

**FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO  
ESCOLA NACIONAL DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO E POLÍTICAS  
PÚBLICAS**

**Rosangela Helena Lopes Ramos**

**SISTEMA POLITICO E PARTICIPAÇÃO: O debate  
sobre a efetividade das deliberações das Conferências  
Nacionais de Saúde para o Fortalecimento da  
Democracia**

**São Paulo  
2014**

**FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO  
ESCOLA NACIONAL DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO E POLÍTICAS  
PÚBLICAS**

**Rosangela Helena Lopes Ramos**

**SISTEMA POLITICO E PARTICIPAÇÃO: O debate  
sobre a efetividade das deliberações das Conferências  
Nacionais de Saúde para o Fortalecimento da  
Democracia**

Trabalho de Conclusão de Curso da Escola Nacional de Sociologia e Política de  
SP e Fundação Perseu Abramo para obtenção do título de Pós Graduação em  
Lato Sensus em Gestão e Políticas Públicas

Orientador: Eduardo José Grin \_\_\_\_\_

**São Paulo**

**2014**

## SUMÁRIO

<b>I) INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5 a 8</b>
<b>II) JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>8 - 0.</b>
<b>II) A PESQUISA .....</b>	<b>9 - 10</b>
3.1 - O Plano Nacional de Saúde .....	11 - 14
3.2 - Plano Nacional de Saúde - Relação das Diretrizes e Metas das Deliberações do Eixo II da 13a. Conferência Nacional de Saúde com foco no financiamento .....	14
<b>IV - AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS SISTEMAS POLITICOS BRASILEIROS - um resgate histórico .....</b>	<b>15 - 18</b>
4.1 - As Conferências Nacionais de Saúde Pós Constituição de 1988.....	18 - 20
<b>V - A RELAÇÃO DAS DELIBERAÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE COM AS DEMANDAS DO PODE EXECUTIVO E DO LEGISLATIVO.....</b>	<b>20</b>
5.1 - Institucionalização da participação popular .....	20 - 22
5.2 - O desenho institucional do Conselho Nacional de Saúde.....	22 - 25
5.3 - Representatividade e participação como processo de transformação da relação Estado e Sociedade.....	26 - 28
5.4 - 13a. Conferência Nacional de Saúde - aspectos organizativos .....	28 - 29
<b>VI - REULTADO DA PESQUISA .....</b>	<b>29 - 49</b>
<b>VII - CONCLUSÕES.....</b>	<b>50 - 51</b>
<b>VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>

## RESUMO DO TRABALHO

Esse trabalho foi realizado com objetivo de identificar se os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, uma conquista da sociedade civil que se organizou e lutou pela democracia no país nos anos de 1970, de fato continua sendo um instrumento da transformação social na relação Estado e Sociedade.

Como ponto de partida, esse trabalho focou nas Conferências Nacionais, já que estas são exemplos de participação popular na gestão pública, que foram amplamente reverenciadas pelo Governo Luiz Inácio Lula da Silva.

A 13a. Conferência Nacional de Saúde foi utilizada como base do trabalho e suas deliberações, com enfoque no financiamento do SUS, foram perseguidas no interior do cotidiano do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde/Câmara dos Deputados/Presidência da República para verificar a veracidade da democracia participativa para a democracia representativa.

Verificar se o pós Conferência dava continuidade ao processo democrático da participação social no processo de construção das políticas públicas de saúde foi o eixo desse Trabalho. respeito

**Palavras-chaves: Conferências Nacionais, Conselhos Gestores, Legislação, Conselho Nacional de Saúde, Instituições Participativas, Constituição de 1988, Financiamento da Saúde;**

## **I - INTRODUÇÃO**

A participação popular no processo decisório da execução das políticas públicas no governo é resultado das lutas sociais dos anos de 1970 pela reivindicação de maior participação na gestão pública.

Depois de muito tempo de luta, a institucionalização desses espaços de participação se consagrou a partir da Constituição de 1988.

Em relação a saúde a criação do SUS - Sistema Único de Saúde e de seu controle pela sociedade, através lei 8142/90<sup>1</sup>, foi um dos principais avanços no sentido de garantir a participação da sociedade junto à administração governamental.

Foram 26 anos desde a Constituição de 1988 os Conselhos, aqui no caso a Saúde, se organizaram através da democracia representativa, juntou governo e sociedade para debater sobre políticas públicas de interesse da população.

As Conferências Nacionais de Saúde são o patamar máximo de participação popular onde os representantes de governo e sociedade se encontram com um único objetivo: fortalecer a democracia. São esses os espaços participativos que garantem que a relação Estado e Sociedade legitime, na prática, as resoluções da Constituição de 1988.

Isso nos faz pensar que existe, na prática, uma harmonia conscienciosa entre Estado e Sociedade nessa arena política. Será que de fato existe essa harmonia? As deliberações das Conferências Nacionais de Saúde são respeitadas pelo Executivo e encaminhadas como orientações para a Política Nacional de Saúde ou existem apenas para que a população se sinta contemplada no processo democrático? Como se dá a relação do "Governo de Coalizão" com os grupos de interesses no Congresso Nacional em relação aos encaminhamentos, ou não, das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde pelo Executivo? As deliberações das Conferências Nacionais de Saúde de fato preenchem a pauta da agenda política do legislativo garantindo o fortalecimento da representação?

Esses questionamentos são frutos de um processo de vivência política tanto acadêmica como de militância partidária. A democracia sempre foi ponto forte de debate entre acadêmicos, parte integrante do discurso popular dos movimentos sociais e do movimento sindical como plataforma política de candidatos em seus planos de governo.

O objetivo desse trabalho é averiguar até onde a democracia é propulsora do debate sobre a elaboração das políticas públicas e sociais de saúde para a população, levando em

---

<sup>1</sup> Lei 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", Ministério da Saúde.

consideração os vários atores que participam do processo de fortalecimento da relação Estado e Sociedade como prega a Constituição de 1988.

Um estudo aprofundado sobre a efetividade da democracia participativa através da execução da lei 8142/90<sup>2</sup>, que implantou o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS, será capaz de nos ajudar a identificar e entender a dinâmica social em torno dos debates, e decisões, nas Conferências Nacionais de Saúde e até que ponto a força da “participação popular” pode contribuir para uma transformação social.

A atuação do movimento pela reforma sanitária no início dos anos 70 foi primordial para o princípio da derrocada da ditadura no Brasil e para o início da mudança na relação sociedade e Estado.<sup>3</sup>

A “saúde como um direito do cidadão” aparece na arena política brasileira não só como uma necessidade da população em ter uma saúde de qualidade, mas sim, como um estado de direito onde o cidadão é inserido no debate como protagonista da história de mudança no sistema político no país.

“ Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutira um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” (Sérgio Arouca, 1998);

Os intelectuais acadêmicos se apropriaram de sua condição de mentores dos projetos sociais e convocam a sociedade civil organizada para que, juntos, pudessem transformar a relação sociedade e Estado.<sup>4</sup>

A dinâmica da participação social naquele momento era fundamental para que o Estado pudesse democratizar a sua forma de gestão.

---

<sup>2</sup> Lei 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”, Ministério da Saúde.

<sup>3</sup> SANTOS, René in “ Sistema Único de Saúde”; coleção “ Para entender além do SUS”; CONASS; vol. 01, ano 2011;

<sup>4</sup> CORTÊS, Soraya Maria Vargas in “ Construindo a possibilidade da participação dos usuários: Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde”; Dossiê, Sociologias, Porto Alegre, ano 4, No. 07, págs. 24-25.

Esse processo de construção da democracia participativa no Brasil teve bons resultados, tais como: em 1988 com a nova Constituição Federal que culminou em 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde e, fruto dessa luta, também no mesmo ano, a criação dos Conselhos de Políticas Públicas com objetivo de institucionalizar o controle e participação da sociedade na administração pública.

A participação cidadã como instrumento do sistema democrático é um meio para a diminuição das desigualdades sociais na medida em que ela insere o ator social no debate sobre a contribuição da sociedade para o desenvolvimento do país.

O controle social, através dos Conselhos de Políticas Públicas, tem a responsabilidade de tornar real a democratização dessas políticas.

Todo esse processo de engajamento dos movimentos sociais e da sociedade organizada na luta por um Estado Democrático de Direito trouxe um grande avanço para o desenvolvimento do país garantindo a transformação das relações do governo e sociedade na elaboração, execução e fiscalização das políticas públicas sejam elas de saúde, assistência social, educação, etc.

A democracia participativa tem mais de 23 anos e, hoje, faz-se necessária uma reflexão sobre a eficácia dos seus mecanismos de atuação que são os Conselhos de Políticas Públicas.

Passados quase 20 anos da promulgação da nossa última Constituição (1988) considerada o marco principal de criação de um sistema descentralizado e participativo de gestão das políticas sociais e no momento em que diversas redes de movimentos sociais e ONGs buscam alargar o âmbito de discussão sobre as reformas políticas para incluir o debate dos mecanismos de democracia direta e participativa, parece-nos essencial uma visão crítica a respeito do papel que vem assumindo tais mecanismos ao longo deste período histórico desde sua criação. (PONTUAL, PEDRO, 2008)

Para a realização dessa reflexão, o foco foi um olhar sobre as deliberações da XIII Conferência Nacional de Saúde realizada em novembro/2007, segundo mandato do governo Lula - democrático popular, onde realizamos uma pesquisa qualitativa levando em consideração o período de 1 ano pós Conferência.

A pesquisa qualitativa foi realizada da seguinte forma:

- a) Análise documental das Resoluções da 13ª. Conferência Nacional de Saúde, Atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde pós Conferência;
- b) Após o levantamento das deliberações o objetivo foi de observar os impactos dessas deliberações no cotidiano da agenda do Executivo observando sempre como se deu o processo de negociação entre aliados e oposição na Casa Legislativa;

- c) Avaliando os resultados positivos e negativos da relação Estado e Sociedade nesse processo espera identificar se de fato a participação da sociedade na elaboração das políticas públicas de saúde está sendo legitimada pelo Governo Federal.

## **II - JUSTIFICATIVA**

A necessidade de desvendar a relação da participação social como processo de fortalecimento da relação Estado e Sociedade dar-se-á devido ao fato de que depois de tanto tempo da promulgação da Constituição Federal, o desenho institucional que conseguia responder aos desejos e anseios da democracia pode estar enfraquecido devido ao fato de que essa institucionalização da participação requer um grau de representação que define interesses de grupos.

