a proposta de Planos

---

para o MS. 13. Debater as alternativas de gerência das unidades públicas de saúde. 14. Implementar o espaço de discussão política na CIT, utilizando o bloco das apresentações e discussões para a pauta estratégica do SUS, a partir de demanda tripartite." (CONASS, 2011b)

<sup>89</sup> "O Projeto de Lei que institucionalizou o CONASS e o CONASEMS surgiu em 2007, a partir de um acordo feito entre ambos os Conselhos que elaboraram o texto e o apresentaram ao então presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia. Apesar do apoio de vários parlamentares, a tramitação do Projeto de Lei foi mais demorada do que se imaginava, tendo em vista o desconhecimento de alguns setores sobre o funcionamento tripartite do SUS, desde o início da sua implantação em 1990." (CONASS, 2012)



de saúde privados para todos os empregados (PEC 451/2014). Ao rejeitar o Saúde +10, o governo federal assumia a falta de centralidade da Saúde na agenda política, sendo fortalecido um projeto revisionista do SUS, na medida em que diante dos seus dilemas, propôs-se a flexibilização dos seus princípios e diretrizes para ajustá-los aos imperativos da ordem econômica e dos interesses do Estado. (PAIM, 2008)

As principais “jogadas” (MATUS, 2005) do CONASS no período foram:

- Elaboração de propostas para a 14a. Conferencia Nacional de Saúde, com destaque para a defesa da participação do setor público no gasto total em saúde, da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 e da proposta de destinação de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde; além da proposição de promover o debate sobre alternativas de gerência de unidades públicas de saúde, enfatizando a função reguladora do Estado na gestão do Sistema de Saúde; e fortalecimento do processo de Regionalização, com as seguintes ações: *a) instrumentalizar as Comissões Intergestores Regionais para que assumam seu papel de espaço de definição de prioridades e de pactuações de soluções para a organização de Rede de Atenção à Saúde integrada e resolutive; b) pactuar diretrizes gerais para a organização e funcionamento das regiões de saúde, conforme a legislação vigente; e c) estabelecer consenso tripartite quanto aos aspectos organizacionais, conceituais e de estratégias para a implantação da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase no modelo de atenção e no papel ordenador da APS.* (CONASS, 2011c)
- Promoção do Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde – Acesso Universal e Proteção Social, como atividade principal das comemorações dos 30 anos da existência do CONASS, e cujo propósito foi ampliar o escopo da discussão da APS, inserindo-a no debate de temas mais abrangentes sobre o desenvolvimento de políticas intersetoriais de caráter universal, com foco especialmente na integralidade, na equidade e na participação da sociedade. (CONASS, 2013b)
- Promoção do Seminário<sup>90</sup> CONASS Debate: Saúde: para onde vai a nova classe média, com o objetivo de discutir os impactos que a mobilidade social poderia causar ao SUS, tendo em vista a migração desse novo estrato da sociedade para os planos privados de

---

<sup>90</sup> O seminário ocorreu no dia 24 de abril de 2013, em Brasília, e contou exposições do subsecretário de Ações Estratégicas da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), Ricardo Paes de Barros; do sócio-presidente do Instituto de Pesquisa Data Popular, Renato Meirelles; do diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin e da professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Lígia Bahia, sendo debatido pela profa. Ana Maria Malik da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP), e pelo ex-ministro da saúde, José Gomes Temporão, que era diretor-executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde à época. (CONASS, 2013c)

- saúde, e principalmente diante da possibilidade de desoneração fiscal para as operadoras criarem planos de saúde a preços populares, de maior financiamento para recuperação da infraestrutura hospitalar, bem como a solução das dívidas das Santas Casas. (CONASS, 2013c)
- Promoção do Seminário CONASS Debate: caminhos da saúde no Brasil, cujo foco principal foi pensar soluções para a segmentação do sistema de saúde brasileiro, sendo discutidas a contradição entre universalização e segmentação; o crônico subfinanciamento da saúde no Brasil; a duplicidade, a irracionalidade e a não integração entre a ação pública, no âmbito do SUS, e a saúde suplementar; e as barreiras culturais interpostas ao processo de mudança. (CONASS, 2014a)
  - Promoção do Seminário CONASS Debate: A crise contemporânea dos sistemas de saúde<sup>91</sup>, sendo apreciada a crise instalada nos setores públicos e privados de saúde em todo o mundo, desencadeada por transições demográficas, tecnológicas, epidemiológicas, nutricionais e ambientais que "alteram a situação de saúde tanto de países ricos quanto de países em desenvolvimento". (CONASS, 2014b)
  - Publicação da Agenda para a Saúde do Brasil, organizada em 10 temas prioritários, visando a efetivação do SUS como resposta às conquistas da Constituição de 1988 e aos anseios da sociedade brasileira, expressos nas manifestações de rua de 2013, sendo entregue a todos os candidatos à Presidência da República. (CONASS, 2014)
  - Promoção do Seminário CONASS Debate: Que saúde você vê?<sup>92</sup>, realizado em parceria com o Canal Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, com o propósito de refletir sobre as formas como a saúde (pública ou privada) é comunicada e, por conseguinte, compreendida pela sociedade brasileira, sendo abordado a imagem do SUS na mídia, a relação entre os gestores de saúde e a imprensa, o cenário político da comunicação no Brasil e seus impactos sobre a saúde brasileira. (CONASS, 2015f)

---

<sup>91</sup> O seminário ocorreu no dia 13 de maio de 2014, em Brasília/DF, e contou com a exposição de Rafael Bengoa, assessor do programa Obamacare e ex-ministro da Saúde do país Basco; de Luiz Facchini, professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas e ex-presidente da Abrasco; de Claunara Schilling Mendonca, professora de Medicina de Família da Universidade do Rio Grande do Sul e ex-diretora de Atenção Básica do Ministério da Saúde; de Luis Fernando Rolim Sampaio, chefe do Escritório de Serviços de Saúde da Unimed Belo Horizonte e ex-diretor de Atenção Básica do Ministério da Saúde; e de Frederico Guanais – PhD, especialista Líder em Saúde da Divisão de Proteção Social e Saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). (CONASS, 2014b)

<sup>92</sup> O seminário foi realizado no dia 28 de novembro de 2014 no formato de um programa televisivo, permitindo interação da plateia e dos internautas que acompanharam o evento em tempo real. Os convidados foram a repórter Cláudia Colucci, da Folha de São Paulo; a pesquisadora da Fiocruz, Inesita Araujo; a jornalista e produtora de conteúdos de saúde, Fabiane Leite; e o pesquisador da Universidade de Brasília (UnB), Murilo César Ramos, sendo mediado pelo apresentador do Canal Saúde, Renato Farias. (CONASS, 2015f)

O **terceiro momento** (2015 a 2016) corresponde ao Governo Dilma II, marcado por significativa instabilidade política<sup>93</sup> e econômica, que dificultaram, sobremaneira, o exercício do seu mandato, até o impeachment da presidente. O Ministério da Saúde foi conduzido, sucessivamente, por três ministros diferentes, quais sejam, Arthur Chioro (fev/2014-out/2015), Marcelo Castro (out/2015-mai/2016) e Ricardo Barros (mai/2016-abr/2018), no contexto da reforma ministerial conduzida pelo novo governo, indicando uma tentativa desesperada de ampliação da base de apoio da presidente Dilma Rouseff, a partir da negociação de cargos do primeiro escalão. Embora a nomeação de Arthur Chioro tenha sido indicação da alta direção do Partido dos Trabalhadores (“...o Lula tirou do bolso o nome do Chioro e botou na mesa...” E6), a questão é que ele assume o Ministério da Saúde sem poder para executar os projetos na saúde por conta da própria fragilização da presidência da República (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017), sendo responsável por garantir a “condução técnica” da pasta.

A aprovação do orçamento impositivo (PEC 358/2013 e EC 86/2015) e do projeto de lei das “terceirizações”, assim como a proposta de planos de saúde após aposentadoria (Projeto de Lei 7052/2015) foram alguns dos fatos produzidos pelo Executivo e Legislativo (Apêndice K), e que comprometeram mais ainda a sustentabilidade econômica do SUS. O poder Judiciário, a partir do reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais (OS) no Supremo Tribunal Federal, abriu uma porta para as parcerias público-privadas (PPP), terceirizações, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entre outros, contribuindo desta forma para o comprometimento do caráter público do SUS. Em suma, os poderes da República atuaram na contramão do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes do SUS. (TEIXEIRA & PAIM, 2018)

Diante da fragilização da liderança do Ministério da Saúde à medida em que a correlação de forças mudava no cenário político nacional, o CONASS atuou como resistência frente ao retrocesso e a crise dos sistemas universais de saúde no mundo e que afetaram evidentemente o SUS. Algumas ações produzidas pelo CONASS indicam a sua posição em defesa do SUS universal:

---

<sup>93</sup> "As forças de oposição que disputaram com ela as eleições de 2014, inconformadas com a derrota (ou sucessivas derrotas desde o pleito de 2002), encetaram, por um lado, uma série de questionamentos nas instâncias judiciais, a exemplo da ação junto ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE) para cassar a chapa Dilma-Temer; e, por outro, passaram a preencher a agenda do legislativo com as chamadas “pautas bombas”, projetos de lei cuja matéria pode impactar diretamente as contas públicas, pois dificulta a redução de gastos prevista para cumprir o determinado pela meta fiscal. Estas ações articuladas entre os opositores do governo acabariam por fragilizar o executivo federal de maneira implacável a ponto de inviabilizar sua governabilidade.” (SILVA, BENEVIDES & PASSOS, 2017)

- publicação da Carta à Nação (CONASS, 2015d), onde denunciava o subfinanciamento e se posicionava contrário a decisão do governo de contingenciar ainda mais os recursos do SUS;
- realização do Seminário do CONASS para construção de consensos, nos dias 08 e 09 de julho de 2015, em Brasília, com o objetivo de definir o posicionamento político e técnico dos gestores estaduais de saúde junto a CIT e ao CNS, e orientar o planejamento estratégico da Secretaria Executiva do CONASS, bem como elaborar as propostas do CONASS para a 15a. Conferencia Nacional de Saúde.

A “Agenda prioritária para a Saúde no Brasil e para o fortalecimento e consolidação do SUS” (CONASS, 2015d) foi construída a partir das propostas oriundas do seminário de construção de consensos, e reafirmou o compromisso do CONASS com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, especialmente a descentralização das ações e serviços de saúde, atendimento integral, universalidade e participação social. Organizada em quatro eixos temáticos: Gestão do SUS; Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde; Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde; e Direito à Saúde, ela expressa a posição política do CONASS nesse momento.

No eixo dedicado à gestão do SUS, a Agenda destacava a necessidade de construção, junto ao Congresso Nacional, de uma reforma tributária capaz de restabelecer o equilíbrio requerido pelo regime federativo proposto pelo SUS, a fim de permitir um novo pacto mais justo na distribuição da arrecadação e de atribuições dos entes federados, garantindo-lhes condições para a execução da política de saúde. Além disso, destacava a importância da vinculação dos recursos da União de acordo com a PEC n.01-A/2015 (CONASS, 2015e), bem como a definição da metodologia de alocação dos recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, e dos estados destinados aos seus respectivos municípios, conforme previsto na Lei n. 141/2012 e observados os princípios constitucionais do SUS. Reforçava ainda a regulamentação de um dispositivo de excepcionalidade para a saúde no cômputo dos limites estipulados pela Lei de Responsabilidade Fiscal para despesas com pessoal e a implantação de alternativas de gerencia das unidades públicas de saúde. (CONASS, 2015d)

No eixo da Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde, as propostas reforçavam a implantação e o fortalecimento, a partir da estruturação das RAS, de práticas mais coletivas, contínuas e interdisciplinares, como o autocuidado apoiado e o cuidado compartilhado – promovidos, incentivados e qualificados por equipes formadas por diversos profissionais de saúde; o apoio a iniciativas de indução da organização da APS no âmbito dos estados, por meio

da estruturação e do custeio da rede e das ações; a instituição de política para Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) com diretrizes baseadas na perspectiva das RAS, coordenada pela APS, utilizando como referencial o Modelo de Atenção às Condições Crônicas; e implantação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) com a priorização imediata da ampliação de leitos de cuidados de tratamento intensivo, a fim de garantir a relação de cobertura de, no mínimo, 10% dos leitos de CTI/UTI em todas as regiões do país, buscando a desconcentração do acesso e a operacionalização das RAS. (CONASS, 2015d)

As alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde constituíram o terceiro eixo, propondo-se a articulação, junto ao Congresso Nacional, para mudanças na Lei n. 8.666/1993, de forma a adequá-la aos aspectos referentes à área da saúde, entre os quais os valores financeiros de cada modalidade de licitação e a necessária agilidade na execução de despesas por meio de um regime diferenciado de contratações públicas. A implantação de alternativas de gerência nas unidades públicas de saúde foi reforçada, assim, com o argumento da conquista de autonomia e a flexibilidade necessárias para garantir a eficiência/eficácia dos serviços públicos de saúde. (CONASS, 2015d) No eixo Direito à Saúde, foi reafirmado o compromisso da entidade com as diretrizes constitucionais do SUS: descentralização das ações e dos serviços de saúde, atendimento integral à população, universalidade de acesso aos serviços de saúde e participação social, bem como com a organização e a implantação de novo modelo de atenção, com financiamento suficiente e sustentável. Desta forma, o CONASS procurava incluir esses temas na agenda da CIT, buscando ocupar o espaço do debate com propostas coerentes com a manutenção do SUS constitucional, estabelecendo, assim, uma trincheira de resistência ao debate de propostas que apontavam no sentido contrário, em um contexto bastante desfavorável.

A nomeação do ministro Marcelo Castro (out/2015-mai/2016), resultado da "reforma administrativa" efetuada pelo governo que, entre outros pontos, consistiu no corte de oito dos 39 ministérios e na mudança no comando de algumas pastas, entre elas, a Saúde, sendo indicado pelo líder do PMDB na Câmara de Deputados, Leonardo Picciani, pode ser interpretada como um ponto de inflexão que inaugurou uma nova realidade na condução nacional do SUS, pois a partir daí, o que ocorreu foi a ocupação do Ministério da Saúde por quadros contrários ao projeto da RSB<sup>94</sup>, indicando o alinhamento da direção do MS ao projeto mercantilista na saúde.

---

<sup>94</sup> Um caso exemplar foi a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, o que provocou uma reação imediata por parte de

Embora tenha tido uma gestão curta, este período foi marcado por polêmicas em torno das declarações do ministro, particularmente sua admissão da derrota do governo no controle do *Aedes aegypti* (“O Brasil está perdendo feio a batalha contra o mosquito”) e da tríplice epidemia (Dengue, Zika Virus e Chikungunya) que assolava o país, até a sua entrega do cargo antes da votação da admissibilidade do impeachment da presidente Dilma Rousseff pelo Senado.

Diante deste quadro de tensões e conflitos, o CONASS liderou os debates na CIT na tentativa de “reduzir os danos” conforme expresso nos resultados, investindo portanto no "jogo da comunicação" (MATUS, 2005), tratando de ampliar sua capacidade de formulação de propostas voltadas ao enfrentamento dos desafios colocados pela situação de saúde. Um dos exemplos foi a elaboração das propostas do CONASS para o combate as doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no país e em especial na Região Nordeste, fruto das discussões do Encontro dos Secretários Estaduais de Saúde do Nordeste<sup>95</sup>, quando elaboraram um documento (CONASS, 2015e) que explicitava as necessidades conjuntas dos estados para dar conta desse problema, propondo, ademais, estratégias de integração das três esferas governamentais e com a participação efetiva da sociedade civil, visando a criação de um Plano de Ação Nacional para Enfrentamento das Arboviroses e de suas complicações, particularmente os casos de microcefalia que se avolumaram a partir da epidemia de Zika.

Um fato importante do período e que merece destaque foi a realização da 15a Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, reafirmando desta forma a saúde como direito, em contraposição à mercantilização e privatização da saúde. (BRASIL, 2015b) A 15a. CNS constituiu um símbolo de resistência da sociedade civil ao projeto mercantilista na área de saúde, e defendeu uma agenda de mobilização e de defesa do SUS capaz de "unir o povo e impulsionar os governos" na direção das reformas política, tributária e do poder judiciário. Este foi um momento de convergência de interesses entre os representantes das entidades sociais, dos trabalhadores e dos gestores (CONASS e CONASEMS) no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. (SILVA, 2018)

---

profissionais de saúde, pacientes, familiares, organizações da sociedade civil, entidades de classes com manifestações que se espalharam pelo país e chegaram a Brasília, onde, por 121 dias, os militantes do movimento antimanicomial ocuparam a sede da Coordenação Nacional de Saúde Mental exigindo sua demissão, o que ocorreu apenas em 09 de maio de 2016 logo após o ministro Marcelo Castro deixar a pasta da saúde. O psiquiatra foi coordenador da Casa de Saúde Doutor Eiras, na década de 1990, considerado o maior manicômio privado da América Latina, fechado em 2012 por graves violações aos Direitos Humanos.

<sup>95</sup> O encontro ocorreu no dia 20 de novembro de 2015 em Salvador/Ba e contou com a participação dos gestores estaduais de saúde com representantes da Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS) do Ministério da Saúde preocupados com a evolução das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no país e em especial na Região Nordeste.

“Reforma Política – que busque o fortalecimento da democracia representativa, com controle social do processo eleitoral, financiamento público das campanhas eleitorais e combate à compra e venda de votos. Uma reforma política que amplie a participação social nas decisões políticas, mediante plebiscitos, referendos e preferência na tramitação de projetos de lei de iniciativa popular. O CNS também ressalta a urgência no julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da ADIN que proíbe o financiamento de campanha eleitoral por empresas;

Reforma Tributária – que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos, os quais determinam a quem tem mais patrimônio e mais riqueza o pagamento de mais impostos; Reforma do Poder Judiciário – que aumente a transparência no funcionamento das instâncias judiciais, mediante incremento de audiências públicas, prioridade na garantia de direitos coletivos em contraponto aos direitos individuais, além de outras medidas de justiça social; Democratização dos meios de comunicação – que reafirme o caráter público e a melhoria da regulação democrática das redes de internet, televisão, rádio e jornais; Enfrentamento das desigualdades e iniquidades na saúde, em defesa dos princípios constitucionais do SUS (...).” (BRASIL, 2015b)

Todavia, foi com a nomeação do Ministro Ricardo Barros (mai/2016-abr/2018), logo após o afastamento da presidente Dilma Rousseff, que procedeu-se a implementação do plano de ação contido no documento intitulado "Travessia Social" (PMDB, 2016) inaugurando uma nova fase no jogo político do SUS. O novo plano do governo federal propôs a revisão do gasto obrigatório com a saúde, revelando a vontade de diminuir ainda mais o SUS a fim de justificar uma participação maior da rede privada. (CEBES, 2016). Uma das evidências do fortalecimento do projeto mercantilista foi a proposta defendida pelo Ministro Ricardo Barros de expansão de planos de saúde “acessíveis” ou “populares”, indicando um alinhamento do governo na direção das recomendações do Banco Mundial para implementação da Cobertura Universal de Saúde em países de baixa e média renda, com base em políticas de suporte à demanda, que incluem subsídios para a aquisição de planos privados, em substituição aos sistemas nacionais, baseados na oferta pública (BAHIA et al, 2016). Foram inúmeras as declarações do ministro de que o SUS "não cabia no orçamento" e de que era necessário a "revisão dos direitos constitucionais", como o acesso universal à saúde.

“Nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina. Em um determinado momento vamos ter que repactuar como aconteceu na Grécia que cortou as aposentadorias, e outros países que tiveram que repactuar as obrigações do Estado porque ele não tinha mais a capacidade de sustentá-las. Não adianta lutar por direitos que não poderão ser entregues pelo Estado. Temos que chegar ao ponto do equilíbrio entre o que o Estado tem condições de suprir e o que o cidadão tem direito de receber .” (Ricardo Barros em entrevista a Folha de São Paulo em 17/05/2016)

Diante deste cenário e considerando as implicações da crise política, econômica e fiscal no aprofundamento da crise no setor saúde, o CONASS traçou propostas de curto e médio prazo e entregou-as ao então ministro da saúde (CONASS, 2016a), conforme registrado no capítulo dos resultados. Nesta conjuntura, o CONASS manteve uma posição de resistência ao conjunto de medidas adotadas pelo Executivo e que impactaram negativamente no processo de gestão e financiamento do sistema de saúde, ameaçando a continuidade do projeto por SUS universal, igualitário e de qualidade. Dentre as ações desenvolvidas no período, destacamos a realização do seminário “CONASS Debate: Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada” (CONASS, 2015d), que procurou discutir as alternativas de enfrentamento dos problemas vivenciados pelos gestores estaduais, bem como apresentar as experiências exitosas e políticas de organização da Atenção Especializada no Brasil.

Além disso, cabe destacar a proposta do CONASS para efetivação da Promoção da Saúde como política pública no Brasil, (CONASS, 2016d) que, de certa forma, procurou recuperar as recomendações da CNDSS, apontando a necessidade do estabelecimento de um locus no aparelho estatal, acima das agências setoriais (ministérios, secretarias etc.) encarregado de produzir e conduzir as iniciativas transversais orientadas à produção de saúde e bem-estar, por meio do diálogo com os diversos segmentos da sociedade e do aparelho de Estado. Mais do que contemplar a intersectorialidade pactuada entre os atores, sugeria a construção de uma agenda de governo que *“opere de maneira articulada; discuta com os espaços de controle social para além do setor saúde; e estabeleça metas a alcançar de modo integrado”*. (CONASS, 2016d)

É importante ressaltar também que, neste momento conturbado da política nacional, o CONASS investiu no Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES) como uma estratégia para superação de uma das maiores fragilidades para sua ação que diz respeito a baixa capacidade de gestão da maioria das SES, pois elas encontram-se sujeitas as contingências do sistema político brasileiro, responsável pela alta rotatividade<sup>96</sup> dos gestores da saúde tanto na esfera estadual como na esfera municipal. Considerando que *“é preciso que as SES passem por um processo de fortalecimento institucional a semelhança do que aconteceu aqui, elas precisam desempenhar melhor seus papéis.”*(E12), o CONASS investiu no PASES,

---

<sup>96</sup> "A fragilidade foi essa rotatividade porque muitas vezes nós tivemos que tomar decisões aqui que muitos estados não puderam contribuir por conta de não ter essa acumulação, muitas vezes, e não ter um nível de discussão, não ter a governabilidade para poder responder pelos seus atos mesmo sendo dentro da saúde, eu acho que a fragilidade nesse período em que estive no CONASS se deveu muito a rotatividade (de gestores) de alguns estados." (E7)



programa desenvolvido no formato de projetos que abrangem a elaboração de conteúdos técnicos e de metodologias, além da realização de diversas atividades conduzidas pelos assessores técnicos do CONASS *in loco* nas áreas de Planejamento e Gestão, Regionalização e Organização de redes de atenção à saúde, Vigilância e Promoção da Saúde, Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Ademais, o CONASS buscou articular os projetos desenvolvidos no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), financiado com recursos de isenção fiscal concedidos aos hospitais filantrópicos de *excelência* reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e que mantem interface com o PASES, a saber: fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; qualidade do cuidado e Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde; organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde; cuidado farmacêutico no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Esta é uma questão que merece uma consideração especial pois embora o discurso do CONASS tenha reforçado a defesa do “SUS constitucional”, sua adesão e apoio ao PROADI indicam uma possível contradição na medida em que este programa encontra-se estruturado com recursos de isenção fiscal, prática adotada pelos governos federais e que impactam diretamente no financiamento do SUS. Além disso, há que se considerar a análise proposta por Sestelo (2018) sobre os impactos dessas iniciativas sobre o sistema de saúde.

“(…) os centros de incorporação de novas tecnologias e processos assistenciais, originalmente, e até os anos 1990, amplamente controlados pela esfera pública, deslocam-se gradualmente para instituições sob a tutela de grupos particulares denominados de *hospitais de excelência*, que avançam também no âmbito da formação de pessoal em saúde envolvendo a perspectiva futura em um viés de compromisso com um alto nível de apropriação privada de recursos circulantes no sistema de saúde. Essa nova situação tem o potencial de colocar em segundo plano programas de residência médica e redes de pesquisa clínica baseadas nos tradicionais hospitais universitários, enfraquecendo a sua articulação com o conjunto do sistema de saúde.” (SESTELO, 2018, P.102)

Contradições a parte, o CONASS conseguiu uma institucionalidade capaz de garantir sua estabilidade em meio as flutuações do contexto político, acionando diversas estratégias no "jogo da ciência" (MATUS, 2005), a exemplo do fortalecimento da cooperação internacional, e parceria com centros de pesquisa e universidades em todo o país, promovendo a troca de experiências com países que mantem sistemas universais de saúde, a exemplo do Canadá e de Portugal, e cuja intenção parece ser estabelecer um contraponto a uma avalanche de propostas

orientadas pela cobertura universal de saúde, enquanto expressão do fenômeno da financeirização<sup>97</sup> da saúde (SESTELO, 2018).

### 7.3. O significado do CONASS no Pacto Federativo Brasileiro

A Federação brasileira é singular por sua extensão e pelo grau de autonomia dos seus membros. É composta pela União, 26 estados, o Distrito Federal e por 5.568 municípios, totalizando 5.596 entes federados autônomos política e administrativamente, muito diversos em tamanho de população, desenvolvimento socioeconômico e capacidades estatais. A Constituição Federal de 1988, no campo da saúde, determina a atuação conjunta de todos os entes, estabelecendo responsabilidades solidárias quanto à garantia de acesso aos bens e serviços de saúde em todo o território nacional, de forma universal, igualitária e integral, o que impõe um grande desafio de coordenação dos esforços na Federação, em relação à União e aos estados, além de exigir colaboração entre os municípios. (JACCOUD & VIEIRA, 2018)

O Sistema Único de Saúde se constituiu como uma rede regionalizada e hierarquizada que reconhece a interdependência entre municípios e entre níveis de governo para garantir a oferta dos serviços. Assim, o SUS propõe um pacto federativo pela universalização e a integralidade, pressupondo a regionalização, a articulação e a coordenação de ações entre os três níveis de governo. As relações interfederativas e intergovernamentais são o alicerce do SUS, principalmente com a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Caracterizadas por diversos processos decisórios compartilhados, essas relações requerem equilíbrio e cooperação, já que lidam com questões muitas vezes conflituosas e competitivas (CONASS, 2016b).

No Brasil, algumas distorções tem sido apontadas em relação ao pacto federativo, quais sejam: a) a imposição de uma delimitação normativa das atribuições conferidas a cada ente, condicionado essencialmente à execução de ações de saúde ao modo de repasse financeiro; b) o desequilíbrio do quadro de distribuição das atribuições entre os entes federados; c) o percentual de distribuição dos recursos entre os diversos entes; e d) a ausência de mecanismos de responsabilização no caso da não observância dessas diretrizes. (BRASIL, 2015) Dentre elas, destaca-se o percentual de distribuição dos recursos financeiros entre os entes federados,

---

<sup>97</sup> A financeirização consiste nas "formas contemporâneas de definir, gerir e realizar riqueza no capitalismo" (BRAGA *apud* SESTELO, 2018), com destaque para a centralidade das operações financeiras no processo de acumulação global. Ele remete "à relação de subordinação do conjunto da sociedade a um amplo mecanismo de dominação e controle que opera por meio de processos e instrumentos tipicamente financeiros." (SESTELO, 2018, p.109)

pois há 30 anos, quando o SUS foi criado, o governo federal participava com 72% de todos os recursos aplicados na saúde pública no Brasil, no entanto, em 2015, este percentual caiu para apenas 43%, enquanto os estados e municípios, juntos, responderam por 56,9% do total do gasto público com ASPS (CONASS, 2018), indicando a retirada progressiva da contribuição da União ao orçamento, o que leva a um agravamento da situação do sistema de saúde no Brasil.

Por isso, a pertinência da defesa do CONASS em torno da revisão do pacto federativo explicitado em suas propostas aos candidatos à presidência da república, editadas em 2006, 2010, 2014 e 2018, enfatizando a necessidade de uma reforma tributária a fim de restabelecer o equilíbrio inerente ao regime federativo proposto pela CF e permitir novo pacto na distribuição da arrecadação e das atribuições entre os entes federados. Na sua leitura, o que tem atrasado a consolidação do SUS federativo é o fato de que a maioria dos recursos encontram-se concentrados no governo federal, enquanto as responsabilidades pelo provimento das ações e serviços de saúde acumulam-se nos estados e municípios.