Os Conselhos de Políticas Públicas deixam bem claro que quanto maior a extensão regional na representação, maior será também a fragmentação da representação.

Isso significa dizer que no Conselho Nacional de Saúde a representação dos usuários e trabalhadores é representada por tais grupos e isso reflete no andamento das deliberações pós Conferência.

A referência ao Conselho Nacional de Saúde está ligada às várias transformações de seu papel, no sistema político brasileiro, desde sua criação, em 1937, até os dias atuais onde estamos vivendo sob um governo que incentiva a participação popular.

Fazer essa reflexão, através das práticas do Conselho Nacional de Saúde, por meio de seu mecanismo de participação social, Conferências e Plenárias de Conselheiros, é contribuir para identificar até que ponto existe essa vontade política dos governos brasileiros em inserir a sociedade em seu processo de gestão pública. Isto significa também identificar o grau de mobilização e intervenção da sociedade civil no processo de implantação desse Conselho de Gestão de Políticas Públicas.

O resultado desse trabalho deverá contribuir para a reflexão acadêmica sobre a efetividade das deliberações das Instituições Políticas aprovadas na Constituição Federal de 1988 e executadas pelas Conferências Nacionais que tem como objetivo garantir o fortalecimento da democracia através da relação Estado e Sociedade como também se tais mecanismos ainda respondem às necessidades da população em referencia à participação nas deliberações da gestão pública.

### III - A PESQUISA

Para o levantamento dos dados da pesquisa trabalhamos com o Eixo II – Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde com enfoque nas deliberações que exigem uma tramitação legislativa para a sua execução.

Essa tramitação pode resultar tanto em Leis como também em Portarias e Decretos.

Para uma primeira filtragem sobre o Eixo proposto da 13a. Conferência Nacional de Saúde, descartamos as deliberações que continhas as frase/palavras abaixo por não precisarem, em sua maioria, de uma tramitação legislativa para a sua execução. São elas:

- " Retomar os princípios da Seguridade Social....";
- " Efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196)..."
- " Estimular e assegurar...."
- " Trabalhar pela ampla discussão e aprovação..."
- " Promover o intercâmbio entre as Instituições da Seguridade Social ..."
- " Assegurar a seguridade social (assistência social, saúde e previdência social) como política de estado de proteção social, nas três esferas de governo..."
- " Recomendar ao Congresso Nacional e ao Senado ..."
- "Criar instrumentos de avaliação..."
- " Lutar pela...."
- Postular a articulação..."
- " Ampliar parcerias ...."
- Que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pactuem..."

Como o objetivo principal do trabalho é verificar se as deliberações da 13a. Conferência Nacional de Saúde estão sendo utilizadas pelo Executivo para a elaboração da Política Nacional de Saúde as palavras chaves que servirão como filtro para tal levantamento serão:

- " Garantir ...";
- "Reivindicar...";
- "Aumentar investimentos...";
- "Financiamento...";
- "Assegurar financiamento...";
- " Fortalecer a gestão pública e rejeitar modelo de gestão privada...";
- " Privatização...";
- " Terceirização...";

- " Viabilizar...";
- "Elaborar Programas de investimentos...";
- "Ampliar numero de leitos...";
- "Criar política de...";
- " Regulamentar a...";
- " Cumprir..";
- "Fazer cumpri..";
- " Implantar a política..";
- "Qualificar..";
- "Implantar e implementar..."

Na primeira fase da pesquisa elencou-se to todas as deliberações que continham as palavras acima como referência respeitando a numeração do relatório da 13a. Conferência Nacional de Saúde. (Anexo I).

No processo de pesquisa foi fundamental a utilização do Plano Nacional de Saúde 2008-2009-2011 já que esse é um documento oficial do Ministério da Saúde e sua elaboração foi baseada em vários documentos e debates realizado no Ministério da Saúde e, principalmente, nas deliberações da 13a. Conferência Nacional de Saúde, em 2007 para desvendarmos uma das propostas do objeto desse trabalho que é verificar se as deliberações das Conferências são orientação para o Plano Nacional de Saúde.

Nesse documento o foco dessa pesquisa baseou-se no eixo C; " gestão em saúde". Dentro desse eixo priorizou-se o tema do financiamento do SUS.

Assim, a palavra " financiamento" foi o filtro essencial para pesquisarmos o objeto de estudo desse trabalho que é verificar se as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde são respeitadas pelo Executivo e encaminhadas como orientações para a Política Nacional de Saúde como também verificar a relação do "governo de coalizão", Congresso Nacional, com os encaminhamentos dessas deliberações. Também nesse processo verificar como o Conselho Nacional de Saúde trata essas deliberações em seu cotidiano.

Feito isso, a ultima etapa foi averiguar o trajeto do III Eixo das deliberações das 13a. Conferência Nacional de Saúde com foco no "financiamento da saúde pública" nas deliberações, resoluções do Conselho Nacional de Saúde bem como sua utilização na elaboração de Portarias, Decretos, Projetos de Leis do Executivo e Congresso Nacional.

Saúde com demandas do cotidiano do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Câmara dos Deputados através de mecanismos Institucionais.

### **3.1 - O Plano Nacional de Saúde**

O " Plano Nacional de Saúde " é um documento oficial que foi elaborado pelo Ministério da Saúde , através do Conselho Nacional de Saúde no ano de 2007.

O principal objetivo do PNS 2008-2009-2011 foi o de elaborar estratégias de ordem financeira, de gestão, etc.. para a implantação do " Programa Mais Saúde" , proposta de governo à época.

Um dos documentos norteadores do PNS 2008-2009-2011 foi o relatório da 13a. Conferência Nacional de Saúde realizada no final de 2007.

Segundo o documento a metodologia é traçar recomendações e metas através de levantamentos específicos e gerais da saúde pública no Brasil.

Para isso foram adotados 2008-2009-2011 foi realizada em várias etapas:

"1) a adoção de três eixos para a análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas, a saber: a) as condições de saúde da população e a organização de serviços, cuja responsabilidade e governabilidade são do setor saúde; b) os determinantes e condicionantes de saúde, fundamentais para a qualidade de vida da população, cuja abordagem tem sido objeto de priorização nos contextos internacional e nacional (em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde; em 2006, Decreto assinado em março instituiu, no âmbito do MS, a Comissão Nacional); e c) a gestão em saúde. 2) a definição de objetivos e diretrizes mais agregados, de modo a orientar o estabelecimento de metas de impacto e compatíveis com o período de vigência do instrumento (plurianual); 3) a proposição de metas tendo em conta os indicadores aplicáveis ao seu monitoramento, com a indicação das fontes de informação a serem utilizadas; 4) a operacionalização do Plano mediante programações anuais, orientadoras de adequações do PNS, a partir de relatórios de gestão, na conformidade dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria nº 3.332/2006; 5) a adoção de processo dinâmico de construção, acompanhamento e avaliação do PNS, ajustável a novas realidades que, nesta concepção, deve orientar a elaboração do Plano Plurianual (PPA). A recomendação de que o PNS norteie a formulação do PPA viabilizou a construção das linhas básicas do Plano Nacional de Saúde 2008-2011, as quais subsidiaram a elaboração do Plano Plurianual do Governo Federal para este mesmo período. " (Ministério da Saúde, 2010)

A justificativa dessa escolha baseou-se no fato de que apesar da Constituição de 1988 ter deixado claras as formas de financiamento dos governos para a saúde pública no Brasil; não houve avanços no tema sobre distribuição de recursos do Governo Federal.

Um exemplo disso é a EC 29(Emenda Constitucional 29) que fala sobre o financiamento dos SUS pelo Governo Federal.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 198, parágrafo 3o., definiu os percentuais que a União; Estados e Municípios aplicariam no SUS, explicitando critérios de avaliação, normas de fiscalização e controle.

**Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

**I** - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

**II** - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

**III** - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

**I** - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

**II** - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

**III** - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

**I** - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

**II** - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

**III** - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

**IV** - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. . (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu

exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)  
(Constituição Federal de 1988)

A Emenda Constitucional 29 de 2000 (EC 29/2000), citada no parágrafo 3o. do artigo 198 várias foi aprovado em 2000 onde fixava os recurso orçamentários que as 3 esferas de governos, inclusive a União, iriam aplicar à saúde pública. Nesse ano de 2000 a EC 29 previa que a união deveria destinar à saúde 5% a mais sobre o valor de 1999e, nos anos seguintes, esse valor deveria ser corrigido pela variação do PIB(Produto Interno Bruto).

Como o enfoque desse trabalho é o Governo Federal, a intenção é de focar no percentual do governo.

O Plano Nacional de Saúde, no que se refere ao financiamento, teve como ponto principal o debate sobre a EC 29, pois esse norteia toas as ações prioritárias do Governo Federal em relação aos recursos financeiros destinados à saúde pública (SUS).

O Plano Nacional de Saúde , no que se refere ao tema do financiamento da saúde pública, se baseou na legislação que discutia, à época, a Emenda Constitucional 29 que desde o ano 2000 estava tramitando na Câmara dos Deputados.

Em 21 de setembro de 2011 a Câmara dos Deputados aprovou o PLC 306/2008 (Projeto de Lei Complementar) que regulamentou a EC 29. O Senado aprovou o Projeto em 07 de dezembro de 2011 e a presidente Dilma Rouseff sancionou em janeiro/2012.

Porém, a presidente vetou 15 dispositivos do texto, entre eles a necessidade de ajustes nos cálculos de repasse caso haja alguma variação do PIB nos anos anteriores como também a volta do debate sobre a Contribuição Social à Saúde (CSS) , proposta de imposto colocada em votação e rejeitada pelo Congresso Nacional. Essa proposta seria uma forma de repor o repasse das verbas para a saúde advindas da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira).

O Plano Nacional de Saúde é um documento oficial que foi baseado nas deliberações da 13a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, que serve como referência para as ações do Executivo, isto é, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Isso não significa dizer que as deliberações da 13a. Conferência Nacional de Saúde, utilizadas para a formulação do Plano Nacional de Saúde, vão ter continuidade no trajeto para o Parlamento.

Abaixo segue a tabela relacionando as propostas de diretrizes e Metas do Plano Nacional de Saúde em consonância com as deliberações da 13a. Conferência Nacional de Saúde no que se refere ao eixo III com o tema " financiamento".