É importante considerar o papel do poder legislativo para a construção deste pacto federativo. A questão é que as mudanças requeridas passam necessariamente por negociação nesta arena que tem se mostrado, nos últimos anos, contrárias ao próprio SUS, haja vista seu protagonismo na aprovação do orçamento impositivo (EC 86) e do novo regime fiscal (EC 95), que restringiram ainda mais os gastos com as políticas sociais, e portanto sinalizam duas dimensões de um movimento mais profundo expresso na tendência da execução orçamentaria na área de saúde, conforme análise de Moretti & Rego (2018)

“De um lado, a concentração de poderes no âmbito do Legislativo, ilustrada pelo controle de parte dos recursos orçamentários sob a forma de emendas impositivas, cujos valores pagos crescem no período considerado, ao contrário das demais despesas em saúde, que estão em queda, em termos reais. De outro, o Legislativo deixa de fixar o nível global da despesa pública, ampliando-se o insulamento burocrático da política fiscal e seus condutores, entregues a uma “razão técnica” que retira do espaço público o debate sobre o nível pertinente da despesa, que passa a ser resultado automático de uma regra constitucional, independente das demandas sociais, e que terá vigência por seis mandatos presidenciais (2017-2036)” (MORETTI & REGO, 2018, p.4)

Os autores estudaram a evolução das despesas federais em saúde, no período de 2014 a 2018 e, neste processo, identificaram importante mudança nas relações de força entre o Legislativo e o Executivo, com maior controle pelo Parlamento, a partir de 2014, de fração das despesas públicas, em razão da instituição do orçamento impositivo para emendas individuais (primeiro, na Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, posteriormente, na Constituição) e, desde 2016, de emendas de bancada estadual (LDO). (MORETTI & REGO, 2018) Isto é, acirrou-se

o conflito distributivo no âmbito do orçamento, não apenas pelo impacto da crise, mas pelo aprofundamento da austeridade como resposta à recessão econômica, comprometendo ainda mais a construção do novo pacto federativo.

Diante deste cenário, o CONASS assumiu um significado importante dentro do pacto federativo, proposto pelo SUS, considerando sua capacidade política, expressa nos resultados desta investigação, e no fato de que muitos dos secretários de saúde exerceram a atividade de parlamentar, antes ou após sua passagem pelo CONASS, e integraram a Frente Parlamentar da Saúde, o que possibilitou que as questões trabalhadas pelo conselho pudessem de alguma forma ter ressonância no Congresso Nacional. Obviamente, sua influência foi limitada pelas características do próprio processo político brasileiro, onde prevalecem as relações de barganha entre políticos dos diversos partidos, na maioria das vezes sem considerar os interesses mais gerais da população e sim as demandas e interesses específicos de grupos de pressão com maior capacidade de vocalização, grupos empresariais, corporações profissionais e “clientelas” eleitorais.

“(…) vige no Brasil uma espécie de pacto social tácito entre os Poderes, onde o Legislativo comanda a alocação de uma parcela dos recursos sob a forma de emendas, mas transfere seu poder de escolha do nível geral de gastos para uma regra formal que determina o teto de despesas e impacta negativamente as políticas sociais, mesmo que haja crescimento das receitas.” (MORETTI & REGO, 2018, p.14)

Em contraste, a ação do CONASS foi orientada pela defesa do SUS “constitucional” embora tenha aderido às propostas gerencialistas com relação à gestão das unidades complexas, a exemplo das alternativas de gestão dos Hospitais (OS, PPP, Fundações, etc). De todo modo, o CONASS enquanto “*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*” (CONASS, 2007) mostra a viabilidade da construção de um pacto federativo que poderia ter avançado caso tivessem sido feitas as Reformas Tributária e Política, o que implicaria na redistribuição mais equitativa dos recursos do SUS e no compromisso solidário entre os gestores para a efetivação de seus princípios e diretrizes.

#### **7.4. O CONASS e a rede de relações intergovernamentais e interinstitucionais no SUS**

A partir da análise das distintas dimensões da ação do CONASS no processo político em saúde no período 2006-2016, é possível retomar o modelo teórico proposto neste estudo (Diagrama 1, p. 52), de modo a discutir as relações estabelecidas por este Conselho no âmbito do conjunto das instituições governamentais e não governamentais que participam do jogo político realizado no SUS.

Nesse sentido, cabe destacar que nossa investigação enfatizou a análise das relações estabelecidas pelo CONASS com os atores governamentais, especialmente o Ministério da Saúde, instituição gestora do sistema ao nível federal, responsável pela condução política do SUS, espaço de formulação e avaliação das políticas de saúde. Paralelamente, demos destaque à relação do CONASS com o CONASEMS, órgão colegiado que representa o conjunto de instituições gestoras do SUS ao nível municipal, constituindo, portanto, uma tríade federativa, analisada anteriormente. Assim, muito do que foi apresentado e discutido neste trabalho evidencia as convergências e divergências de posicionamento político entre estas três instâncias governamentais, sendo que, tais convergências e divergências se deram em função de opções políticas assumidas diante dos desafios enfrentados, ao longo do período estudado, para a consolidação do SUS constitucional, face às propostas e estratégias que apontavam na direção do projeto mercantilista no âmbito da saúde.

Cabe ressaltar que o debate e o tensionamento político identificados na análise das posições defendidas pelo CONASS no âmbito da CIT, reverberaram no Congresso Nacional, especificamente, através das relações estabelecidas com parlamentares que constituíram, ao longo do período a Frente Parlamentar da Saúde. Como apontamos na análise apresentada no item 6.3.3. do capítulo dos resultados, vários dos deputados vinculados a esta FPS tiveram passagem pelo CONASS, antes ou depois de sua legislatura parlamentar, pelo fato, inclusive, de terem, em suas trajetórias profissionais, acumulado experiência de gestão como secretários de saúde, quer no âmbito municipal quer estadual. Desse modo, constatamos a existência de vínculos estreitos entre alguns parlamentares que compuseram esta FPS em distintos momentos, e o corpo diretivo do CONASS, configurando-se, assim, um espaço de interlocução e resistência, no Congresso, face as investidas contra o SUS constitucional, oriundas de parlamentares de vários partidos que se vinculam, organicamente, aos interesses do capital na saúde.

Além disso, o modelo teórico proposto inclui, como se pode visualizar no referido Diagrama, a participação de atores que representam segmentos da sociedade civil organizada,

especialmente aqueles vinculados historicamente ao processo de Reforma Sanitária Brasileira, quais sejam, o CEBES, a ABRASCO, a AMPASA e a REDE UNIDA, que constituíram, ao longo do período analisado, a Frente em Defesa do SUS. Alguns estudos relativamente recentes (SOPHIA, 2015; SANTOS, 2016; CAMARGO *et al*, 2016; LIMA, 2015) analisaram a trajetória e a atuação destas entidades no processo político em saúde, e apontaram as tensões e conflitos que se estabeleceram entre atores governamentais e tais entidades, ao longo dos últimos 30 anos de construção do SUS.

No período sobre o qual nos debruçamos, estas entidades confluíram para a elaboração de uma “Agenda estratégica para a Saúde no Brasil”, publicada em 2011 (ABRASCO *et al*, 2011) e apresentada na 14a Conferência Nacional de Saúde. Foram signatários deste documento, fruto da discussão do movimento nacional em defesa do SUS, a ABRASCO, o CEBES, a Rede Unida, além de outras entidades como a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC). Curiosamente, o CONASEMS, embora seja um colegiado representativo de atores governamentais, assinou este documento, o que não foi feito pelo CONASS, que optou por escrever e publicar suas próprias teses (CONASS, 2011c), apesar de que, ao longo do período estudado, constatou-se que o CONASS atuou de forma muito mais convergente com as principais propostas contidas nesta “Agenda”, que dizem respeito à defesa dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, do que o próprio CONASEMS.

O espaço de debate político em que se expressa os embates em torno de questões como o financiamento, a gestão, a relação público-privada e outros temas controversos, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental e outras, tem sido, conforme apontamos anteriormente (item 6.3.2.), o Conselho Nacional de Saúde. Neste espaço, várias questões políticas geraram aproximações e distanciamentos entre o CONASS e entidades representativas dos profissionais e trabalhadores de saúde, bem como as organizações da sociedade civil, nas quais se incluem as entidades vinculadas à luta pela RSB. Vale a pena ressaltar, conforme analisamos anteriormente, a convergência que se deu entre as posições do CONASS e tais entidades no que diz respeito ao movimento “Saúde + 10”, enquanto que verificamos divergências de concepções e posicionamentos políticos no que diz respeito à questão das Fundações Estatais de direito privado (SILVA, 2012) e à Política Nacional de Atenção Básica (MOROSINI *et al*, 2018).

Posto isso, pode-se constatar, a potência da utilização desse modelo teórico como referencial para a organização dos diversos aspectos envolvidos na análise do CONASS, desde a sua conformação histórica, sua base organizativa, seu *modus operandi*, sua atuação na

governança em rede do SUS e o lugar ocupado no jogo político definido pelo Pacto federativo da saúde. Evidentemente, este trabalho aprofundou mais alguns destes aspectos, porém aponta a possibilidade de desdobramentos que dêem conta da complexidade da “engenharia institucional” do SUS, sem dúvida, uma das grandes conquistas do processo de implementação dos princípios e diretrizes impressos nas leis e normas que constituem o arcabouço jurídico desse sistema.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A verdade no campo da política nunca é algo fácil de se verificar, dado que os acordos que hoje são assinados, amanhã são rasgados e esquecidos, como se nunca tivessem sido reais. Assim, fazer as considerações finais a respeito dessa investigação é ter a certeza de que, tantos os atores quanto as instituições logram, não a verdade de suas idéias e princípios, mas apenas a realidade possível que é produzida dentro de determinado jogo de poder. Sem embargo, nos lançamos nesta tarefa com a humildade de quem reconhece suas limitações mas ao mesmo tempo acredita ser capaz de fazer o caminho de volta na expectativa de responder as questões que motivaram todo o trajeto, a saber:

- Como se deu o processo de constituição do CONASS como um ator político? Qual o significado do CONASS do ponto de vista do Estado Federativo brasileiro? Em que medida o CONASS contribuiu para o fortalecimento do pacto federativo na Saúde?
- Como se deu a ação política do CONASS no processo de construção do SUS na conjuntura 2006-2016? Quais ações estão relacionadas a produção dos fatos políticos que marcaram a trajetória da política de saúde no âmbito nacional no período estudado?
- Quais os projetos políticos em saúde defendidos pelo CONASS no período 2006-2016? Quais as aproximações e distanciamentos com relação ao projeto da RSB no período 2006-2016?

Partimos da descrição do processo de constituição do CONASS como um ator político. Da sua criação em 1982 até o reconhecimento obtido por meio da Lei n.12.466/2011, foi um longo percurso, no qual este Conselho evoluiu da condição de representante do conjunto de dirigentes que compõem a gestão estadual do SUS, responsável pela defesa dos interesses dos secretários estaduais de saúde na Comissão Intergestora Tripartite, para a condição de formulador e apoiador da implementação das políticas de saúde, no âmbito dos estados e em alguns municípios, desempenhando um papel relevante no processo decisório no âmbito da Política de Saúde.

Tendo em vista a consolidação do Estado Federativo brasileiro, o CONASS constituiu-se em um ator político relevante, na medida em que, atuando ao interior da sociedade política (Estado), foi capaz de participar da produção de fatos políticos que marcaram a trajetória da política de saúde no período estudado, resultando em acumulações. Essas acumulações materializaram-se como capacidade institucional, contribuindo para sua prática política não apenas no âmbito da CIT mas em diversos espaços que compõem uma rede que articula um



conjunto heterogêneo de atores políticos envolvidos na governança do SUS, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde, e o próprio Congresso Nacional, especificamente através da Frente Parlamentar de Saúde, da qual participaram, ao longo do período estudado, diversos atores que atuaram no CONASS, no momento em que ocuparam cargos de secretários estaduais de saúde. Esse acúmulo de experiência política pode ter sido, inclusive, um dos elementos que contribuiu para a construção e o fortalecimento da institucionalidade do CONASS, o que lhe garantiu, como evidenciamos nesse estudo, certa autonomia e independência política na defesa dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

Nesse sentido, a análise da ação e do posicionamento político do CONASS diante de vários temas polêmicos na agenda governamental em saúde no período 2006-2016, especialmente a sua relação com a direção do MS, fortaleceu o argumento da constituição de uma governança em rede, que pode funcionar de forma sinérgica, quando os diversos atores envolvidos na rede atuam em consonância, permitindo que as decisões fluam sem muitas dificuldades e induzam ações nos níveis supranacionais do Sistema, ou, em outro momento, evidenciam tensões e conflitos que podem, no limite, “quebrar” ou “esgarçar” a tessitura da rede. Assim, a análise dos principais fatos produzidos no período correspondente ao Governo Lula (2006 a 2010) evidencia que houve o fortalecimento da governança (do SUS) em rede na medida em que o CONASS atuou em consonância com o Ministério da Saúde e o CONASEMS, em diversos momentos, imprimindo, desta forma, uma direcionalidade ao processo de implementação do SUS coerente com seus princípios e diretrizes.

Entretanto, no governo Dilma I (2011-2014) constatamos o tensionamento da relação entre o MS e o CONASS, decorrente, inclusive, de alguns fatos produzidos neste momento no âmbito do governo federal, que apontaram na direção contrária ou pelo menos distinta, daquela que vinha sendo defendida pelo CONASS, quais sejam: a regulamentação da EC 29 por meio da Lei Complementar n.141 de 13 de janeiro de 2012, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde; rejeição da Emenda Popular Saúde +10 pelo próprio governo; a abertura ao capital estrangeiro na saúde (MP nº 656 de 2014); e a proposta de Planos de saúde privados para todos os empregados (PEC 451/2014). Apesar das tensões verificadas neste momento, o MS continuou concentrando poder decisório, como se evidenciou, também, na análise do processo de formulação do Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011) que expressou uma certa mudança na gestão interfederativa do SUS. (MIRANDA, 2003) Cabe salientar, inclusive, que a publicação da Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011), que dispôs sobre as Comissões Intergestoras, o CONASS, o CONASEMS e o COSEMS, ainda que ocorrendo neste

período, foi fruto de um longo processo iniciado no momento anterior e resultado da capacidade de construção de alianças do CONASS e do CONASEMS.