### 3.2 PLANO NACIONAL DE SAÚDE

#### Relação das Diretrizes e Metas com as Deliberações do Eixo II da 13a. Conferência Nacional de Saúde com foco no financiamento

PLANO NACIONAL DE SAÚDE	DELIBERAÇÕES CONFERÊNCIA
<b>Definição e ampliação de fontes federais de recursos potencializadas pela qualificação da gestão, em relação à aplicação sistematizada de recursos</b>	5. Aumentar o incentivo do teto financeiro, garantindo repasse fundo a fundo às ações de vigilância em saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), considerando a Amazônia Legal, Nordeste e áreas de fronteira, visando à reestruturação da vigilância em saúde nos municípios, considerando os indicadores epidemiológicos, geodemográficos e o índice de desenvolvimento humano (IDH).
	12. a aprovação imediata do PLC 89/2007 (nova denominação do PLP 01/2003), mantendo os avanços pela Câmara dos Deputados, em 31/10/2007, e os já conquistados, resgatando o texto que constava do substitutivo aprovado em agosto de 2004 pela Comissão de Seguridade Social e Família, que tem como referência a Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, garantindo a fixação definitiva para o financiamento das ações de saúde do SUS, o percentual mínimo de 10% da receita corrente bruta da União, que poderá ser escalonado, sendo 8,5% para o ano de 2008, 9% para o ano de 2009, 9,5% para o ano de 2010 e 10% para o ano de 2011, a ser aplicado em ações e serviços de saúde por parte do Governo Federal, em consonância com as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, garantindo, também, que o financiamento das ações e dos serviços de saúde seja feito de forma tripartite, fiscalizando-se o seu cumprimento com rigor, por meio de ações do controle social e do Legislativo, de forma transparente, para distribuição, aplicação e avaliação efetiva dos resultados obtidos com os recursos aplicados, priorizando as ações de saúde, promoção e prevenção, e mantendo-se a interlocução com o Ministério Público nos casos de descumprimento.
	Que as pactuações intergestores garantam repasse de maiores investimentos financeiros para os municípios polos de saúde, em virtude de atenderem uma maior demanda populacional, para ampliar, reformar, construir, manter, recuperar e comprar equipamentos para as unidades de saúde em todos os níveis de complexidade, considerando as peculiaridades das regiões, para fortalecer as ações de promoção e de prevenção da saúde da população, incluindo a saúde mental.
	16. Definir política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde com recursos das esferas federais e estaduais.
	22. Que o Ministério da Saúde recomponha e reajuste os tetos financeiros estaduais e municipais, considerando como critérios de financiamento as condições socioeconômicas e o perfil epidemiológico dos estados e municípios, a programação de gastos e a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde nos três níveis de assistência, observando a descentralização do orçamento e o repasse fundo a fundo, conforme legislação pertinente e normas complementares, criando mecanismos de punição no seu descumprimento.
	92. Garantir o vínculo empregatício na contratação de Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate às Endemias e Agente Comunitário de Saúde Indígena (ACSI), respeitando todos os direitos trabalhistas e afiançando as condições de trabalho por meio de uniforme completo, filtro solar, crachás, guarda-chuvas, sapatos, cadernos e outros, facilitando o trabalho nas localidades de difícil acesso (zona rural e urbana), bem como garantindo as devidas indenizações de campo com base na Lei Federal nº 8.216, de 13 de agosto de 2008, Art. 16.

#### **IV- AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS SISTEMAS POLÍTICOS BRASILEIRO - um resgate histórico**

O Conselho Nacional de Saúde é o mais antigo na estrutura governamental. Datado desde 1937 a partir da Lei No. 378 de 13/01 desse ano ele era apenas um órgão consultivo e agregava as discussões do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. esse desempenhou papel estritamente burocrático durante muitos anos.<sup>5</sup>

De forma geral de 1937 até 1970 o Conselho Nacional de Saúde sofreu alterações estruturais internas as manteve sempre seu caráter consultivo. Durante esse período se separou do Ministério da Educação Pública e aumentou seu número de Conselheiros, porém, sem nenhuma expressão de transformação na sua agenda.

A estrutura e as demandas do Conselho Nacional de Saúde acompanhou o formato do sistema político vigente à época.

Prova disso é que nos anos de 1970 o Conselho começa a ter outro foco no debate político ao discutir a saúde como uma promoção social com responsabilidade do governo.<sup>6</sup>

Essa época, de 1970, foi marcado pela luta do movimento da reforma sanitária por uma saúde pública, integral e descentralizada. Luta essa que culminou com a criação do Sistema único de Saúde pela Constituição de 1988 e a institucionalização do controle social sobre a elaboração, execução e deliberação das políticas públicas de saúde no Brasil. Com a promulgação da Constituição de 1988, através da Lei 8.080/90, o Conselho Nacional de Saúde deixa de ser apenas técnico-consultivo para ter o caráter deliberativo e com a participação da sociedade civil para legitimar o processo de formulação de estratégias e controle da execução e do financiamento das políticas públicas de saúde.

"O Conselho Nacional de Saúde (CNS) instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. " (site do Conselho Nacional de Saúde)

As Conferências Nacionais de Saúde não diferentes dos Conselhos Nacionais também representaram o modelo político vigente ao serem caracterizadas pelo processo de

---

<sup>5</sup> Site do Conselho Nacional de Saúde -; Histórias do Conselho Nacional de Saúde, pág. 01, <http://www.conselho.saude.gov.br>

<sup>6</sup>**Conselho Nacional de Saúde**, "Um segundo momento, a atuação do Conselho foi ampliada pelo Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Nessa fase, a promoção, proteção e recuperação da saúde passam a ser foco dos debates e caberia ao Conselho "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação"; <http://conselho.saude.gov.br>

participação popular. Forma instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas e representavam o Ministério da Educação e Saúde e eram utilizadas como forma de o governo federal conhecer as ações que estavam sendo desenvolvidas pelos Estado nos segmentos determinados. Nesses espaços só participavam as autoridades de organização previam, naquela época, que as Conferências Nacionais de Saúde se realizariam de 2 em 2 anos, porém a 1a. só aconteceu no ano de 1941.

Abaixo segue quadro das Conferências realizadas:

<b>Conferência</b>	<b>Data</b>	<b>Ministro da Saúde</b>	<b>Presidente da República</b>
1a.	06/1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas
2a. *	12/1950**	Pedro Calmom M. de Bittencourt**	Eurico Gaspar Dutra
3a.	06/1963	Wilson Fadul	João Goulart
4a.	08-09/1967	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Arthur da Costa eSilva
5a.	08/1975	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
6a.	08/1977	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
7a.	03/1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
8a.	03/1986	Roberto Figueira Santos	José Sarney
9a.	08/1992	Adib Jatene	Fernando Collor de Mello
10a.	09/1996	Adib Jatene	Fernando Henrique Cardoso
11a.	12/2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
12a.	12/2003	Humberto Costa	Luiz Inácio Lula da Silva
13a.	11/2007	José Gomes Temporão	Luiz Inácio Lula da Silva
14a.	11/2011	Alexandre Padilha	Dilma Roussef

Fonte: CONASS - \* segundo o Ministério da saúde, não há registros formais da 2ª cns, não havendo relatório da mesma. disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1118](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118)>. (acesso em: 14 jan. 2008).

\*\* Fonte: Lima e Pinto (2003, p. 1049).

\*\*\* Fonte: disponível em <<http://www.duplipensar.net/dossies/historia-das-eleicoes/presidente-gaspar-dutra.html>>.

Nota-se que o caráter político e deliberativo das Conferências Nacionais acompanharam o processo de construção da democracia no Brasil sendo que, a partir dos anos de 1970, com as reivindicações dos movimentos sociais por participação na elaboração de políticas públicas e

maior responsabilidade do Estado pelo bem estar da população, como também pela conjuntura das políticas externas (o que não é objeto de estudo nesse trabalho), fez com que se iniciasse o processo de abertura política no país culminando na transição de um sistema político autoritário para um democrático.

Nesse sentido a 8a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco regulatório representando a transição desse processo político e culminando na promulgação da Constituição de 1988.

Tal Conferência Nacional contou com a participação de mais de 5.000 delegados e delegadas e contou com a presença de Sérgio Arouca, médico sanitarista, Deputado Federal e um dos líderes do movimento pela reforma sanitária, na sua organização.

Segundo relatório do CONASS<sup>7</sup> o temário da 8a. Conferência Nacional eram compostos pelos seguintes itens: " 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor."

Esses temas acabaram por organizar e mobilizar um grande quantidade de pessoas nas conferências municipais e estaduais e que culminou com uma grande quantidade de pessoas para participar da Conferência Nacional de Saúde em Brasília para debater um novo modelo de política pública para a sociedade.

Nessa Conferência chama-se a atenção dos leitores para resolução de No. 13 do Tema1:

[...] ampla mobilização popular para garantir [...] que se inscrevam na futura Constituição: A caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; A garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde ... A caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (BRASIL, 1986).

Essa Resolução demonstra o processo de mobilização dos cidadãos em torno da luta por uma saúde pública integral, universal e que acabou sendo culminada e legitimada pela Constituição de 1988.

A partir deste, e de outros, debates cada vez mais o processo democrático de participação popular era respeitado pelo Estado e necessário para uma melhor ação pública nas demandas sociais.

---

<sup>7</sup> CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde in , " O que é o CONASS?" fundada em fevereiro de 199de direito privado, sem fins lucrativos que agrega os secretários de saúde dos Estados e do Distrito Federal. CONASS, pág. 23.

À medida em que se concretizava a abertura política no país utilizava-se dos espaços de participação popular como instrumento para garantir a efetivação da democracia como forma de governo.

#### **4.1 - As Conferências Nacionais de Saúde pós Constituição de 1988**

Após realização da 8a. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que foi fruto do processo de abertura política no Brasil, resultado do movimento pela Reforma Sanitária e contou com mais de 5.000 delegados, em 1988 promulgou-se a Constituição de 1988 que cria o Sistema Único de Saúde a partir do seu artigo 198 e o regulamente através da Lei 8.080/1990.

A Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também que cada esfera de governo deveria organizar e manter os Conselhos de Saúde e, principalmente, convocar Conferências de Saúde com periodicidade de 4 anos para garantir o máximo de participação popular já que a Constituição previa o controle social no SUS.