No governo Dilma II (2015-2016), as tensões se acumularam, a ponto de ameaçar a tessitura da rede pelo aumento dos conflitos entre os atores participantes do processo de governança do SUS. A aprovação do orçamento impositivo (PEC 358/2013 e EC 86/2015) e do projeto de lei das “terceirizações”, assim como a proposta de planos de saúde após aposentadoria (Projeto de Lei 7052/2015) foram alguns dos fatos produzidos pelo Executivo e Legislativo, e que comprometeram mais ainda a sustentabilidade econômica do SUS. O poder Judiciário, a partir do reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais (OS) no Supremo Tribunal Federal, abriu uma porta para as parcerias público-privadas (PPP), terceirizações, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entre outros, contribuindo desta forma para o comprometimento do caráter público do SUS.

Em suma, neste período, os poderes da República atuaram na contramão do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes do SUS (TEIXEIRA & PAIM, 2018), processo que contribuiu, inclusive, para a fragilização da liderança do Ministério da Saúde. Na medida em que a correlação de forças mudava no cenário político nacional, o CONASS assumiu uma posição de defesa dos princípios constitucionais do SUS diante das dificuldades enfrentadas na gestão do sistema de saúde, confirmando desta forma nossa hipótese de pesquisa. Nessa conjuntura, o CONASS liderou os debates na CIT na tentativa de “reduzir os danos”, pois afinal dos atores em cena era o único que contava naquele momento com acumulações suficientes para garantir sua estabilidade em meio às flutuações do contexto político, acionando diversas estratégias no jogo político. (MATUS, 2005)

Durante os governos Lula/Dilma (2006-2016), o CONASS adotou uma posição de defesa do “SUS constitucional”, reivindicando a ampliação do Financiamento público para a saúde, apostando no fortalecimento da Atenção Básica e na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e outras medidas coerentes com a imagem-objetivo do SUS constitucional. No entanto, aderiu às propostas gerencialistas com relação à gestão das unidades complexas, a exemplo dos Hospitais (OS, PPP, Fundações, etc), assumindo, assim uma posição racionalizadora, diante da correlação de forças entre os atores governamentais que defendem o projeto mercantilista em contraposição aos movimentos e atores sociais que continuaram defendendo o projeto da RSB, revelando seu caráter pragmático. A adesão e o apoio do CONASS ao PROADI indicam uma possível contradição entre o seu discurso em defesa da sustentabilidade do SUS e a sua prática, considerando que este programa encontra-se estruturado com recursos de isenção fiscal, prática adotada pelos governos federais e que

impactam diretamente no financiamento do SUS. Entretanto, caberia um aprofundamento desta questão a fim de confirmar se esta impressão está correta.

No momento atual (2018-2019), estamos vivendo a reabertura do debate sobre o pacto federativo sob o ponto de vista da adoção de uma proposta de política econômica ultraliberal do Governo Bolsonaro. O CONASS, até o momento, tem resistido às pressões políticas de “reestruturação” do SUS, que, recentemente, se expressam no debate desencadeado no âmbito da Frente Parlamentar Mista em Defesa do Novo Pacto Federativo, que pretende discutir a redivisão do “bolo” tributário e das atribuições de cada ente federativo, e conta com o apoio da Confederação Brasileira dos Municípios (CBM), da Frente Nacional de Prefeitos (FNP) e da Associação Brasileira de Municípios (ABM), organizado sob o lema “Mais Brasil, menos Brasília”.

Nessa perspectiva, cabe acompanhar os rumos desse debate, na medida em que, pode ocorrer o fortalecimento de uma concepção de descentralização político-administrativa que a vincula à “desresponsabilização” do Estado nacional com relação ao processo de formulação e implementação de políticas públicas, de um modo geral, atribuindo-se tal responsabilidade aos gestores municipais. No que diz respeito ao SUS, isto significaria um enorme retrocesso, gerando uma maior fragmentação do sistema, reeditando, inclusive, o que já foi produzido nos anos 90, em um cenário de ascensão do projeto neoliberal, através da chamada “municipalização autárquica” (MENDES, 2001). Um processo desta natureza, no momento atual, iria na “contramão” dos esforços que foram desenvolvidos, a partir do início da década de 2000 pela regionalização da assistência à saúde, que confluíram para a construção do Pacto pela Saúde, em 2006, e do Decreto 7508 de 2011, ambas iniciativas que contaram com apoio decisivo do CONASS.

Para finalizar, consideramos que este estudo trouxe contribuições para a compreensão da constituição e da ação política do CONASS no processo de condução do SUS no período de 2006-2016, revelando também a pertinência do referencial teórico adotado para a análise do processo político em saúde. Uma limitação deste estudo, porém, foi não ter explorado profundamente as convergências e divergências da ação política do CONASS em relação à atuação de outros atores políticos importantes no processo da RSB e de construção do SUS, a exemplo do CEBES e da ABRASCO, tarefa que pode ser desenvolvida posteriormente.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.L. Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo, Hucitec, 2002

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, 24: 31-67. 2005

ALECRIM, W. Saúde: para onde vai a nova classe média é o tema da reportagem que aborda a nova realidade socioeconômica do país advinda com o surgimento da nova classe média brasileira e os possíveis impactos que esse movimento de mobilidade social pode causar no Sistema Único de Saúde. In: CONASS. Saúde: para onde vai a nova classe média. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS)*. Ano III, número 7, Abril, Maio e Junho de 2013. Brasília: CONASS, 2013

\_\_\_\_\_. Entrevista. In: *Construindo o SUS no Brasil*. Confira o que dizem o ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, sobre a expectativa em relação aos desafios do SUS para a próxima gestão. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS)*. Ano VI, número 13, Outubro, Novembro e Dezembro de 2014. Brasília: CONASS, 2014

\_\_\_\_\_. O presidente do CONASS, Wilson Alecrim, fala sobre os temas imprescindíveis para o SUS na atual situação do país. In: CONASS. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS)*. Ano V, numero 15, Abril, Maio e Junho de 2015. Brasília: CONASS, 2015a

\_\_\_\_\_. Construindo consensos para o SUS. In: CONASS. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS)*. Ano V, numero 16, Julho, Agosto e Setembro de 2015. Brasília: CONASS, 2015b

ALENCAR, T. O.S. Reforma sanitária brasileira e políticas farmacêuticas (1976-2014), São Paulo: Hucitec Editora, 2017

ALMEIDA, L. L. O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília..

ARRETCHE, M & SCHLEGEL, R. Os Estados nas Federações. Tendências gerais e o caso brasileiro. Documento para discussão. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2014.

ARENDT, H. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo. Posfácio de Celso Lefer. 10 edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ARTMAN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Disponível em [http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo\\_5429/5BCSTY9RH6.pdf](http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_5429/5BCSTY9RH6.pdf) Acesso em: 29 de mai. 2016

ABRASCO; APSP; CEBES; CONASEMS; REDE UNIDA; SBMFC. Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2010/Agenda21.pdf>.

Acesso em:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). José Gomes Temporão critica proposta de cobrança do SUS e cita congresso da Abrasco. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/2015/08/temporao-critica-proposta-de-cobranca-do-sus-e-cita-congresso-da-abrasco/> Acesso em: 13 de ago. 2015a.

\_\_\_\_\_. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro – Artigo de Mário Scheffer. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/o-capital-estrangeiro-e-a-privatizacao-do-sistema-de-saude-brasileiro-artigo-de-mario-scheffer/10466/> Acesso em: 04 de mai. 2015b.

\_\_\_\_\_. Nota das entidades contra o corte no orçamento do SUS. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/nota-das-entidades-contr-o-corte-no-orcamento-do-sus/>. Acesso em: 23 fev. 2016

ASSIS, M. de. Obra Completa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar 1994. v. II.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial: o Estado num mundo em transformação. Washington, DC: Banco Mundial, 1997.

\_\_\_\_\_. Um ajuste justo - análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Washington, DC: Banco Mundial, 2017.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp.1385-1397

BAHIA, L. & SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde, In: GIOVANELLA, L. (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

BARRETO ML, TEIXEIRA MG, BASTOS FI, XIMENES RA, BARATA RB, RODRIGUES LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377(9780): 1877-89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561657>

BERLINGUER, G; TEIXEIRA, SF & CAMPOS, GWS. *Reforma Sanitária: Brasil e Itália*. São Paulo: CEBES-Hucitec; 1988.

BERMUDEZ, J.A.Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018, vol.23, n.6, pp.1937-1952

BITTENCOURT, G.B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília*, 5(1):102-121, jan./mar, 2016 <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política* 13. ed. reimpr. Brasília: Universidade de Brasília, 2008

BONAVIDES, P. Ciência Política. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BOSCHI, R.; GAITÁN, F. Neodesenvolvimentismo. In: IVO, A.B.L. (coord) Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.p.325-329

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN. Resolução no CIPLAN-6, de 3 de maio de 1984. Aprova o documento Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto no. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS). Brasília, 1987.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988 – Brasília: Presidência da República. Casa Civil., 1988

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18.055.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção I, 31 dez./1990. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 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.saúde.gov.br/bvs/saúdelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/saúdelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Família - uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência a Saúde/Coordenação de saúde da Comunidade. Brasília, 1997a.

\_\_\_\_\_. Portaria no.1.866 GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Ato da Mesa no 69, de 10 nov. de 2005. Cria o registro de Frentes Parlamentares na Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados, Brasília p.8, 11 nov.2005a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no. 648 GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n.6025 de 22 de janeiro de 2007. Institui o Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2007a. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6025.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6025.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.027 de 26 de Novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Diário Oficial da União 2007; 26 Nov. Brasília: 2007b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 – Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 13 Conferência Nacional de Saúde. Saúde e Qualidade de Vida Políticas de Estado e Desenvolvimento. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: 2009a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009 (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.601 de 07.07.2011) Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n.4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 12.466 de 24 agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília: 2011a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 29 jun. 2011b. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 3 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: 04 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 04 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html)>. Acesso em: 03 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011g. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 03 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília,



DF, 2011h. Disponível em: < <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108559-1473.html>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei n. 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011i. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm) Acesso em 14 de abril de 2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012a

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 16 jan. 2012b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp141.htm)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)>. Acesso em: 03 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Comissão Especial do Pacto Federativo. Requerimento N. 43 de 13 de maio de 2015 (do Sr. Antônio Jácome). Brasília: 2015a Disponível em

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2015b

BRESSER-PEREIRA, L.C. Democracia, estado social e reforma gerencial. Revista de Administração de Empresas. São Paulo. v. 50 n.1 jan/mar 2010, p.112-116

BRUYNE, P. de; HERMAN, J. & SCHOUTHEETE, M. de. Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: Os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

BUSS, P. M. & FILHO, A. P. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CAMPOS G.W.S. Reforma da Reforma - repensando a saúde. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1992.

CAMPOS, G.W.S. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil. In: Rizzotto, M.L.F & Costa, A.M. (org). 25 anos do Direito Universal a Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. 246p.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G. et al. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 87-121.

CARVALHO, J.M. Federalismo y Centralización em el Imperio Brasileño: historia y argumento. In: CARMAGNANI, M. Federalismos latinoamericanos: México/Brasil/Argentina. Fondo de Cultura Económica. Cidade do México, 1993

CARVALHO, G de C de. Participação da comunidade na saúde. Fundo: IFIBE; CEAP, 2007. 259 p.

CARVALHO, LM. 1988: segredos da Constituinte. Rio de Janeiro: Edições Record; 2017

CARVALHO, E.B.; CECÍLIO, L.C. de O. A regulamentação do setor saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 9, p. 2.167-2.177, set. 2007.

CASCIONE, S. R. S. Institucionalização e influência das frentes parlamentares no Congresso brasileiro. 2018. xviii, 166 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciência Política)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CEBES. A Questão Democrática na Área da Saúde. Documento elaborado pelo CEBES Nacional no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara Federal – outubro de 1979 Revista Saúde em Debate, N.9 - jan./fev./mar. Rio de Janeiro, 1980 Disponível em <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=SaúdeDebate&PagFis=3121>

\_\_\_\_\_. Movimento Sanitário reage ao capital estrangeiro na atenção à saúde. Disponível em <http://cebes.org.br/2015/01/movimento-sanitario-reage-ao-capital-estrangeiro-na-atencao-a-saude/>. Acesso em: 09 de jan. 2015a

\_\_\_\_\_. Doações de planos de saúde nas eleições de 2014 crescem 263% e vão a R\$ 55 milhões. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/03/doacoes-de-planos-de-saude-nas-eleicoes-de-2014-crescem-263-e-vao-a-r-55-milhoes>. Acesso em: 01 de mar. 2015b.

\_\_\_\_\_. Nota de Repúdio: nenhum direito a menos! Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/05/nota-de-repudio-nenhum-direito-a-menos/>. Acesso em: 19 mai. 2016.

CERQUEIRA, S.C.C & SOUZA, L. G. Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira: Financiamento em 2015. Relatório de acompanhamento de políticas. Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)/ISC/UFBA: Salvador, 2015. Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>

COHN, A. Debate sobre o artigo Paim. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). CNS repudia aprovação da PEC do Orçamento Impositivo. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2015/02fev11\\_repudio\\_pec\\_orcamento\\_impositivo.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/02fev11_repudio_pec_orcamento_impositivo.html). Acessado no dia 11/02/2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (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.

\_\_\_\_\_. Atenção Primária. Seminário do CONASS para construção de consensos. Brasília: CONASS, 2004a. (CONASS Documenta; v.2)

\_\_\_\_\_. Para entender a gestão do Programa de medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. Brasília: CONASS, 2004b. (CONASS Documenta v.3)

\_\_\_\_\_. Pacto pela Saúde. Jornal do CONASS. Brasília: CONASS, 2006a

\_\_\_\_\_. Ata da 1a Assembléia Ordinária do CONASS em 25 de janeiro de 2006. Brasília: CONASS, 2006b

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS. Atividades e Resultados. Abril de 2005 a abril de 2006. Brasília: CONASS, 2006c. 136 p. (CONASS Documenta n. 11)

\_\_\_\_\_. Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil. Brasília: CONASS, 2006d. 136 p. (CONASS Documenta n. 12)

\_\_\_\_\_. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006e

\_\_\_\_\_. CONASS 25 anos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a. 156 p.