A primeira Conferência a realizar-se dentro desse novo cenário foi a 9a.(1992) que, obedecendo o intervalo de 4 ano sob a presidência de Fernando Collor de Mello que dificultou sua realização:

“[...] deveria ser realizada em princípio de 1990, mas só ocorreu [...] em agosto de 1992” (idem, p. 101), por conta de diversos adiamentos promovidos pelo governo Collor de Mello. No relatório da 9ª conferência há diversas referências às conferências de saúde e um tópico do tema Controle Social (6.3), sobre as mesmas, defendendo que estas sejam “fóruns para a definição ‘das regras para formação, funcionamento, mandato e mecanismo de escolha de representantes dos diferentes segmentos que integram os conselhos’” (Idem, p. 87). (relatório CONASS, 2011)

Como as Conferências Nacionais de Saúde são convocadas pelo Executivo, o Conselho Nacional de Saúde ficava á espera dessa decisão para organizar a atividade.

Pela Lei as Conferências Nacionais e as pré-municipais e estaduais deveriam acontecer, porém, a data ficaria sempre a cargo do executivo que poderia ou não encaminhá-la.

O perfil das Conferências de saúde dependia muito das características regionais e do escopo político dos gestores dessas regiões.

Em nível nacional essa representava a forma de governar do Executivo.

Conforme mostra a tabela a seguir, de fato o numero de participantes nas Conferências Nacionais de Saúde cresceu a partir de instauração do novo projeto de governo democrático no país contando com sua abertura na 8a. Conferência Nacional.

O que podemos analisar nessa tabela é que a partir do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva o número de propostas aprovadas/deliberadas cresceu significativamente.

Perfil Conferências Pós Constituição 1988

<b>Conferência</b>	<b>Data</b>	<b>Presidente da República</b>	<b>Tema Central</b>	<b>No. Participantes</b>	<b>No. de propostas Aprovadas</b>
8a.	03/1986	José Sarney	1) saúde como direito; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor.	4.500	Construção do texto para a criação do SUS na Constituinte
9a.	08/1992	Fernando Collor de Mello	" Municipalização é o caminho "	4.500	253
10a.	09/1996	Fernando Henrique Cardoso	1) Saúde, cidadania e políticas públicas; 2) Gestão e organização dos serviços de saúde; 3) Controle social na saúde; 4) Financiamento da saúde; 5) Recursos humanos para a saúde; e 6) Atenção integral à saúde	2.952	362
11a.	12/2000	Fernando Henrique Cardoso	“Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”	2.500	296
12a.	12/2003	Luiz Inácio Lula da Silva	“Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”	+ de 4.500	723
13a.	11/2007	Luiz Inácio Lula da Silva	: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”,	3.580	691 resoluções 157 moções
14a.	11/2011	Dilma Rouseff	“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”,	+ de 4.000	343

Fonte: Relatório CONASS/Ministério da Saúde

Nota-se que o número de pessoas na 9a. Conferência, do governo Fernando Collor de Mello, é praticamente o mesmo da 12a. Conferência no governo Luiz Inácio Lula da Silva porém o número de deliberações é bem mais nessa última.

Isso ocorre em praticamente nos dois mandatos de governo Lula. O número de resoluções/deliberações nas Conferências são bem maiores que os governos anteriores como o governo posterior de Dilma Rousseff.

Isso nos leva a crer que houve um sentimento real de participação popular no governo Lula. Isto é, a sociedade civil foi conclamada novamente para o centro do debate político e cumpriu seu papel com veemência.

Apesar que objetivo desse trabalho é analisar as deliberações da 13a. Conferência Nacional é muito importante podermos fazer alguns tipos de comparações sem detrimento da forma de governo, pois todos estão sob os pilares da democracia, mas sim da " forma de governar" pois cada um tem as suas características políticas.

## **V - A RELAÇÃO DAS DELIBERAÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE COM A DEMANDA DIÁRIA DO EXECUTIVO E LEGISLATIVO**

### **5.1 - Institucionalização da Participação Popular:**

A participação popular na gestão pública é o efetivo instrumento da comprovação da democracia no sistema político brasileiro atual. A democracia no Brasil ainda é muito jovem.

Ao institucionalizar a participação popular através da Constituição de 1988 o Governo Federal teve a intenção de trazer a sociedade organizada para a sua estrutura com objetivo de fazer o debate sobre as demandas populares para a melhoria da saúde pública no Brasil.

Ao promulgar a criação dos Conselhos de Políticas Públicas o governo sanciona a participação da sociedade em sua gestão.

Decorrentes, sobretudo, dos princípios constitucionais que prescrevem a participação da sociedade na condução das políticas públicas, das legislações regulamentadoras que invariavelmente condicionam o repasse de recursos federais à sua existência e do processo de descentralização, eles se disseminaram pelos municípios e estados brasileiros. Relacionados a um extenso leque de políticas e programas, como as políticas setoriais de saúde e educação, as políticas transversais de direitos humanos, e iniciativas mais específicas, como merenda escolar, os conselhos se configuram como um novo espaço de participação da sociedade em sua relação com o Estado, ao propiciar o acesso da população e dos movimentos sociais às instâncias decisórias.

A partir da vigência da Constituição Federal (1988), que inova a relação do estado com a sociedade, tendo por base a participação de organizações da sociedade na formulação e co-gestão das políticas sociais, são criados os Conselhos de Políticas Públicas como instâncias de Poder, promovendo a participação da sociedade civil na formulação, avaliação e implementação de políticas públicas nas áreas da Saúde, da Educação, da Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente e outras áreas sociais. Desta forma, os Conselhos de Políticas Públicas passam a ser um dos mecanismos à disposição da população para o exercício do Controle Social. A sociedade civil organizada (sindicatos, organizações não-governamentais, representantes de movimentos sociais, dentre outros) passa a atuar nas políticas públicas, em conjunto e paridade com o poder público (secretários, chefes de autarquia por parte do governo, servidores públicos, entre outros) para estabelecer suas necessidades, interesses e controlar a execução destas políticas. Aos Conselhos de Políticas Públicas são atribuídas as funções de consulta, fiscalização, normatização e deliberação. Os conselhos exercem a função de consulta quando emitem opiniões e trazem contribuições a respeito de um determinado assunto. A fiscalização ocorre quando os conselhos são incumbidos de fiscalizar as verbas ou recursos de um determinado fundo, projeto ou programa. A normatização se refere à criação de normas e regulamentos contribuindo na criação de novas leis a partir da percepção trazida pelos conselheiros. Um conselho possui a função de deliberação quando tem o poder de tomar decisões, após discutir e refletir sobre determinado tema, em plenária.

O controle social é uma conquista da participação popular em várias etapas de lutas onde a sociedade começa a cobrar do Estado uma relação

A Lei 8080/1990, sancionada pela presidência da República, através do seu artigo 1º, cria o Sistema Único de Saúde (SUS). Constituição de 1988 legitimou essas conquistas através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei 8.080

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. (Conselho Nacional de Saúde)

Ao criar o Sistema Único de Saúde foi necessário a legitimação da participação popular no seu controle social através dos Conselhos e Conferências de Saúde com objetivo de identificar as prioridades da população para a melhoria da saúde no Brasil.

A ampliação da representação popular no Conselho Nacional de Saúde é uma evidência histórica do desenvolvimento da democracia no Brasil

## **5.2 - O desenho Institucional do Conselho Nacional de Saúde:**

A Lei no. 378 de 13.01.1937 instituiu o Conselho Nacional de Saúde. Naquela época o Ministério da Saúde era unificado com a educação pública.

O Conselho Nacional de Saúde só discutia questões internas já que o Estado não se obrigava a ajudar a população com assistência médica. Apenas as epidemias eram tratadas não como uma política mas sim como uma intervenção localizada do Estado para sanar o problema.

Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24.

De acordo com dados retirados dos site do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde o Decreto no. 847 de abril de 1962 reafirmou o papel do Conselho Nacional de Saúde, apenas como cooperador em assuntos referentes à saúde, e aumentou a representação de 24 para 27.

Ainda de acordo com informações do site do Ministério da Saúde, o Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970 ampliou as funções do Conselho Nacional, iniciando um processo de fortalecimento de sua participação no debate sobre a saúde:

" Em um segundo momento, a atuação do Conselho foi ampliada pelo Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Nessa fase, a promoção, proteção e recuperação da saúde passam a ser foco dos debates e caberia ao Conselho "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação". Na década de setenta surgiu com grande força o movimento de reforma sanitária, grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização. Aumentou, assim, o conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do País. Foi quando começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil. Em 1987, foi publicado o Decreto n.º 93.933, de 14 de janeiro, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde. Era composto por 13 membros indicados pelo governo, inclusive os sete representantes da sociedade civil - "personalidades de notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde" (Conselho Nacional de Saúde)

Essas reformulações foram uma das primeiras conquistas do " Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil", movimento esse que foi um dos propulsores do início da democracia no Brasil.

Como já dito antes ampliação tanto das representações como das funções do Conselho Nacional de Saúde representava o fortalecimento da democracia no país bem como as formas de atuação dos governos brasileiros, alterando a relação Estado e Sociedade na elaboração das políticas de saúde.

As Conferências como resultado da ampliação da democracia no Brasil teve seu ápice em sua a. edição, realizada em 1986, onde a saúde passa a ser colocada como uma política de Estado sendo utilizada como subsidio para a promulgação e criação do SUS, na Constituição Federal de 1988.

A Lei 8.142/1990 institui as Conferências e Conselhos de saúde como controle social e apresenta a forma de representação do Conselho Nacional de Saúde:

**LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República. ( Conselho Nacional de Saúde)

Nesse mesmo ano, através do Decreto de No. 99.438, foram regulamentadas as novas atribuições do Conselho Nacional de Saúde como também definido os órgãos representativos que comporiam o Plenário. Dessa forma ampliou-se para 30 membros distribuídos da seguinte forma:

- 50% de representação dos usuários;

- 50% das vagas eram divididas entre os representantes dos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde.

O Plenário do Conselho Nacional aprovou a Resolução de No. 333, no ano de 2003, que elaborou as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Pela legislação brasileira a presidência do Conselho Nacional de Saúde deveria ser ocupada apenas pelos Ministros de Estado da Saúde e não havia eleições diretas para sua composição.

A partir das deliberações da 11a. e 12a. Conferência Nacional de Saúde, o Decreto Presidencial de No. 5.839 de 11/07/2006 o Conselhos passam a escolher seus membros através do processo eleitoral e elege, pela primeira vez, um presidente representante do segmento dos trabalhadores da saúde e não um Ministro da Saúde como era de costume.