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão da Diretoria – Abril de 2006 a Março de 2007. CONASS 25 anos. CONASS. Brasília: CONASS, 2007b. (CONASS Documenta n.13)

\_\_\_\_\_. Jornal do CONASS. 13a. Conferência Nacional de Saúde: CONASS apresenta suas propostas. Edição especial 31 | outubro e novembro de 2007. Brasília: CONASS, 2007c

\_\_\_\_\_. Estatuto do CONASS. Brasília: CONASS, 2007d.

\_\_\_\_\_. Ata da 7a Assembléia Ordinária do CONASS em 22 de agosto de 2007. Brasília: CONASS, 2007e

\_\_\_\_\_. Para entender a gestão do SUS. Coleção Progestores. Brasília: CONASS, 2007f.

\_\_\_\_\_. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ata da 7a Assembléia Ordinária do CONASS em 29 de julho de 2009. Brasília: CONASS, 2009b

\_\_\_\_\_. As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde: CONASS, 2010. 108 p. (CONASS Documenta; 21)

\_\_\_\_\_. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2011a. 436 p. – (CONASS Documenta, 23)

\_\_\_\_\_. Ata da 1ª Assembléia Ordinária do CONASS em 23 de fevereiro de 2011. Brasília: CONASS, 2011b

\_\_\_\_\_. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano I, número 2, Julho, Agosto e Setembro de 2011. Brasília: CONASS, 2011c

\_\_\_\_\_. Promovendo saúde para todos os brasileiros. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano II, número 3, Janeiro, Fevereiro e Março de 2012. Brasília: CONASS, 2012

\_\_\_\_\_. A Lei no 141/2012 e os Fundos de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2013a. 159 p. – (CONASS Documenta, 26)

\_\_\_\_\_. Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: acesso universal e proteção social. Brasília: CONASS, 2013b. 146p. – (CONASS Documenta, 27)

\_\_\_\_\_. CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média. Brasília: CONASS, 2013c. 173 p. – (CONASS Debate, 1)

\_\_\_\_\_. Saúde: para onde vai a nova classe média. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). ano III, número 7, Abril, Maio e Junho de 2013. Brasília: CONASS, 2013d

\_\_\_\_\_. Agenda para a saúde do Brasil. Propostas do CONASS aos candidatos a Presidência. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano VI, número 12, Julho, Agosto e Setembro de 2014. Brasília: CONASS, 2014a.

\_\_\_\_\_. Construindo o SUS no Brasil. Confirma o que dizem o ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, sobre a expectativa em relação aos desafios do SUS para a próxima gestão. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano VI, número 13, Outubro, Novembro e Dezembro de 2014. Brasília: CONASS, 2014b.

\_\_\_\_\_. CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil. Brasília: CONASS, 2014a. 100 p. – (CONASS Debate, 2)

\_\_\_\_\_. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção a saúde. Brasília: CONASS, 2014b. 171 p. – (CONASS Debate, 3)

\_\_\_\_\_. Coleção para entender a Gestão do SUS 2015. Brasília: CONASS, 2015a.

\_\_\_\_\_. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015b. 400 p. – (CONASS Documenta, 28)

\_\_\_\_\_. Na Câmara dos Deputados, CONASS manifesta preocupação dos secretários estaduais de saúde em relação ao futuro do SUS. Disponível em: [http://www.conass.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4407:na-camara-dos-deputados-conass-manifesta-preocupacao-dos-secretarios-estaduais-de-saude-em-relacao-ao-futuro-do-sus&catid=3:noticias&Itemid=12](http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4407:na-camara-dos-deputados-conass-manifesta-preocupacao-dos-secretarios-estaduais-de-saude-em-relacao-ao-futuro-do-sus&catid=3:noticias&Itemid=12). Acessado no dia 28/09/2015c.

\_\_\_\_\_. Inovação na Atenção Especializada no Brasil. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano V, número 16, Julho, Agosto e Setembro de 2015. Brasília: CONASS, 2015d

\_\_\_\_\_. Crise: ameaça e oportunidade. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano V, número 17, Outubro, Novembro e Dezembro de 2015. Brasília: CONASS, 2015e

\_\_\_\_\_. CONASS Debate – Que saúde você vê? Brasília: CONASS, 2015f. 76 p. – (CONASS Debate, 4)

\_\_\_\_\_. Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos? Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano V | Número 14 | Janeiro, Fevereiro e Março de 2015. Brasília: CONASS, 2015g

\_\_\_\_\_. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano VI, número 20, Julho, Agosto e Setembro de 2016. Brasília: CONASS, 2016a

\_\_\_\_\_. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano VI, número 21, Outubro, Novembro e Dezembro de 2016. Brasília: CONASS, 2016b

\_\_\_\_\_. Nota conjunta CONASS e CONASEMS sobre a PEC 241. Disponível em: <http://www.conass.org.br/nota-conjunta-conass-e-conasems-sobre-a-pec-241/>. Acesso em: 21 jun. 2016c

\_\_\_\_\_. Judicialização na Saúde. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano VI, Número 19. Abril, Maio e Junho de 2016. Brasília: CONASS, 2016d

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde. Propostas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para sua efetivação como política pública no Brasil. Brasília: 2016e. Disponível em <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Promoção-da-Saúde-CONASS.pdf>

\_\_\_\_\_. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano V, número 22, Janeiro, Fevereiro e Março de 2017. Brasília: CONASS, 2017

\_\_\_\_\_. Apresentação sobre o CONASS realizada pelo Dr. Jurandi Frutuoso em 20/09/2018. Brasília, 2018a.

\_\_\_\_\_. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano V, número 29, Janeiro, Fevereiro e Março de 2018b

\_\_\_\_\_. Propostas do CONASS aos candidatos à presidência da república em 2018. Brasília: CONASS, 2018c.

CONASEMS. Nota - Financiamento da saúde e atualização dos repasses de janeiro. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/servicos/todas-noticias/45-ultimas/4285-presidenta-sanciona-lei-orcamentaria-anual>>. Acesso em: 08 jan. 2016

CONASEMS. A história do CONASEMS: da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000. Brasília: CONASEMS, 2007, p.38  
COSTA, A.M. A saúde em tempos de golpe. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 5-12, jan-mar 2017

COSTA, N.R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, n. 5, p. 1.453-1.462, 2008.

DANTAS, A.V. DO SOCIALISMO À DEMOCRACIA: DILEMAS DA CLASSE TRABALHADORA NO BRASIL RECENTE E O LUGAR DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2014

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-226. 380 p.

DOBASHI, B. Entrevista a reportagem especial "Após 21 anos, Lei n. 8.080/90, enfim, é regulamentada". In: CONASS. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano, numero, Julho, Agosto e Setembro de 2011

DOBASHI, B. Entrevista Beatriz Dobashi. In: CONASS. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano II, numero 3, Julho, Agosto e Setembro de 2012

DOMINGUES, J.M. Crise da república e possibilidades de futuro. Ciência & Saúde Coletiva, 22(6):1747-1758, 2017

DOURADO, D. DE A; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública 2011;45(1):204-11

EIBENSCHUTZ, C. (org) Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996

ELAZAR, D. Exploring federalism, by Daniel J. Elazar. The University of Alabama Press. 335p. 1987

ESCOREL, S. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, Ligia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. p.385-434. 2008.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R. DO; EDLER, F.C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C. (org). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p 59-81

ESPERIDIÃO, M.A. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org). Saúde coletiva: teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

ESPERIDIÃO, M.A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V.42 Número especial 2, p. 341-360, Outubro 2018

FAGNANI, E. A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. Texto para Discussão. IE/UNICAMP, Campinas, n.192, junho 2011

FAGNANI, E. Política Social no Brasil (1964-2002): entre a Cidadania e a Caridade. UNICAMP – Instituto de Economia. Tese de Doutorado. Campinas, 19 de agosto de 2005.

FEDERICO, L. Análise Política em Saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: EDUFBA, 2015. 286p.

FIORI, JLC. Prefácio ao poder global. Rev. Tempo Mundo [internet]. 2010 ABR. Acesso em 20 de março de 2019; 2(1):131-153. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/rtm/100923\\_rtm\\_port02\\_cap6.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/rtm/100923_rtm_port02_cap6.pdf)

FLEURY, S. La reforma sanitaria: en busca de una teoría. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara, 1990.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: Matta, G. C. & Lima, J.C.F (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

FLEURY, S. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). ERA. São Paulo, v.49 n.4, out/dez 2009

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012 159

FLEURY, S. & OUVENERY, AM. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da Política de Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204 p.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad. Saúde Pública [online]. 1990, volume.6, n.2, pp.129-153

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva, 23 (6): 1763-1776, 2018

GONZALEZ, V. V. A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

GOULART, F. A. A. et al. Esculpindo o SUS a golpes de portaria.– considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):292-318, 2001

GOULART, F. A.A. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso? Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

GRAMSCI, A. Os intelectuais e a organização da cultura. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

GRAMSCI, A. Maquiavel, a política e o Estado Moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 4ª edição. 1980. 444p.

GRAMSCI, A. O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935. Organização e Introdução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. (Leitores). 375p.

GRUPPI, L. Tudo começou com Maquiavel. As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: LPM Editore. 1980. 93p.

HOMERO. *Íliada*. Tradução e prefácio de Frederico Lourenço; introdução e apêndices Peter Jones; introdução à edição de 1950 E.V.Rieu. 1a. ed. São Paulo: Penguin Classics. Companhia das Letras, 2013.

HSIAO, W. What should macroeconomists know about health care policy? a primer, International Monetary Found, IMF, Working Paper no.0/136. 2000

JACCOUD, L. & VIEIRA, F. S. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Texto para discussão. 2399. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea. Brasília: Rio de Janeiro, julho de 2018.

JATENE, A. Entrevista concedida a Profa Dra. Zeloí Aparecida Martins dos Santos. Cuiabá, 9 ago. 2006. In: BRASIL. CONASS. 25 anos. Brasília: CONASS, 2007.

KATON WJ, VON KORFF M, LIN EH, SIMON G, LUDMAN E, RUSSO J, CIECHANOWSKI P, WALKER E, BUSH T. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61:1042-1049.

KOPPENJAN, J. & KLIJN, E.H. Managing uncertainties in networks: a network approach to problem solving and decision making. London: Routledge, 2004

KINGDON, J. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 2003. 2a. ed. New York, Harper Collins

LIMA, J. de C. Resenha do livro “Teoria do jogo social” de Carlos Matus. *Ciência & Saúde Coletiva* vol.15 no.5 Rio de Janeiro: 2010. p. 2647-2648



LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LIMA L.D., QUEIROZ L.F.N., MACHADO C.V., VIANA A.L.D. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1903-1914.

LIMA, N. T. (Org.) Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 324p.

MACHADO, CV; LIMA, LD de & BAPTISTA, TW de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, suppl.2.

MACHADO, C.V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2014;48(4):642-650

MAGNO, L.D; PAIM, J.S. Dos clamores das ruas aos rumores no congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 9, p. 1-14, 2015.

MARCONI, M A; LAKATOS, EM. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010

MALCOM L, WRIGHT L, CARSON L. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *New Zealand Med. J.* 2000; 113:514-517.

MAPELLI JÚNIOR, R. Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS / Reynaldo Mapelli Júnior. São Paulo, 2015. Tese (doutorado) -Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

MARQUES, E. C. “Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos”. IN: *BIB*, Rio de Janeiro, n. 43, 1997.

MATUS, C. Política, planejamento & governo. 3ª ed. Brasília: IPEA, 1997

MATUS, C. Teoria do Jogo Social. São Paulo: FUNDAP, 2005. 524p.

MATUS, C. Estratégias Políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi. São Paulo: FUNDAP, 2007. 2ª impressão. 294p

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil, in: E. Gallo. Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 117-49

MELO, M.F.G.C. de. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. Campinas, São Paulo, 2017. 206p.

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador; Casa da Qualidade; 2001. 2 v p. (Coleção saúde coletiva).

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENICUCCI, T. M.G. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 303-325.

MENICUCCI, T.M.G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processo e trajetória. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ UFMG. Belo Horizonte, 2003.

MINAYO, M. C. de S. (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais)

MIRANDA, A.S. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 385-400, abr-jun 2017

MIRANDA, A.S. Análise estratégica do processo decisório na comissão intergestores tripartite do sistema único de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MONTEIRO, M.G. Trayectoria y cambios de dirección en las políticas públicas: análisis de La reforma Del sistema sanitario brasileño (1975-2015). Tesis doctoral. Doctorado em Ciencia Política, Políticas Públicas e Relaciones Internacionales. Departamento de Ciencia Política y Derecho Público. Universidad Autónoma de Barcelona. Octubre de 2016. 327p.

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Artigo de Opinião. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v 42, n. 116, p. 11-24, Jan-Mar 2018.

MÜLLER, Júlio. Entrevista concedida a Profa Dra. Zeloí Aparecida Martins dos Santos. Cuiabá, 3 jul. 2006. In: BRASIL. CONASS. 25 anos. Brasília: CONASS, 2007.

NASCIMENTO, P.R. do; ZIONI, Relações federativas no SUS: autonomia nas relações intergovernamentais da CIB-SP. Revista de Direito Sanitário 3 (2), 11-33, 2002

NOGUEIRA, T.S. Licenciamento compulsório e acesso ao tratamento do HIV/AIDS no Brasil. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

NORONHA, J.C.DE; LIMA, L.D. DE; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, L. et al (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 1112p.

OLIVEIRA, A. A. P. DE. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, E. Teoria e prática da atuação das Frentes Parlamentares: o caso da Frente Parlamentar Mista de Educação em 2011. Câmara dos Deputados. Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento. Programa de Pós-Graduação. Brasília: 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; 2010.

\_\_\_\_\_. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal Ginebra: OMS; 2013.

PAIM, J.S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cadernos de Saúde Pública. 1986; 2 (2):183.

PAIM, J.S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2002

PAIM, J.S. Contribuições do Marxismo para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). In: Pereira, M.F. & Silva, M.D.F. (org.). Recortes do Pensamento Marxista em Saúde. Brasília, Dreams, 2006, p.29-41

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008a. 356 p.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta, G. C. & Lima, J.C.F (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008b.

PAIM, J.S. 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v.2 n.1 p.63-86, jul/dez. 2008c.

PAIM, J.S. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v.33 n.81 p.27-37, jan/abr. 2009b.

PAIM, J.S. Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016. Projeto submetido a avaliação na categoria de Bolsa de produtividade de Pesquisa - CAPES/CNPQ. Salvador, julho de 2013a

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (10): 1927-1953, out, 2013b

PAIM, J.S. Posfácio. In: Federico, Leonardo. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: EDUFBA, 2015. 286p.

PAIM, J.S. O Sistema único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6): 1723-1728, 2018

PAIM, J.S & TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup): 1819-1829, 2007

PAIM, J.; TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios (2011). *The Lancet*, Estados Unidos da América, série: a saúde dos brasileiros, primeiro fascículo. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 maio. 2015

PEREIRA, E. M; LINHARES, F. O Estado e as Políticas Sociais no Capitalismo. In: Morosini, M. V. G. C & Reis, J.R.F (Org.) *Sociedade, estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PESTANA, M. Entrevista concedida a Profa Dra. Zeloí Aparecida Martins dos Santos. Cuiabá, 2 ago 2006. In: BRASIL. CONASS. 25 anos. Brasília: CONASS, 2007.

PIERSON, P. Fragmented Welfare States: federal institutions and development of social policy. In *Governance*, v.8, n.4, out.1995.

PINTO, I. C. de M. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o Caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia. TESE (de Doutorado). Faculdade de Administração da UFBA. Salvador – Bahia 2004

PINTO, L.F. & GIOVANELA, L. Do Programa à Estratégia de Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6): 1903-1914, 2018

PMDB. Fundação Ulisses Guimarães. A travessia social. Uma ponte para o futuro. Brasília, 16 de maio de 2016. Disponível em [https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/TRAVESSIA%20SOCIAL%20-%20PMDB\\_LIVRETO\\_PNTE\\_PARA\\_O\\_FUTURO.pdf](https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/TRAVESSIA%20SOCIAL%20-%20PMDB_LIVRETO_PNTE_PARA_O_FUTURO.pdf)

POULANTZAS, N. O Estado, o Poder, o Socialismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

POULANTZAS, N. O Estado capitalista: uma resposta a Miliband e Laclau. *Revista Crítica Marxista*, n.27, p.105-127, 2008.

PORTELLI, H. Gramsci e o Bloco Histórico. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1977. 142p.

PORTES, L.H. et al. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6): 1837-1848, 2018

RADIS. As ameaças que vem do Congresso. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP); FIOCRUZ. *Comunicação e Saúde desde 1982*, número 156, setembro 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/156>.

RADIS. Austeridade mata. Cortes nos investimentos ameaça a saúde dos brasileiros e sobrevivência do SUS. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP); FIOCRUZ. Comunicação e Saúde desde 1982, número 185, fevereiro 2018.

RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS) Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(1):81-92, jan-mar, 1997

ROMERO, L.C. O Sistema Único de Saúde - um capítulo a parte. Volume V - Constituição de 1988: O Brasil 20 anos depois. Os Cidadãos na Carta Cidadã. Senado Federal: Brasília, 2017 Disponível em <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>

SAMAJA, J. Epistemologia y Metodologia. Buenos Aires: Eudeba, 1993

SANO, H. Articulação horizontal no federalismo brasileiro: os Conselhos de secretários estaduais. 308f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

SANO, H. & ABRUCIO, F.L. Federalismo e articulação interestadual: o papel do CONSAD na política de modernização da gestão pública. In: Congresso CONSAD de Gestão Pública, 2, Anais. Brasília, 2009

SANO, H. Desafios da articulação intergovernamental: a atuação dos conselhos de secretários de saúde. In: Promovendo saúde para todos os brasileiros. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano II, número 3, Janeiro, Fevereiro e Março de 2012. Brasília: CONASS, 2012

SANTOS, L. SUS: Desafios político-administrativos da Gestão Interfederativa da Saúde. Regionalizando a descentralização. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Campinas, São Paulo, 2012

SANTOS, N.R. Entrevista concedida a Profa. Dra. Zeloí Aparecida Martins dos Santos Brasília, 21 jun. 2006. In: BRASIL. CONASS. 25 anos. Brasília: CONASS, 2007.

SANTOS, N.R. dos. SUS: 25 anos profícuos de resistência e avanços possíveis. In: RIZZOTTO, M.L.F & COSTA, A.M. (org) 25 anos do Direito Universal a Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. 246p.

SANTOS, N.R dos. SUS fora do rumo: busca de luzes acima do SUS. Revista Saúde em Debate v39 n46. 2015

SANTOS, N. R. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 353-364, abr-jun 2017

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. Ciência & Saúde Coletiva 2018a, vol.23, n.6, pp.2043-2050.

SANTOS, N.R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva 2018b, vol.23, n.6, pp.1729-1736.

SCOTTI, R. Entrevista. In: BRASIL. Jornal do CONASS. Dezembro de 2002.

SCOTTI, R. Entrevista concedida a Profa. Dra. Zeloí Aparecida Martins dos Santos Brasília, 15 set. 2006. In: BRASIL. CONASS. 25 anos. Brasília: CONASS, 2007.

SCOTTI, R. Entrevista Ricardo F. Scotti In: CONASS. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS). Ano V, numero 22, Janeiro, Fevereiro e Marco de 2017. Brasília: CONASS, 2017.

SESTELO, J. A.F. Planos de saúde e dominância financeira. Salvador: EDUFBA, 2018. 397p.

SILVA, V.M. As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, T.H.S. Força ou Consenso: a Reforma Sanitária Brasileira entre o Dilema Reformista e o Minotauro da Saúde. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SILVA, B.T. Análise estratégica da participação do Conselho Nacional de Saúde na construção da política de saúde no Brasil de 2014 a 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

SILVA, M.F.; BENEVIDES, S.C. & PASSOS, A.Q.S. Impeachment ou golpe? Análise do processo de destituição de Dilma Rousseff e dos desdobramentos para a democracia brasileira. Trabalho preparado para apresentação no 9o Congresso Latinoamericano de Ciência Política, organizado pela Associação Latino-americana de Ciência Política (ALACIP). Montevideu, 26 ao 28 de julho de 2017.

SINGER, A. Cutucando onças com varas curtas. O ensaio desenvolvimentista no primeiro governo de Dilma Rousseff (2011-2014). Novos estudos CEBRAP 2015; 102:43-71

SOPHIA, D. C. Saúde & Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

SOUSA, C. M. B. A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. in: Hochman, Gilberto (org.) Políticas públicas no Brasil. [livro eletrônico] / organizado por Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques. --Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007

STEVANIM, L. F. F.. SUS: As ameaças que vêm do Congresso - As vozes da saúde no Legislativo. Revista Radis (Fundação Oswaldo Cruz), Rio de Janeiro, p. 14 - 23, 01 set. 2015

MORETTI, B. & REGO, A. P. M. Orçamento e saúde pública em tempos de austeridade. In: Anais do 6o Encontro Internacional de Política Social; 13o Encontro Nacional de Política Social. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

STEVANIM, L.F. Vozes da Saúde no Legislativo. RADIS, Nº 156. SET. 2015.

TEIXEIRA, C.F., organizadora. Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA; 2010

TEIXEIRA, C.F. & VILASBOAS, A.L. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? 2o Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: 2013. Disponível em: [http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais\\_painel/034.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/034.pdf)

TEIXEIRA, C.F. & SILVEIRA, P. (orgs), Glossario de Análise política em Saúde, Edufba, 2016, p 122

TEIXEIRA, C.F. & PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. Artigo de opinião. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.42, Número Especial 2. p.11-21, outubro, 2018.

TEIXEIRA, R.A & PINTO, E.C. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. Textos para discussão 006. Instituto de Economia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Setembro de 2012 Disponível em [http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/publicacoes/discussao/2012/IE\\_Teixeira\\_Pinto\\_2012\\_TD006.pdf](http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/publicacoes/discussao/2012/IE_Teixeira_Pinto_2012_TD006.pdf)

TEIXEIRA, M.G. et al. Conquista do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, 23 (6): 1819-1828, 2018

TEMPORÃO, J.G. Entrevista com o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):2061-2066, 2018

TESTA, M. Pensamento Estratégico e Lógica da Programação, Hucitec Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

TESTA, M. Pensar en salud. 1ed.3a.reimpressão Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. 240p.

TESTA, M. Decidir en Salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? Salud Colectiva. 2007;3(3):247-257.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, 23 (6): 1751-1762, 2018

VIANA, A.L.D'À& MACHADO, A.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (3): 807-817, 2009

VIANA, A.L.D'À & DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento):225-264, 2005

VIANNA, L.W. Caminhos e Descaminhos da Revolução Passiva à Brasileira. *Dados* vol. 39 no. 3 Rio de Janeiro, 1996.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52581996000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300004)

VICTORA CG, AQUINO EML, DO CARMO LEAL M, MONTEIRO CA, BARROS FC, SZWARCWALD CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 May 28; 377 (9780):1863-76.  
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736%2811%29601384/abstract#>

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica n.28. IPEA: Brasília, 2016

WAGNER EH, GLASGOW RE, DAVIS C, BONOMI AE, PROVOST L, MCCULLOCH D, CARVER P, SIXTA C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*. 2001; 27:63-80.

World Health Organization (WHO), World Bank (WB). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report* New York: WHO, WB; 2017.

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). *Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Declaración de Astaná (Kazajstán)*, 2018. Disponível em <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration> Acesso em 11/04/2019.

WRIGHT, DS. *Understanding intergovernmental relations*. 3ed. California: Books/Cole Publishing Company, 1998

YIN, R.K. *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.



**APÊNDICE A – MATRIZ PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS ATAS DAS ASSEMBLEIAS DO CONASS**

<b>Data</b>	<b>Título</b>	<b>Presidência</b>	<b>Pauta</b>	<b>Pauta da CIT</b>	<b>Destaques</b>
25/01/2006	1ª Assembléia Ordinária	Marcus Pestana	a) Lançamento do CONASS Documenta 10 – I Encontro do CONASS para troca de experiências; b) Consórcio Interestadual de Saúde; c) Orçamento do MS para 2006 - Situação Atual; d) Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) – Dr. Fernando Cupertino – Secretário Estadual de Goiás 3. FÓRUM “Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para o Brasil”; 4. Apresentação da nova página do CONASS na internet; 5. Notificação Recomendatória da Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região ao Fundo Nacional de Saúde sobre os Agentes Comunitários de Saúde.	Pauta da CIT: a) PPI/VS – SVS/MS.; b) Agenda de compromisso pela saúde – 2006: b1) Diretrizes operacionais para implementação dos Pactos, b2) Redução das modalidades de transferências dos recursos federais para estados e municípios, b3) Choque de Descentralização; 7. Informes: a) Portaria SAS/MS 741/05 que define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; b) Portaria GM 2608/05 que define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais; c) Fornecimento de Interferon Alfa pelo MS; d) Situação dos medicamentos para Tuberculose; e) Recomendação do CNS sobre os Seminários Estaduais – DST/AIDS e Controle Social; f) Manifesto – Reforma Sanitária Brasileira.	<u>Orçamento do MS para 2006 - Situação Atual</u> : o relator setorial do orçamento contemplou a nota técnica do CONASS em seu relatório que deverá ter sua leitura iniciada hoje no Congresso Nacional. O relatório sugere que seja retirada a despesa do “bolsa família” e com os ajustes do cumprimento da emenda haveria a possibilidade de acréscimo de aproximadamente 1,4 bilhões para ser realocado nas áreas de média e alta complexidade com 1 bilhão, medicamentos de dispensação em caráter excepcional com 320 milhões, e atenção primária, com 80 milhões. A Secretaria Executiva encaminhou e-mail para todos os deputados e senadores, titulares e suplentes, reiterando a solicitação de 4,7 bilhões, tendo em vista as graves dificuldades que o SUS está enfrentando. Dr. Pestana informa da audiência que irá ocorrer às 14h30 com o Ministro Jaques Vagner, na qual o CONASS, em conjunto com a Frente Parlamentar de Saúde e com o Conselho Nacional de Saúde, irá discutir a regulação da EC 29. <u>FÓRUM “Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para o Brasil”</u> : O CONASS realizará nos dias 13 e 14 de março de 2006, no Rio de Janeiro, em parceria com o Jornal “O Globo”, um fórum para discussão das perspectivas do sistema público de saúde a partir das eleições presidenciais. Foram convidados para a abertura o Presidente da República e para as mesas redondas e painéis os presidentes dos quatro principais partidos: PFL, PMDB, PT e PSDB; os ex – ministros Adib Jatene, José Serra e Humberto Costa; o Governador Geraldo Alckmin; o Prefeito Marcelo Deda de Aracajú/SE; a Dra. Zilda Arns da Pastoral da Criança e do Conselho Nacional de Saúde; o Dr. Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; o Dr. Antônio Fernando Barros e Silva e Souza, Procurador Geral de Justiça e pela academia o Professor Gastão Wagner, o Professor Eugênio Vilaça e o Professor Paulo Buss.