Esse fato foi mais um avanço da democracia no Conselho Nacional de Saúde e muda a correlação de forças interna no Executivo e influenciou na organização da 13a. Conferência Nacional de Saúde.

A composição do Conselho Nacional de Saúde, através de sua primeira eleição, realizada em 2006, foi empossada no dia 15 de setembro daquele ano, com 48 membros titulares e 96 suplentes.

Desse total de Conselheiros os segmentos se distribuíram da seguinte forma:

- a) Representantes de entidades de movimentos sociais de usuários - 24 titulares e 48 suplentes;
- b) Representantes de entidades de profissionais da saúde, incluindo a comunidade científica - 12 titulares e 24 suplentes;
- c) Entidades prestadoras de serviços - 2 titulares e 4 suplentes;
- d) Representantes de entidades empresariais da área da saúde - 2 titulares e 2 suplentes;
- e) No segmento dos gestores:
  - . Governo Federal - 6 titulares e 12 suplentes;
  - . Conselho Nacional de Secretários de Saude (CONASS) - 1 titular e 2 suplentes;
  - . Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - 1 titular e 2 suplentes

Essa nova composição introduziu a participação de segmentos que antes não tinha representatividade garantida no Conselho Nacional de Saúde tais como: movimento estudantil, ambientalistas, LGBT, etc..

### **-5.3 - Representatividade e participação como processo transformador na relação Estado e Sociedade**

É verdadeiro afirmar que os Conselhos e as Conferências são instrumentos de participação conquistados através das lutas da sociedade por um país democrático e que os debates e deliberações provindos dessas Instituições públicas contribuíram para a elaboração de início, para impulsionar o trabalho do Legislativo e do executivo no Governo Federal.

Elaborar estratégias, fiscalizar a execução das políticas públicas de saúde é uma tarefa que o controle social faz, e muito bem, através dos Conselhos de Saúde.

Essas atribuições que são parecidas entre Legislativo, Executivo e Conselhos de Saúde servem também para definir a participação deles em cada um desses espaços, isto é, define o perfil do mandato de cada um:

“Sendo o Poder Legislativo, constitucionalmente destinado a legislar (formular e definir políticas gerais e específicas) e fiscalizar o Poder Executivo; sendo os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, perante a Constituição, independentes e harmônicos entre si, e sendo o Conselho de Saúde (colegiado de controle social) órgão do Poder Executivo, cabe ao parlamentar, na área de saúde, legislar e fiscalizar, na condição de parlamentar. Poderá desempenhar função legal no Poder Executivo, somente na condição de licença ou afastamento da função no Poder Legislativo, mesmo que desfrute de cargos ou representações em entidades da Sociedade Organizada.. O mandato eletivo de representante da população é no Poder Legislativo e não no Executivo.” (Ministério da Saúde)

Isso significa dizer que a representação política do parlamentar em relação ao cidadão passa pelo Legislativo e que o Executivo organiza as representações através da legalidade dos Ministérios, Conselhos, Comissões, etc..

De acordo com o site da Câmara dos Deputados, o processo legislativo se dá da seguinte forma:

- . Para se criar ou modificar uma Lei é preciso um Projeto que poderá ser proposto por um Deputado Federal, pela Comissão da Câmara e pelo Presidente da República.
- . Poderá se apresentado também um Projeto por iniciativa popular que deverá ter um limite de assinaturas para poder ser inserido;
- . Já a aprovação do projeto envolverá a mobilização da sociedade, os interesses de parlamentares e de partidos políticos e da articulação do governo;
- . Antes de chegar ao Plenário o Projeto de Lei passas pelas Comissões relacionadas a seu Tema e todos os Projetos de Lei deverão passar pela Comissão de Constituição e Justiça que avaliam se estão de acordo com a Constituição;
- . O Projeto de Lei (PL) poderá ser aprovado na Comissão e, se for muito complexo, é levado ao Plenário para sua aprovação;

. O Plenário aprovando, o PL deverá ser encaminhado para o Senado e, se aprovado, ao final ser sancionado pela Presidência da República ;

. Se houver veto para o PL , esse poderá voltar para o Plenário da Câmara Federal para ser reavaliado

Como o percurso de um Projeto de Lei é muito extenso e o propósito desse trabalho é identificar a relação do governo com as deliberações da 13ª. Conferência Nacional de Saúde, o olhar dessa pesquisa será identificar os Projetos, Decretos, Medidas Provisórias que de fato foram aprovados e implementados e que estão de acordo com as deliberações da Conferência.

As deliberações do Conselho Nacional de Saúde geralmente são discutidas em Plenário onde os temas com maior relevância e maiores complexidades são resolvidos em um numero maior de reuniões, mas sempre respeitando o consenso entre os representantes dos segmentos.

As deliberações que tem relação com a Política Nacional de Saúde e que são estratégicas deverão ser homologadas pelo Governo Federal através de Atos Administrativos (Portarias, Decretos, Leis, etc..)

Também é de competência do Executivo convocar as Conferências Nacionais de Saúde que são precedidas pelas Conferências Municipais e Conferências Estaduais.

Em relação ao Congresso Nacional, esse, por sua vez, depende das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde para serem inseridas nos debates da Casa seja para usá-las em forma de pesquisa como também para o fortalecimento da representação:

Pouco se tem na literatura brasileira temas que abrangem o debate da agenda do Legislativo em relação às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde.

Pesquisa realizada por POGREBINSCHI, Tamy e SANTO, Fabiano, “ Participação como Representação: O impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional” , informa que as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde são resultados de uma prática participativa que só existe em governos democráticos e que, tal prática, fortalece a representatividade do poder legislativo na agenda política do governo.

“Por mais que a realização das conferências e a concretização de seus resultados não sejam, com poucas exceções, respaldadas por leis e dependam, portanto, da vontade política dos governos federais, as mesmas já se encontram sobremaneira institucionalizadas de forma a dispor de alguma autonomia no seio do próprio Estado. Por terem se institucionalizado como parte do processo de formulação e monitoramento de políticas públicas do Poder Executivo – e, portanto, como parte de sua estrutura –, as conferências nacionais geram consequências que impactam na formação da agenda do Poder Legislativo, que pode usá-las seja como bases informacionais, seja como mecanismos de legitimação via participação, seja como insumos deliberativos próprios de sua atividade representativa.” (POGREBINSCHI, Tamy e SANTO, Fabiano, pa. 265)

Os autores colocam que o fato das Conferências Nacionais de Saúde ter caráter participativo, representativo e deliberativo reforça a ideia de que tal perfil é carro motor dos trabalhos internos do Legislativo e do Executivo.

As deliberações das Conferências Nacionais são, de fato, o instrumento que democratiza a relação Estado e Sociedade através da sua execução pelo Executivo e Legislativo.

Como o objeto de estudo desse trabalho é verificar se as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, estão sendo respeitadas e acatadas pelo Legislativo e Executivo, o levantamento abaixo nos fornecerá uma primeira visualização sobre o resultado da busca. Como informado no capítulo da organização da pesquisa, a partir das deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, elegemos o eixo II e focamos no financiamento da saúde para averiguarmos a postura do Executivo e Legislativo junto à ele.

#### **5.4 13ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – aspectos organizativos.**

A 13ª. Conferência Nacional de Saúde foi realizada de 14 a 18 de novembro de 2007 com o tema: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, em Brasília e, segundo dados constantes no relatório elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, contou com as seguintes características:

- a) dos 5.564 municípios brasileiros, 4430 realizaram as Conferências Municipais contabilizando 77% dos deles;
- b) Foram encaminhadas à 13ª. Conferência as deliberações das Conferências Estaduais de 26 Conselhos e do Conselho Distrital de Saúde;
- b) Contou com a participação de mais de 5.000 pessoas entre gestores, trabalhadores, usuários, parlamentares na qualidade de delegados e observadores;
- c) Foi a primeira Conferência Nacional coordenada por um presidente do Conselho

Nacional de Saúde eleito por voto direto das entidades;

d) Foram aprovadas 691 Resoluções e 157 moções;

Mais de 100 pessoas desde a Comissão de organização até a relatoria dos grupos de trabalho se desdobraram para que a 13ª. Conferência Nacional de Saúde fizesse um debate que fosse capaz de ser reproduzido no Executivo e no Legislativo.

Para que isso acontecesse, ela foi organizada em 3 eixos:

“Eixo I: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento”;

“Eixo II: Políticas Públicas de Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde”;

“Eixo III: A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”

## **VI - RESULTADO DA PESQUISA:**

No período proposto pelo projeto, 2008-2009, de avaliação da relação das demandas criadas pelo Executivo e pela Câmara dos Deputados em referência as deliberações da 13ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, mais precisamente sobre a questão do financiamento do SUS atribuída ao eixo II e conforme descrito na tabela ao final desse capítulo, observou-se o seguinte:

✓. Que a questão do financiamento da saúde, no ano de 2008-2009, foi tratado muito mais no âmbito do Executivo do que da iniciativa dos Projetos de Leis que foram inseridos na Câmara dos Deputados.;

✓. O orçamento da Seguridade Social, nos anos em questão, previstos em Lei foi dividido entre muitos Ministérios e, quando distribuído para o Ministério da Saúde , automaticamente era distribuído para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

✓. A distribuição do financiamento da Seguridade Social não tinha muita relação com as deliberações da 13ª. Conferência Nacional de Saúde. Haja visto que não foram encontrados no processo de pesquisa nenhum debate, nos anos de 2008-2009, no Executivo e no Legislativo, sobre as deliberações abaixo relacionadas. São elas:

“5. Aumentar o incentivo do teto financeiro, garantindo repasse fundo a fundo às ações de vigilância em saúde

(vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), considerando a Amazônia Legal, Nordeste e áreas de fronteira, visando à reestruturação da vigilância em saúde nos municípios, considerando os indicadores epidemiológicos, geodemográficos e o índice de desenvolvimento humano (IDH)”.

“24. Que os gestores, nos três níveis de poder, garantam recursos financeiros para a implementação das ações do Pacto pela Saúde, do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e para o aumento do teto financeiro da Programação Pactuada e Integrada (PPI).”

“22. Que o Ministério da Saúde recomponha e reajuste os tetos financeiros estaduais e municipais, considerando como critérios de financiamento as condições socioeconômicas e o perfil epidemiológico dos estados e municípios, a programação de gastos e a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde nos três níveis de assistência, observando a descentralização do orçamento e o repasse fundo a fundo, conforme legislação pertinente e normas complementares, criando mecanismos de punição no seu descumprimento.”

“139. Garantir recursos federais para normatizar e intensificar o Hiperdia como programa continuado do ESF e para melhoria do programa Carment (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) já existente no PSF”

✓. Que o Conselho Nacional de Saúde , através das reuniões do Plenário, pontuou o debate das deliberações da 13ª. Conferência Nacional de Saúde, transformando-as muitas vezes em Recomendações para o Executivo, com isso fortalecendo a proposta de no. 12 dessas deliberações que fala , além de outras coisas, sobre a Emenda Constitucional 29, dos 10% do PIB da União para o financiamento da saúde.

**Eixo II – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde . .**

**Levantamento realizado no processo legislativo da Câmara dos Deputados e das deliberações da reunião do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - Anos 2008/2009**

**DELIBERAÇÕES**

<p>3. Garantir, nas três esferas de governo, o repasse dos recursos da seguridade social ao financiamento das áreas de assistência social, previdência social e saúde, destinando 30% ao orçamento da Saúde e retomando o seu princípio da unicidade.</p>	
<p><b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b></p>	
<p><b>Decretos</b></p>	<p><a href="#">Decreto nº 6.426, de 7 de Abril de 2008</a> Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS, da Contribuição para o PIS/PASEP Importação e da COFINS-Importação dos produtos que menciona.</p> <p><a href="#">.662 de 25.11.2008</a> Regulamenta o art. 5º da Lei nº 11.727, de 23 de junho de 2008, que permite a restituição ou a compensação de valores retidos na fonte a título da Contribuição para o PIS/PASEP e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS.</p> <p><a href="#">6.393, de 12.3.2008</a> Estabelece o Compromisso Nacional pelo Desenvolvimento Social, a ser firmado entre a União, os Estados e o Distrito Federal.</p>
<p><b>Leis</b></p>	<p><a href="#">Lei nº 11.893, de 29 de Dezembro de 2008</a> Abre crédito extraordinário em favor da Presidência da República e dos Ministérios da Saúde, dos Transportes, da Defesa e da Integração Nacional, no valor global de R\$ 1.600.000.000,00 (um bilhão e seiscentos milhões de reais), para os fins que especifica.;</p> <p><a href="#">Lei nº 11.870, de 19 de Dezembro de 2008</a> Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito suplementar no valor de R\$ 682.155.812,00 para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.</p> <p><a href="#">Lei nº 11.885, de 23 de Dezembro de 2008</a> Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 7.678.214,00, para os fins que especifica.</p>

[Lei nº 11.755, de 23 de Julho de 2008](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito suplementar no valor de R\$ 195.724.599,00 para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.

[Lei nº 11.727, de 23 de Junho de 2008](#)

Dispõe sobre medidas tributárias destinadas a estimular os investimentos e a modernização do setor de turismo, a reforçar o sistema de proteção tarifária brasileiro, a estabelecer a incidência de forma concentrada da Contribuição para o PIS/Pasep e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social ...

[11.840, de 27.11.2008](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Previdência Social, crédito suplementar no valor de R\$ 1.644.179.681,00, para reforço de dotação constante da Lei Orçamentária vigente.

[11.816, de 13.11.2008](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor dos Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, crédito suplementar no valor global de R\$ 2.851.796.868,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.

[11.808, de 13.11.2008](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor dos Ministérios da Previdência Social e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, crédito suplementar no valor global de R\$ 1.187.217,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.

[Lei nº 12.141, de 21 de Dezembro de 2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 5.000.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências.

[Lei nº 12.176, de 29 de Dezembro de 2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 10.000.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências.

[12.175, de 29.12.2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor dos Ministérios da Previdência Social e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, crédito suplementar no valor global de R\$ 98.671.192,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.

[Lei nº 12.149, de 21 de Dezembro de 2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 500.000,00, para os fins que especifica.

[Lei nº 12.165, de 29 de Dezembro de 2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito suplementar no valor de R\$ 69.646.000,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.

[12.164, de 29.12.2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor dos Ministérios da Previdência Social e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, crédito especial no valor global de R\$ 20.300.000,00, para os fins que especifica, e dá outras providências.

[Lei nº 11.991, de 27 de Julho de 2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 300.000,00, para o fim que especifica.

[12.150, de 21.12.2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, crédito especial no valor de R\$ 1.720.000,00, para os fins que especifica.

[12.149, de 21.12.2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor do Ministério da Saúde, crédito especial no valor de R\$ 500.000,00, para os fins que especifica.

[12.118, de 14.12.2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, crédito especial no valor global de R\$ 2.698.867,00, para os fins que especifica, e dá outras providências.

[12.107, de 9.12.2009](#)

Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor dos Ministérios da Previdência Social e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, crédito suplementar no valor global de R\$ 597.937.321,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.

[12.101, de 27.11.2009](#)

Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429,

	<p>de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. (<a href="#">Mensagem de veto</a>)</p> <p><a href="#">12.088, de 11.11.2009</a> Abre ao Orçamento da Seguridade Social da União, em favor dos Ministérios da Previdência Social e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, crédito suplementar no valor global de R\$ 919.845.711,00, para reforço de dotações constantes da Lei Orçamentária vigente.</p>
<b>Medidas Provisórias</b>	<p><a href="#">446, de 7.11.2008</a> Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, e dá outras providências. (Rejeitada - <a href="#">Ato do Presidente da Câmara dos Deputados</a>)</p> <p><a href="#">474, de 23.12.2009</a> Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de janeiro de 2010 e estabelece diretrizes para a política de valorização do salário mínimo entre 2011 e 2023. ( Convertida em <a href="#">Lei nº 12.255, de 2010</a>)</p> <p><a href="#">475, de 23.12.2009</a> Dispõe sobre o reajuste dos benefícios mantidos pela Previdência Social em 2010 e 2011. (Convertida em <a href="#">Lei nº 12.254, de 2010</a>)</p>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>-0-</b>

<b>Recomendações</b>	<b>RECOMENDAÇÃO Nº 033 , DE 09/10/2008</b> - Que os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais de Saúde efetivem debate sobre a Seguridade Social e se manifestem em apoio à Carta do Rio de Janeiro – Em Defesa da Seguridade Social Inclusiva e Estável; pela Garantia Constitucional do Financiamento Social; pela Convocação da Conferência Nacional da Seguridade Social; e Contra o Projeto da Reforma Tributária que extingue as Contribuições da Seguridade Social.
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
5. Aumentar o incentivo do teto financeiro, garantindo repasse fundo a fundo às ações de vigilância em saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), considerando a Amazônia Legal, Nordeste e áreas de fronteira, visando à reestruturação da vigilância em saúde nos municípios, considerando os indicadores epidemiológicos, geodemográficos e o índice de desenvolvimento humano (IDH).	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Recomendações</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>

12. a aprovação imediata do PLC 89/2007 (nova denominação do PLP 01/2003), mantendo os avanços pela Câmara dos Deputados, em 31/10/2007, e os já conquistados, resgatando o texto que constava do substitutivo aprovado em agosto de 2004 pela Comissão de Seguridade Social e Família, que tem como referência a Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, garantindo a fixação definitiva para o financiamento das ações de saúde do SUS, o percentual mínimo de 10% da receita corrente bruta da União, que poderá ser escalonado, sendo 8,5% para o ano de 2008, 9% para o ano de 2009, 9,5% para o ano de 2010 e 10% para o ano de 2011, a ser aplicado em ações e serviços de saúde por parte do Governo Federal, em consonância com as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, garantindo, também, que o financiamento das ações e dos serviços de saúde seja feito de forma tripartite, fiscalizando-se o seu cumprimento com rigor, por meio de ações do controle social e do Legislativo, de forma transparente, para distribuição, aplicação e avaliação efetiva dos resultados obtidos com os recursos aplicados, priorizando as ações de saúde, promoção e prevenção, e mantendo-se a interlocução com o Ministério Público nos casos de descumprimento.

**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

<b>Portarias</b>	<a href="#"><u>Lei 11.941 de 27 de Maio de 2009</u></a> Altera a legislação tributária federal relativa ao parcelamento ordinário de débitos tributários
<b>Resoluções Normativas</b>	402 - 09/03/2009 - Solicitar ao Ministro da Saúde e ao Ministro do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) e a Casa Civil que procedam a revisão do Decreto nº 6.439, de 23 de abril de 2008, no sentido da total disponibilização dos recursos para a Saúde previstos na Lei Orçamentária de 2008;
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>

<p><b>Recomendações</b></p>	<p><b>RECOMENDAÇÃO Nº 026, DE 1º DE AGOSTO DE 2008.</b> Ao Ministério da Saúde, durante o processo de elaboração da proposta referente à “Função Saúde” que integrará o Projeto de Lei Orçamentária de 2009, a observação dos seguintes aspectos:</p> <p><b>Programa 0016 - Gestão da Política de Saúde</b>  Ação 2016 – Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rever os recursos do CNS, garantindo assim a realização de suas atividades, custeio e manutenção.</li> <li>• Criar rubrica específica para realização para eventos Nacionais e internacionais com previsão de R\$5 milhões.</li> </ul> <p><b>6152 – Cartão Nacional de Saúde</b>  R\$27.500 milhões  8708 – Auditoria do Sistema Único de Saúde  Manter a solicitação da unidade R\$18.864.240 para ampliação e qualificação do sistema nacional de auditoria.</p> <p><b>8705 – Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social e de Educação em Saúde</b>  Atender a proposta da Unidade, passando para R\$41.675.250</p> <p><b>8721 – Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da atenção à saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar a previsão para R\$94 milhões.</li> </ul> <p><b>1293 – Política de Assistência Farmacêutica</b>  <b>20AH Apoio a estruturação dos Serviços de Assistência Farmacêutica na Rede Pública</b>  R\$114 milhões condicionada à aprovação da CSS para janeiro de 2009.</p> <p><b>1444 – Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos</b>  <b>8701 – Sistema Nacional de Laboratório de Saúde Pública</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar os recursos destinados à estruturação dos laboratórios de saúde pública atendendo a solicitação da Unidade no valor de R\$27.535.000,00</li> </ul> <p><b>1446 – Implementação da Política de Promoção da Saúde</b>  <b>8696 – Promoção de Práticas Corporais e Atividades Físicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dobrar o orçamento previsto para R\$22 milhões</li> </ul> <p><b>1312 – Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde</b>  <b>8762 – Implementação de Ações e Serviços as Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Destacar nominalmente os recursos das diversas populações atendidas pelo SUS – População negra, LGTB, Campo e Floresta.</li> </ul> <p><b>1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada</b>  Com base na “série histórica”, contemplando a baixa execução nos últimos dois anos (2007/2008) o CNS propõe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1K09 – Implantação da Nova Sede do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO R\$50 milhões.</li> <li>• 8759 – Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em traumatologia ortopedia – INTO - manter o previsto para 2008 R\$116 milhões.</li> <li>• 20B0 – Atenção Especializada em Saúde Mental - manter a previsão orçamentária 2009 para instalação de CAPS, condicionado a total execução orçamentária de 2008, visando não gerar déficit na estruturação da rede.</li> <li>• Destacar nominalmente os recursos para o cumprimento da Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004 (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal).</li> </ul> <p><b>8934 – Atenção Especializada em Saúde Bucal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a previsão orçamentária para 2009 condicionada a devida execução do orçamento previsto para 2008, objetivando não gerar déficit quanto a instalação de CEOS.</li> </ul> <p><b>1214 – Atenção Básica de Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20AD Aumento no custeio das equipes de saúde da família e saúde</li> </ul>
-----------------------------	---

bucal, conforme na “Mais Saúde” à partir de janeiro de 2009.