**APÊNDICE B – MATRIZ PARA ANÁLISE DOCUMENTAL REVISTA CONSENSUS, CONASS DOCUMENTA E CONASS DEBATE**

Ano	Número	Título	CONTEUDO	DESTAQUE
2011	ano I, número 1	SUS: O desafio da Saúde para todos	<p>Nesta edição, entrevista com Adib Jatene — primeiro presidente do CONASS, ex-ministro da Saúde e presidente do Hospital do Coração, em São Paulo. Em um encontro com a equipe da Revista CONSENSUS, Jatene falou abertamente sobre o subfinanciamento do setor, a formação de profissionais de saúde e outros temas relevantes.</p> <p>A matéria de capa é uma reflexão sobre as duas décadas de existência do SUS. Ouvimos oito personalidades, entre elas Alexandre Padilha, ministro da Saúde, e os presidentes do CONASS, Beatriz Dobashi, e do Conasems, Antonio Carlos Nardi, que falaram sobre o desafio da saúde para todos. Como reportagem especial, a repercussão sobre a publicação do Decreto n. 7.508 que regulamenta a Lei n. 8.080/90.</p> <p>Por fim, artigo escrito especialmente para a revista, SUS: desafios e perspectivas, de autoria do professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Paim.</p>	<p>"É uma discussão inaceitável. É a negação do PSF e a médio prazo pode excluir o programa em um momento em que nós obtivemos um reconhecimento internacional extraordinário. O artigo do British Medical Journal de novembro do ano passado coloca o PSF como modelo inclusive para os países de alta renda e nós estamos deixando o programa ser desvirtuado. Isso na minha avaliação tem muito a ver com a influência política do programa. Eu sempre defendi a idéia de que não deveria haver influência política no programa, pois políticos não deveriam se utilizar dele." (Adib Jatene, 2011)</p> <p>"A participação da União era de 1,73% e passou para 1,62%, entre 2000 e 2008. Os estados que gastavam 0,63% do PIB passaram a gastar 0,97%. Os municípios que gastavam 0,78/0,80% passaram a 1,57% do PIB. A melhoria do gasto foi custeada pelos estados e, principalmente, pelos municípios, enquanto a União diminuiu a sua participação. Isso é inconcebível! (...) Por isso, quando eu estive em dezembro em uma reunião de transição de governo e a presidente Dilma conversou comigo particularmente, eu disse que ela não conseguiria fazer da Saúde a prioridade do governo. Ela me questionou e disse que seria prioridade sim, mas eu disse a ela: "Prioridade, presidente, a gente sabe pelo volume de recurso que a gente acrescenta ao orçamento, e a senhora não vai poder acrescentar volume significativo, porque se olhar o orçamento da União, os recursos que podem ser utilizados não ultrapassam 10% do volume total dos recursos". (Adib Jatene, 2011)</p> <p>"Nós colocamos na Constituição Federal que o financiamento da seguridade seria distribuído paritariamente entre a saúde, a previdência e a assistência social. Na verdade, isso nunca aconteceu. (...) Além disso, há muito mais dinheiro privado que dinheiro público na Saúde. Isso tudo é devastador para garantir o direito à saúde para toda a população brasileira." (Beatriz Dobashi, 2011)</p> <p>"O discurso de posse da Dilma foi o melhor de todos os presidentes da República dos últimos 16 anos e depois ela se silenciou. Eu tenho impressão de que esse silêncio seja uma reflexão para logo trazer a solução desse financiamento para o Congresso". (Darcisio Perondi, FPS)</p> <p>"Apesar do avanço, o decreto ainda mantém a lacuna de não retomar o artigo 35 da Lei n. 8.080, que trata dos critérios para financiamento do SUS, agrega princípios importantes para organização de redes regionalizadas de serviços de saúde, dá visibilidade aos atendimentos oferecidos, trata do conceito de integralidade da atenção e, principalmente, efetiva a territorialidade como diretriz do planejamento em saúde, até mesmo abordando a articulação dos processos nos três níveis: municipal, estadual e federal. Ainda são necessários ajustes, principalmente quanto aos contratos organizativos de ação pública, mas sem dúvida o decreto é um efetivo avanço para a gestão em saúde pública". (Beatriz Dobashi, 2011)</p>

**APÊNDICE C – MATRIZ PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS NOTÍCIAS DO SÍTIO ELETRÔNICO**

<b>DATA</b>	<b>TEMA/CATEGORIA</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>ACONTECIMENTO/FATO (RESUMO DA NOTÍCIA)</b>	<b>FONTE</b>	<b>LINK DA NOTÍCIA</b>
27/fev	Cooperação Técnica	Conass e Opas definem eixos de atuação da cooperação entre as instituições	O Conass se reuniu na manhã desta quarta-feira (27), com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para tratar da cooperação entre ambas instituições visando o aprimoramento e fortalecimento da gestão estadual do SUS. “Escolhemos atuar nas áreas de cooperação internacional, gestão de unidades públicas de saúde e gestão do trabalho e da educação na saúde que são temas recorrentemente presentes nas assembleias do Conass”.	CONASS	<a href="#">Conass e Opas definem eixos de atuação da cooperação entre as instituições</a>
26/fev	Financiamento	Presidente do STF declara apoio ao SUS durante audiência contra EC 95	O ministro presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), Dias Toffoli, declarou apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) durante audiência contra a Emenda Constitucional 95, que congelou investimentos em políticas sociais até 2036. A reunião ocorreu na última segunda (25/02), em Brasília, a partir de demanda do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que realiza ampla campanha pela inconstitucionalidade da medida aprovada pelo Congresso Nacional em 2016. O objetivo do encontro entre a mesa diretora do CNS e Toffoli foi sensibilizar o judiciário brasileiro para que a pauta ganhe prioridade no plenário do STF e seja debatida entre todos os onze ministros. “Trouxemos aqui um documento que faz uma projeção dos impactos negativos da emenda pelos próximos anos. Os estados e municípios são os que mais sofrem nesse processo”, explicou Fernando Pigatto, presidente do CNS. A Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS estima que o prejuízo à saúde pública possa chegar a R\$ 400 bilhões em duas décadas. Pigatto também frisou os estudos recentes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que prospectam um aumento significativo na mortalidade infantil e na redução de programas como Estratégia de Saúde da Família e Bolsa Família devido à restrição orçamentária. A expectativa agora é que a Ação de Inconstitucionalidade (ADI) 5658, cuja relatora é a ministra Rosa Weber, seja debatida em breve para que a emenda possa ser declarada inconstitucional por impactar de forma negativa sobre os direitos humanos e sociais no Brasil. Além de Pigatto e Neilton Araújo, participaram da audiência os conselheiros Moysés Toniollo, da Articulação Nacional de Luta Contra a Aids (An aids), Priscilla Viegas, da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (Abrato) e	CNS	<a href="http://www.conass.org.br/presidente-do-stf-declara-apoio-ao-sus-durante-audiencia-contra-ec-95/">http://www.conass.org.br/presidente-do-stf-declara-apoio-ao-sus-durante-audiencia-contra-ec-95/</a>

**APÊNDICE D1 – LINHA DO TEMPO - GOVERNOS LULA I E II**

	2006	2007	2008	2009	2010
Contexto Sócio Econômico	Política macroeconômica orientada por sistemas de metas de inflação, superávits primários e câmbio flutuante		Crise Financeira Internacional	Flexibilização da política econômica por meio (i) da adoção de medidas voltadas à ampliação do crédito ao consumidor e ao mutuário, (ii) do aumento real no salário mínimo, (iii) da adoção de programas de transferência de renda direta, (iv) da criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e da ampliação da atuação do BNDES para estimular o investimento público e privado; e v) das medidas anticíclicas de combate à crise internacional, a partir de 2009.	
Contexto Político	Eleições presidenciais	Governo de Coalização (PT, PMDB, PRB, PCdoB, PSB, PP, PR, PTB, PV, PDT PAN e PSC) Conselho Político Consolidação do Programa Bolsa Família (FAGNANI, 2011) Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica Extinção da CPMF	Projeto de Lei 360 (Contribuição Social para Saúde - CSS)	Criação da Secretaria da Receita Federal do Brasil  PEC233/2008 - Reforma Tributária  PEC 96/2009 – Desvinculação das Receitas da União	Eleições presidenciais
Ministro da Saúde	Humberto Sérgio Costa Lima (01/01/03 a 08/07/05)  José Saraiva Felipe (08/07/05...)	José Saraiva Felipe (... 31/03/06)  José Agenor Álvares da Silva (31/03/06...)	José Agenor Álvares da Silva (... 16/03/07)  Jose Gomes Temporão (16/03/07 a 31/12/10)	Jose Gomes Temporão (16/03/07 a 31/12/10)	

Sistema de Saúde	Aprovação pela CIT e pelo Conselho Nacional de Saúde do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão Formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde Criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde Política Nacional de Atenção Básica	Blocos de Financiamento Plano Nacional de Saúde 2007-2010 13a Conferencia Nacional de Saúde	Programa Mais Saúde (2008-2011) – PAC Saúde  Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria 1.559)  Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria 154)	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria 992)	Portaria GM/MS 4.279 (Rede de Atenção à Saúde)
Ações políticas do CONASS	Seminário “Para entender o Pacto pela Saúde 2006” Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil. Manifesto aos candidatos à Presidência da República Documento “SUS: avanços a celebrar, desafios a superar”	Publicação do CONASS 25 anos  Teses do CONASS para a 13a. Conferência Nacional de Saúde (Nota Técnica n.13)	Nota conjunta em Defesa da Saúde da População Brasileira  Apoio a proposta das Fundações Estatais	Seminário sobre Modelo de Atenção a Saúde no SUS  Mobilização junto a presidência da república e da Câmara de Deputados pela aprovação da EC 29/2000	

Fonte: Adaptado de PAIM, J.; TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. 2011 e desenvolvido pela autora

**APÊNDICE D2 – LINHA DO TEMPO - GOVERNOS DILMA I E II**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Contexto Sócio Econômico	Nova Matriz Econômica  2ª fase da Crise Financeira Internacional 2011 (SINGER, 2015)	Mudanças nas relações entre o sistema financeiro e o Estado brasileiro (política monetária menos ortodoxa com redução mais rápida da SELIC, redução dos juros dos bancos públicos – Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal)	Retração do investimento público e privado na produção e comércio (SANTOS,2017)		Nomeação de Joaquim Levy como Ministro da Fazenda	Novos pacotes de ajuste econômico
Contexto Político		Movimentos sociais para fortalecimento do financiamento da saúde: Saúde +10, Movimento pela Auditoria Cidadã  Regulamentação da EC 29 por meio da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde	Projeto de lei de Iniciativa Popular nº 321/2013.  Manifestações de junho e julho	Rejeição da Emenda Popular Saúde + 10  Derrubada do decreto 8.243/14 (Política Nacional de Participação Social - PNPS)  Eleições presidenciais  Plebiscito Popular pela Constituinte.  Livro Branco: Brasil Saúde 2015 da Associação Nacional de Hospitais Privados	Orçamento impositivo (PEC 358/2013 e EC 86/2015)  Reforma ministerial Agenda Brasil Uma Ponte para o Futuro (PMDB - 29/10/2015)  Manifesto de economistas, intelectuais, lideranças populares e movimentos sociais por mudanças na atual política econômica  Manifestações contra o "PL da terceirizações"	Implementação da Travessia Social (PMDB – 16/05/2016)  Desvinculação de Receitas da União (DRU), dos Estados (DRE) e dos Municípios (DRM) (2016)  Aprovação da PEC 241/55  Impeachment
Ministro da Saúde		Alexandre Padilha (01/01/11 a 03/02/14)		Arthur Chioro (03/02/14...)	Arthur Chioro (... 02/10/15) Marcelo Castro (05/10/15...)	Marcelo Castro (... 27/04/16) Ricardo Barros (13/05/16)

<p>Sistema de Saúde</p>	<p>Decreto 7.508/2011, visando regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa.</p> <p>Lei 12.401 de 28/04/2011 que alterou a Lei 8080 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS</p> <p>Lei 12.466 de 24/08/2011 que acrescentou os artigos 14-A e 14-B Lei 8.080/1990 dispondo sobre as Comissões Intergestoras, o CONASS, CONASEMS e COSEMS</p> <p>14ª Conferência Nacional de Saúde</p> <p>Política Nacional de Atenção às</p>	<p>Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria 3.124)</p>	<p>Programa Mais Médicos (Lei 12.871)</p>	<p>Abertura ao capital estrangeiro na saúde (MP nº 656 de 2014) Planos de saúde privados para todos os empregados (PEC 451/2014)</p> <p>Veto da presidenta Dilma à anistia de multas das operadoras e planos de saúde (MP 627/2014)</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Portaria 1)</p> <p>Regulamentação da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do espectro Autista (Decreto 8.368)</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (Portaria 19975)</p>	<p>Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Surto de Microcefalia)</p> <p>15ª Conferência Nacional de Saúde</p> <p>Constitucionalidade das Organizações Sociais (OSs)</p> <p>Planos de saúde após a aposentadoria (Projeto de Lei 7052/2015)</p> <p>Programa “Mais Especialidades”</p> <p>Criação do Cadastro Nacional de Especialistas (Decreto 8497/201577)</p> <p>Dispõe sobre as novas regras para os partos no âmbito da saúde suplementar (RN 36833)</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria 1.13078)</p>	<p>Tríplice Epidemia (2016)</p> <p>Ações para o Combate às Doenças Transmitidas pelo Aedes e para a Microcefalia Novas regras para incentivos financeiros (PAB variável)</p> <p>Redução de multas de planos de saúde Proposta para a criação dos planos de saúde acessíveis</p> <p>Novas Diretrizes para Cesarianas</p> <p>Ações para Redução da Sífilis Congênita</p> <p>Polêmica sobre a fosfoetanolamina sintética</p>
-------------------------	---	---	---	--	---	---

	<p>Urgências (Portarias 1600; 1601; 2026) Instituída a atenção domiciliar no SUS (Portaria 2.029)</p> <p>Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.488)</p>					
--	---	--	--	--	--	--



<p>Ações políticas do CONASS</p>	<p>Propostas do CONASS para a 14.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde</p>	<p>Seminário Internacional <i>Atenção Primária à Saúde – Acesso Universal e Proteção Social.</i></p> <p>1<sup>a</sup> Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde</p> <p>I Seminário <i>Modelos de Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde.</i></p>	<p>Seminário CONASS Debate: Saúde: para onde vai a nova classe média.</p> <p>I Oficina de Planejamento da Atenção Primária à Saúde</p> <p>Seminário CONASS Debate: caminhos da saúde no Brasil</p> <p>Oficina com secretários de saúde, assessores técnicos e jurídicos das SES, procuradores de Estado e juízes sobre judicialização da saúde e as suas implicações no SUS.</p>	<p>Seminário CONASS Debate: A crise contemporânea dos sistemas de saúde</p> <p>Seminário CONASS Debate: Como resolver a crise dos modelos de atenção à saúde no Brasil e no mundo?</p> <p>Proposta do CONASS para o HPP</p> <p>Agenda para a Saúde do Brasil</p> <p>Seminário CONASS Debate: Que saúde você vê?</p>	<p>Seminário A gestão estadual do SUS</p> <p>Carta à Nação</p> <p>Seminário do CONASS para construção de consensos</p> <p>Agenda prioritária para a Saúde no Brasil e para o fortalecimento e consolidação do SUS</p> <p>Carta de Apoio a PEC n.01-A/2015</p> <p>Propostas do CONASS para o combate às doenças transmitidas pelo Aedes aegypti no país e em especial na Região Nordeste</p>	<p>Seminário CONASS Debate: Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada</p> <p>Promoção da Saúde - proposta do CONASS para sua efetivação como política pública no Brasil</p> <p>Fórum de Debates sobre a PEC n. 241/16</p> <p>Seminário CONASS Debate: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde</p> <p>Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES)</p> <p>Apoio aos os projetos desenvolvidos no âmbito do PROADI-SUS</p>
----------------------------------	---	--	--	---	---	---