- 8577 Reajustar o valor do PAB Fixo para R\$18,00 hab/ano a partir de janeiro de 2009.

- 8730 Atender a proposta da Unidade destinando R\$144.400.000,00.

**1289 – Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços**

**7694 – Construção do edifício sede da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**

- Atender a proposta da Unidade (R\$ 4.300.000,00) e realocar a diferença de R\$ 36.550.000,00 para 1289 20AB Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para execução das ações de Vigilância Sanitária, visto a relevância da construção do PDVISA e o impacto importante, em que pese limitado do reajuste dos valores para as mesmas ações ocorridos em 2008.

- Que haja maior agilidade quanto à habilitação do CAPS que já receberam aprovação da equipe técnica da ATMS do Ministério da saúde, visando não prejudicar a expansão da rede, visto que até o momento, não mais que 20 unidades foram habilitadas em 2008, quando o previsto para o ano de 2008 era de 20 unidades.

- Promover ações intersetoriais que fortaleçam as condicionantes de promoção, prevenção e proteção à saúde.

- Valorizar a Política Nacional de Saúde da População do Campo e da Floresta.

O CNS propõe ao Ministério da Saúde, que aprovada a CSS seja feita a revisão geral do orçamento 2009, na perspectiva da mudança do modelo de atenção priorizando ações de promoção e prevenção, dentre as quais:

- Fortalecimento da Atenção Básica com qualificação e ampliação da ESF/AB.

- Qualificação da gestão na perspectiva de profissionalização, bem como as demais acima citadas.

**RECOMENDAÇÃO CNS Nº 030, DE 09/10/2008 - 1)** Orientar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a exercerem seu papel legal de “acompanhar e fiscalizar os fundos de saúde onde devem estar aplicados todos os recursos, próprios e transferidos” (Constituição Federal/Atos Disposições Constitucionais e Transitórias – 77, 3).

**2)** Orientar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a adotarem os princípios e encaminhamentos previstos no arcabouço legal do financiamento da saúde relacionado em documento anexo.

**3)** Recomendar aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que fiscalizem o fiel cumprimento do art. 24 da Lei 8080/90, que estabelece o caráter complementar dos serviços privados de saúde, desde que requeridos e comprovada a necessidade pelos gestores do SUS.

**RECOMENDAÇÃO CNS Nº 004, DE 12/02/2009 - 1.** Que os conselhos de saúde nas diversas esferas incluam em suas pautas, em regime de urgência, o debate sobre o tema e suas conseqüências para o Sistema de Proteção Social do Brasil, especialmente para a seguridade e particularmente para o SUS, essenciais para o direito de cidadania.

2. Que realizem mobilizações sociais em defesa da regulamentação da EC-29 e da manutenção da vinculação das receitas da seguridade social, em especial para saúde.

3. Que sejam utilizados preferencialmente as materias disponíveis no site do Conselho Nacional de Saúde para subsidiar esse debate, com destaque para a “Carta do Rio de Janeiro: em defesa da seguridade social” (setembro/2008), “documento preliminar em defesa da área de proteção social na reforma tributária: saúde, previdência, assistência social, trabalho e educação” e a “Carta em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob Ameaça na Reforma Tributária” (fevereiro/2009),

	<p align="center"><b>RECOMENDAÇÃO CNS Nº 006, DE 12 DE MARÇO DE 2009</b>  <b>RECOMENDAÇÃO CNS Nº 006, DE 12/03/2009</b> - 1) Que o Governo Federal e o Poder Legislativo determinem no Anexo de Risco Fiscal da Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2010 a diminuição do percentual do PIB estabelecido como meta do superávit primário para garantir o equilíbrio das contas públicas e, assim, não onerar as Políticas de Proteção Social com cortes nos respectivos orçamentos;</p> <p>2) Que o Governo Federal e o Poder Legislativo não penalizem ainda mais, sob qualquer hipótese, o setor produtivo, os trabalhadores e servidores públicos, bem como, preserve o financiamento na área da Saúde, considerado insuficiente nos patamares atuais.</p> <p>3) Que a Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2010 estabeleça a utilização prioritária da Reserva de Contingência para atender as necessidades dos programas e ações relacionados às Políticas de Proteção Social;</p> <p align="center"><b>RECOMENDAÇÃO CNS Nº 007, DE 16/04/2008</b> - Com relação a orçamento e financiamento do SUS:</p> <p>a) que os recursos que compõem o orçamento para financiar as ações e os serviços públicos de saúde não sejam contingenciados;</p> <p>b) que a Lei de Responsabilidade Fiscal seja revisada considerando o seu impacto na gestão das políticas públicas de saúde tendo em vista que as políticas de saúde para serem implementadas necessitam essencialmente de recursos humanos;</p> <p>c) que seja regulamentada a Emenda Constitucional nº. 29 – EC 29 de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS e de acordo com a Resolução nº. 322/2003 do CNS;</p> <p>d) que seja aprovada pelo Congresso Nacional a Contribuição Social da Saúde – CSS, proposta pela Câmara dos Deputados, destinada exclusivamente ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde sob o controle e a fiscalização dos conselhos de saúde; e</p> <p>e) que seja debatido e aprovado, em regime de urgência, o Projeto Lei de Responsabilidade Sanitária em tramitação no Congresso Nacional.</p>
<b>Leis</b>	
<p>Que as pactuações intergestores garantam repasse de maiores investimentos financeiros para os municípios pólos de saúde, em virtude de atenderem uma maior demanda populacional, para ampliar, reformar, construir, manter, recuperar e comprar equipamentos para as unidades de saúde em todos os níveis de complexidade, considerando as peculiaridades das regiões, para fortalecer as ações de promoção e de prevenção da saúde da população, incluindo a saúde mental.</p>	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS/GOVERNO FEDERAL</b>	
<b>Decretos</b>	
<b>Leis</b>	<p><a href="#">11.664, de 29.4.2008</a>  Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS</p>

<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<b>-0-</b>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Recomendações</b>	<p><b>RECOMENDAÇÃO Nº 039, DE 10/10/2008</b> - Garantir que 5% dos orçamentos da saúde das três esferas de governo sejam destinados às ações de saúde mental, conforme indicação da Organização Mundial da Saúde</p> <p><b>RECOMENDAÇÃO Nº 040, DE 10/10/2008</b> - 1) Que os gestores públicos de saúde promovam a capacitação das Equipes de Saúde Bucal e dos Centros Especializados em Odontologia – CEOs do Sistema Único de Saúde – SUS para o atendimento aos pacientes portadores de transtornos mentais, em todos os níveis de complexidade; e 2) Que os Centros Especializados em Odontologia – CEOs sejam dotados de tecnologia, estrutura física e equipamentos adequados ao atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais.</p>
	<b>- 0 -</b>

16. Definir política de financiamento para a gestão do trabalho em saúde com recursos das esferas federais e estaduais.	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	<p><a href="#">6.860, de 27.5.2009</a> Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, integra o Centro de Referência Professor Hélio Fraga à estrutura da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, altera e acresce artigo ao Anexo I e altera o Anexo II ao Decreto nº 4.725, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da FIOCRUZ, e dá outras providências.</p> <p><a href="#">6.833, de 29.4.2009</a> - Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.</p>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<p><a href="#">Portaria MS/GM Nº 2871 de 19 de novembro de 2009</a> Constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. ;</p> <p><a href="#">Portaria MS/GM Nº 2907 de 23 de novembro de 2009</a> Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.</p>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Recomendações</b>	<p><b>RECOMENDAÇÃO nº 005, DE 13/03/ 2008</b> - Ao Ministério da Saúde que faça gestões junto aos órgãos competentes para a recomposição do orçamento integral da Coordenação de Saúde do Trabalhador – COSAT para que possa dar a continuidade às suas ações.</p> <p><b>RECOMENDAÇÃO nº 007, DE 13/03/2008</b> - Ao Ministério da Saúde a</p>

<p>republicação da Portaria nº 1.125/GM de 06 de julho de 2005, que trata das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.</p> <p><b>RECOMENDAÇÃO nº 008, DE 13/03/2008</b> - Ao Ministério da Saúde providências cabíveis para o aumento do número de trabalhadores da Coordenação de Saúde do Trabalhador – COSAT.</p> <p><b>RECOMENDAÇÃO nº 015, DE 13/03/2008</b> - A elaboração de diretrizes para formação permanente dos profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS em saúde do trabalhador, considerando a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS.</p> <p><b>RECOMENDAÇÃO nº 017, DE 13 DE MARÇO DE 2008</b> - 1- Que providencie a alteração na composição da Comissão Permanente da Implementação do Nexo Técnico Epidemiológico, visando a inclusão de outros atores envolvidos no assunto. 2- A realização de atividade com os médicos peritos, representações dos trabalhadores, do Ministério do Trabalho e Emprego e do Ministério da Saúde, para implementação no nexo, de altas programadas e revisão dos benefícios.</p> <p><b>RECOMENDAÇÃO nº 021, DE 17/04/ 2008</b> - 1) Promover a Educação Permanente para o Controle Social no SUS como tema integrante das ações e serviços em saúde no âmbito do SUS. 2) Organizar estratégias de participação do Conselho de Saúde nas ações desenvolvidas com os recursos de incentivo financeiros previstos na Portaria GM Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, e Portaria GM Nº 3.060, de 28 de novembro de 2007, que define os critérios e os valores para o repasse de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados da Federação.</p>	
<p>22. Que o Ministério da Saúde recomponha e reajuste os tetos financeiros estaduais e municipais, considerando como critérios de financiamento as condições socioeconômicas e o perfil epidemiológico dos estados e municípios, a programação de gastos e a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde nos três níveis de assistência, observando a descentralização do orçamento e o repasse fundo a fundo, conforme legislação pertinente e normas complementares, criando mecanismos de punição no seu descumprimento.</p>	
<p><b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b></p>	
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>
<p><b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b></p>	
<b>Portarias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>