Fonte: Adaptado de PAIM, J.; TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. 2011 e desenvolvido pela autora

**APENDICE E – RELAÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE**

<b>CÓDIGO</b>	<b>FORMAÇÃO/EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>	<b>ENTREVISTA</b>
<b>E1</b>	Graduado em Odontologia, com Especialização em Saúde Pública, Especialização em Farmaco-economia e economia da saúde, Mestre em farmaco-economia e economia da saúde pela Universidade Pompeu Fade de Barcelona. Atuou como secretário municipal de saúde de Garapuava/PR, secretário de estado da saúde do Paraná, e atualmente é o coordenador técnico do CONASS.	26/09/2018
<b>E2</b>	Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe(1981), especialização em Administração Hospitalar pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde (1989), Especialização em Evidence Based Chronic Illness Care pela University of Miami Miller School of Medicine(2011), Especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva - UFBA (2005), Especialização em Saúde Pública pelo Fundação Oswaldo Cruz (1990) e Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2008). Atualmente é Assessora Técnica do CONASS. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública, saúde coletiva.	26/06/2018
<b>E3</b>	Graduada em Educação, especialização e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília - UnB. Atualmente é Gerente do Núcleo de Gestão e Planejamento do CONASS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão de Políticas Públicas.	26/09/2018
<b>E4</b>	Graduado em Medicina com especialização em Ginecologia e Obstetrícia, é mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, mestre em Música pela Universidade Federal de Goiás e doutor em Ciências da Saúde (Saúde Coletiva) pela Universidade de Brasília. É professor da cadeira de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da UFG, servidor aposentado da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e consultor em sistemas e organização de serviços de saúde. É assessor técnico do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde- Conass (desde 2006), que presidiu por duas vezes (2000-2003). Coordena a Comissão Temática da Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, desde 2015.	26/09/2018
<b>E5</b>	Graduado em Farmácia bioquímica, coordenador de Desenvolvimento Institucional do CONASS, tem uma vasta experiência dentro do conselho. Desde 1991 participava do CONASS como representante da SES/MG, atuou como secretário executivo de 1996 a 2006.	28/09/2018
<b>E6</b>	Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1981); especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP (1998); Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília - UnB (2013). Secretário de Estado da Saúde do Ceará (2003-2006). Vice-presidente (2004-2005, 2005-2006), Presidente (2006-2007) e	28/09/2018

	Secretário Executivo (2006-2007, 2010-2011, 2011-2012, 2015-2016) do CONASS	
<b>E7</b>	Graduado em Farmácia, servidor público da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná desde 1985. Foi chefe de gabinete da Fundação Nacional de Saúde, chefe da Vigilância Sanitária Estadual, diretor-geral do Centro de Medicamentos do Paraná e diretor dos Órgãos Produtores de Insumos e Imunobiológicos da Secretaria de Estado da Saúde. No município de Curitiba, foi duas vezes Secretário Municipal de Saúde e Secretário Municipal de Assuntos Metropolitanos. Foi presidente (2017/2018) e vice-presidente do CONASS.	30/10/2018
<b>E8</b>	Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Foi Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará e Superintendente da Escola Estadual de Saúde Pública do Ceará. Assessor técnico do CONASS, responsável por acompanhar e coordenador as ações de política de educação em saúde, de gestão do trabalho em saúde, políticas de equidade, políticas de saúde indígena e controle social: Conselho Nacional de Saúde, Conselho Distrital Indígena, as Conferências e algumas comissões.	30/10/2018
<b>E9</b>	Doutoranda em Saúde Coletiva (UNB), Mestre em Saúde Coletiva (UNB), especialista em Direito Sanitário (FIOCRUZ), Gestão de Política Pública (FIOCRUZ) e possui graduação em Direito (FADOM). Atualmente é assessora jurídica do CONASS e tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Sanitário.	30/10/2018
<b>E10</b>	Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina (1988) com mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2013). Assessor técnico do CONASS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nas áreas de Gestão e Epidemiologia.	31/10/2018
<b>E11</b>	Graduado em Medicina, com especialização em pediatra, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi deputado federal por três mandatos. Atualmente ocupa o cargo de secretário de Estado da Saúde de Goiás e onde ocupou as secretarias de Estado do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos, de Agricultura, de Infraestrutura e de Gestão e Planejamento, presidente do CONASS no período 2018/2019.	11/12/2018
<b>E12</b>	Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais(1961), especialização em Planejamento de Sistema de Saúde pelo Fundação Oswaldo Cruz(1969), mestrado em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais(1975) e doutorado em Cirurgia Bucal pela Universidade Federal de Minas Gerais(1968). Atualmente é Assessor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Professor da Escola de Saúde Pública do Ceará, Consultor para o projeto Qualisus do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial), Consultor da Secretária de Estado de Saúde do Espírito Santo, Consultor do CONASS.	12/12/2018

## **APENDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

### **1. Identificação do informante:**

Gostaria que você falasse um pouco sobre sua formação e trajetória profissional. E no CONASS, como se deu sua inserção? Qual o trabalho que você tem desenvolvido no CONASS?

2. Com base em sua experiência, gostaria que você relatasse **como foi a atuação do CONASS no período 2006-2016?**

Quais foram os principais temas que concentraram a atenção da entidade? Quais os temas controversos e que dividiram posições na entidade? Considerando o conjunto de atores políticos (governamentais e não governamentais) que participam direta ou indiretamente das decisões em torno da Política de Saúde e da Gestão do SUS quais os principais aliados do CONASS e quais tem sido seus adversários?

**3. Gostaria que você discorresse sobre a posição do CONASS em relação a um conjunto de temas relacionados ao processo de implementação do SUS no período 2006-2016:**

#### **3.1. Financiamento do SUS**

No período analisado, quais fatos merecem destaque em relação ao financiamento do SUS? Qual foi a posição do CONASS diante das propostas e decisões tomadas nessa área?

#### **3.2. Gestão do SUS**

Na sua opinião, quais os avanços e/ou retrocessos na gestão do sistema e dos serviços de saúde do SUS que ocorreram nesse período?

#### **3.3. Modelo de Atenção no SUS**

No período de estudo, ocorreram mudanças importantes na atenção à saúde no SUS, particularmente na Política Nacional de Atenção Básica e na Política de Atenção às Urgências e Emergências. O CONASS participou deste processo? Como foi a participação da entidade no debate político e que posição adotou?

#### **3.4. Relação público-privado**

Em 2014, foi aprovada a MP nº 656 que possibilitou a participação do capital estrangeiro na saúde. Outra proposta polêmica foi da PEC 451/2014 que propõe a obrigatoriedade de planos de saúde privados para todos os empregados, com exceção dos empregados domésticos. Qual foi o posicionamento do CONASS acerca desses assuntos?

**4. De modo geral, como você avalia a atuação do CONASS no período do Governo Lula I e II (2006-2010)? E no Governo Dilma I e II (2011-2016)**

**5. Quais as perspectivas em relação aos projetos do CONASS e ao SUS?**

**APÊNDICE G – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL****APENDICE C: TERMO DE ANUENCIA INSTITUCIONAL**

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde declara que aceita participar da pesquisa “Análise Política do posicionamento do CONASS no processo da Reforma Sanitária Brasileira no período 2006-2016”, de autoria de Sara Cristina Carvalho Cerqueira, doutoranda em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob orientação da Profa.Dra. Carmen Fontes Teixeira.

Apos a aprovação do referido projeto de doutorado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA, a pesquisadora estará autorizada a participar, na qualidade de observadora, das atividades previamente definidas pela diretoria do CONASS, bem como ter acesso a consulta aos documentos institucionais que forem autorizados. O período para realização desta atividade será acordado entre a pesquisadora e a secretaria executiva do CONASS, sendo as despesas de responsabilidade exclusiva da pesquisadora.

Brasília, 24 de set de 2018

A handwritten signature in black ink, appearing to be "L. J. J.", is written over a horizontal line.

Assinatura da Direção do CONASS

## **APÊNDICE H – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

O roteiro de observação deverá ser aprimorado a depender do tipo de atividade que será possível a pesquisadora acompanhar. No entanto, alguns aspectos serão importantes observar em relação a:

### **1. Secretaria Executiva**

- a) Qual a estrutura disponível para a secretaria executiva? Quem e quantas pessoas compõem a equipe da secretaria executiva?
- b) Quais as principais atividades realizadas?
- c) Como o secretário desenvolve suas atividades? Quais as principais ferramentas de trabalho? Quais informações utiliza para realizar seu trabalho?
- d) Com quem conversa/interage para desenvolver seu trabalho?

### **2. Diretoria do CONASS**

- a) Quais as principais atividades realizadas?
- b) Quais os espaços de atuação do CONASS?
- c) Qual a posição da diretoria diante das questões apresentadas durante o período de observação?
- d) Como é a relação do CONASS com outros atores institucionais?

**APÊNDICE I – Principais fatos produzidos no âmbito do poder Executivo, Legislativo e Judiciário e ações políticas do CONASS no período 2006-2016**

Fatos produzidos	Governo Lula I e II (2006-2010)	Governo Dilma I (2011-2014)	Governo Dilma II (2015-2016)
Poder Executivo	<p>Pacto pela Saúde 2006</p> <p>Blocos de Financiamento Plano Nacional de Saúde 2007-2010</p> <p>13ª Conferência Nacional de Saúde</p> <p>Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde</p> <p>Política Nacional de Promoção da Saúde</p> <p>Política Nacional de Atenção Básica</p> <p>Programa Mais Saúde (2008-2011) – PAC Saúde</p> <p>Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria 1.559)</p> <p>Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria 154)</p> <p>Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria 992)</p> <p>Portaria GM/MS 4.279 (Rede de Atenção à Saúde)</p> <p>Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS</p> <p>Licenciamento compulsório do Efavirenz para tratamento da AIDS</p>	<p>Publicação do Decreto 7507 Assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS (Lei 12.401)</p> <p>Criação da EBSERH (Lei n. 12.550)</p> <p>Política Nacional de Atenção às Urgências (Portarias 1600; 1601; 2026)</p> <p>Atenção domiciliar no SUS (Portaria 2.029/2011)</p> <p>Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.488)</p> <p>Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Portaria 3.124)</p> <p>Institucionalização do CONASS, CONASEMS, COSEMS, CIT e CIB (Lei 12.466)</p> <p>Programa Mais Médicos (Lei n.12.871/2013)</p>	<p>Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Surto de Microcefalia)</p> <p>15ª Conferência Nacional de Saúde</p> <p>Criação do Cadastro Nacional de Especialistas (Decreto 8497/201577)</p> <p>Dispõe sobre as novas regras para os partos no âmbito da saúde suplementar (RN 36833)</p> <p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria 1.13078)</p>
Poder Legislativo	<p>Senado vota pelo término da CPMF (2007)</p> <p>Não aprovação do Projeto de Lei 360 (Contribuição Social para Saúde - CSS)</p> <p>Reforma Tributária (PEC233/2008)</p>	<p>Regulamentação da EC 29 por meio da Lei Complementar n.141 de 13 de janeiro de 2012.</p> <p>Rejeição da Emenda Popular Saúde + 10</p>	<p>Aprovação do orçamento impositivo (PEC 358/2013 e EC 86/2015)</p> <p>Projeto de lei das “terceirizações”</p> <p>Proposta de planos de saúde após aposentadoria (Projeto de Lei 7052/2015)</p>

	Desvinculação das Receitas da União (PEC 96/2009)	Derrubada do decreto 8.243/14 (Política Nacional de Participação Social - PNPS)  Abertura ao capital estrangeiro na saúde (MP nº 656 de 2014) Proposta de Planos de saúde privados para todos os empregados (PEC 451/2014)	
Poder Judiciário			Reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais (OS) no Supremo Tribunal Federal
Ação política do CONASS	<p>Formulação da proposta de Redes de Atenção a Saúde</p> <p>Seminário “Para entender o Pacto pela Saúde 2006”</p> <p>Fórum “Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil”</p> <p>Documento “SUS: avanços e desafios”</p> <p>Teses do CONASS para a 13a.CNS</p> <p>Apoio à proposta das Fundações Estatais</p> <p>Nota conjunta em “Defesa da Saúde da População Brasileira”</p>	<p>Propostas para a 14a. Conferencia Nacional de Saúde</p> <p>Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde – Acesso Universal e Proteção Social</p> <p>1ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde</p> <p>I Seminário Modelos de Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde.</p> <p>CONASS Debate: Saúde: para onde vai a nova classe média</p> <p>CONASS Debate: caminhos da saúde no Brasil</p> <p>CONASS Debate: A crise contemporânea dos sistemas de saúde</p> <p>Agenda para a Saúde do Brasil</p> <p>CONASS Debate: Que saúde você vê?</p>	<p>Carta à Nação</p> <p>Carta de Apoio a PEC n.01-A/2015</p> <p>Propostas do CONASS para o combate às doenças transmitidas pelo Aedes aegypti no país e em especial na Região Nordeste</p> <p>Seminário do CONASS para construção de consensos</p> <p>Agenda prioritária para a Saúde no Brasil e para o fortalecimento e consolidação do SUS</p> <p>CONASS Debate: Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada</p> <p>Promoção da Saúde - proposta do CONASS para sua efetivação como política pública no Brasil</p> <p>Fórum de Debates sobre a PEC n. 241/16</p> <p>Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES)</p> <p>Apoio aos os projetos desenvolvidos no âmbito do PROADI-SUS</p>