<b>Recomendações</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
24. Que os gestores, nos três níveis de poder, garantam recursos financeiros para a implementação das ações do Pacto pela Saúde, do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e para o aumento do teto financeiro da Programação Pactuada e Integrada (PPI).	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>
	<b>- 0 -</b>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Recomendações</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
28. Destinar recursos financeiros da esfera federal para o transporte aéreo de pacientes que requeiram atendimento especializado e de emergência nas áreas de difícil acesso.	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Resoluções</b>	<b>- 0 -</b>

<b>Normativas</b>	
<b>Instruções Normativa</b>	- 0 -
<b>Decretos</b>	- 0 -
<b>Recomendações</b>	- 0 -
<b>Leis</b>	- 0 -
34. Assegurar o financiamento e ampliar a oferta na assistência básica, em média e alta complexidade nos municípios, assegurar o acesso à Terapia Renal Substitutiva e a implantação e implementação de centrais de regulação do acesso aos portadores de doenças renais crônicas, conforme necessidade epidemiológica, de forma que o setor privado passe a ser um serviço complementar.	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	- 0 -
<b>Leis</b>	- 0 -
<b>Medidas Provisórias</b>	- 0 -
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	- 0 -
<b>Resoluções Normativas</b>	- 0 -
<b>Instruções Normativa</b>	- 0 -
<b>Decretos</b>	- 0 -
<b>Recomendações</b>	- 0 -
<b>Leis</b>	- 0 -
<b>Medidas Provisórias</b>	- 0 -
36. Ampliar e atualizar os recursos repassados, garantindo financiamento tripartite e incentivo QUALIS, para a implantação e reestruturação das Equipes de Saúde da Família/ESFs, Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Pacs e Equipes de Saúde Bucal, considerando as dificuldades de acesso e as realidades regionais, visando melhores condições de trabalho das equipes.	

<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<a href="#"><u>Portaria MS/GM Nº 2226 de 18 de setembro de 2009</u></a> Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para equipes de Saúde a Família.
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Recomendações</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>

73. Garantir recursos específicos na esfera federal para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e o reajuste de 100% no valor do repasse estadual para os TFD, baseando-se na necessidade local, para usuários que necessitam de tratamento especializado em serviços de referência médica, de acordo com as demandas municipais, para garantir a locomoção e a ajuda de custo dos pacientes e dos acompanhantes.

<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	
<b>Leis</b>	
<b>Medidas Provisórias</b>	

<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	
<b>Resoluções</b>	
<b>Normativas</b>	
<b>Instruções</b>	
<b>Normativa</b>	
<b>Decretos</b>	
<b>Recomendações</b>	
<b>Leis</b>	
<p>91. Realizar concurso público para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), como meio de ingresso ao SUS, garantindo a permanência dos atuais trabalhadores, cumprindo a Emenda Constitucional nº 51/06 e a Lei nº 11.350/06 e também regulamentar a profissão de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (Aisan), valorizando-os e proporcionando a melhoria nas condições de trabalho e a garantia da isonomia salarial entre os agentes de saúde, com contratação pelo Regime Jurídico Único (RJU) e institucionalização do pagamento de sua insalubridade.</p>	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	
<b>Leis</b>	<p><b><u>EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 63, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2010</u></b></p> <p style="text-align: right;">Altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.</p> <p>As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:</p> <p>Art. 1º O § 5º do art. 198 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:</p> <p>"Art. 198. ....</p> <p>.....</p> <p><b>§ 5º</b> Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.</p>

<b>Medidas Provisórias</b>	
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	
<b>Resoluções Normativas</b>	
<b>Instruções Normativa</b>	
<b>Decretos</b>	
<b>Recomendações</b>	
<b>Leis</b>	
92. Garantir o vínculo empregatício na contratação de Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate às Endemias e Agente Comunitário de Saúde Indígena (ACSI), respeitando todos os direitos trabalhistas e aprofundando as condições de trabalho por meio de uniforme completo, filtro solar, crachás, guarda-chuvas, sapatos, cadernos e outros, facilitando o trabalho nas localidades de difícil acesso (zona rural e urbana), bem como garantindo as devidas indenizações de campo com base na Lei Federal nº 8.216, de 13 de agosto de 2008, Art. 16.	
<b>CÂMARA DOS DEPUTADOS</b>	
<b>Decretos</b>	
<b>Leis</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006.</u></b> - aço saber que o <b>PRESIDENTE DA REPÚBLICA</b> adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:</p> <p style="text-align: center;">Art. 1º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.....</p> <p style="text-align: center;"><b><u>EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 51, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2006</u></b>  <span style="color: red;">Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal.</span></p> <p>As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:</p> <p>Art. 1º O art. 198 da Constituição Federal passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 4º, 5º e 6º:</p> <p>"Art. 198. ....</p> <p>.....</p> <p><b><u>§ 4º</u></b> Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes</p>

	<p>comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.</p> <p>§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.</p> <p>§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício." (NR)</p> <p>Art 2º Após a promulgação da presente Emenda Constitucional, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias somente poderão ser contratados diretamente pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios na forma do <a href="#">§ 4º do art. 198 da Constituição Federal</a>, observado o limite de gasto estabelecido na Lei Complementar de que trata o art. 169 da Constituição Federal.</p> <p>Parágrafo único. Os profissionais que, na data de promulgação desta Emenda e a qualquer título, desempenharem as atividades de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias, na forma da lei, ficam dispensados de se submeter ao processo seletivo público a que se refere o <a href="#">§ 4º do art. 198 da Constituição Federal</a>, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de Seleção Pública efetuado por órgãos ou entes da administração direta ou indireta de Estado, Distrito Federal ou Município ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta dos entes da federação.</p> <p>Art. 3º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data da sua publicação.</p>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MINSTERIO DA SAÚDE</b>	
<b>Portarias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Recomendações</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>

139. Garantir recursos federais para normatizar e intensificar o Hiperdia como programa continuado do ESF e para melhoria do programa Carment (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) já existente no PSF

**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Medidas Provisórias</b>	<b>- 0 -</b>

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

<b>Portarias</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Resoluções Normativas</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Instruções Normativa</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Decretos</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Recomendações</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Leis</b>	<b>- 0 -</b>

## VII - CONCLUSÕES

Durante todo o processo de levantamento dos dados em relação ao trabalho legislativo da Câmara dos Deputados, bem como a relação interna entre o poder executivo, e aí podemos citar a relação entre Presidência da República x Câmara dos Deputados e Ministério da Saúde x Conselho Nacional de Saúde x Conferências Nacionais de Saúde, o foco está voltado para a identificação dos métodos de participação, iniciado nas lutas dos anos 70 e que culminou com a institucionalização do controle social nos anos 80 e 90.

Se, segundo Leonardo Avritzer (2006), não há dúvidas que os Conselhos de Políticas Públicas são instrumentos do processo de democratização do país à medida em que transforma a relação Estado e Sociedade, minimizando conflitos, é inegável dizer que as Conferências Nacionais, no caso de trabalho de Saúde, deveria servir para de fato contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de Saúde.

O que se pode identificar na pesquisa é que as relações políticas internas entre as instituições políticas elencada durante o processo tem muita importância na continuidade das deliberações à caminho de sua transformação em um item da legislação para se concretizar a sua execução.

O Governo Lula ampliou o processo democrático da participação popular ao investir nas Conferências Nacionais, porém, os temas mais importantes das deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, como foi o caso do financiamento do SUS, a Emenda Constitucional 29, se transformou num debate que ninguém queria encarar.

O orçamento da Seguridade Social, segundo mostram as tabelas, foi despendido para as ações de Ministérios que não tem nenhuma ligação com a saúde como foi o caso dos Ministérios da Educação, do Transporte, Lazer, Justiça, etc, apesar de muito se fazer pelas ações do Sistema Único de Saúde, não se definiu um patamar mais fixo para seu financiamento.

O orçamento da Seguridade Social, no ano de 2008 e 2009, também foi utilizado para os carros-chefes dos projetos do Governo Federal que representam a marca do governo do Partido dos Trabalhadores que foram o PAC - Programa de Acelerações do Crescimento e, junto à ele, o "Minha Casa, Minha Vida" através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

As políticas do Ministério da Previdência também foram privilegiadas com o orçamento da Seguridade Social para ampliação das agências do INSS bem como para a valorização dos servidores públicos federais.

Tudo isto posto acima nos faz refletir pensar que também que poucos foram os Projetos de Leis enviados à Câmara dos Deputados, por Deputados, que fazem menção às deliberações da 13a. Conferência Nacional de Saúde.

Isso não significa dizer que a Câmara dos Deputados ficou estagnada nesse período de 2008-2009, muito pelo contrário. A Câmara dos Deputados, espaço onde todos convivem sob um " Governo de Coalizão", estava votada aos projetos sociais do Executivo destinados ao desenvolvimento do país.

Nesse sentido, a maioria dos PLs vinham do Executivo e as Conferências eram utilizadas como forma de obter informações sobre as solicitações do Executivo.

Por outro lado, as ações do Conselho Nacional de Saúde, Instituição de Controle Social que organizou e coordenou todo processo de realização da 13a. Conferência Nacional de Saúde utilizou e transformou em Resoluções da reunião vários pontos ligados ao financiamento do Sistema Único de Saúde.

A Emenda Constitucional 29 (EC 29) que entre muitas outras coisas, define o percentual mínimo de recurso para a saúde pública é promotor das manifestações do " Movimento Saúde + 10".

Isso significa dizer que o Conselho Nacional de Saúde, e suas entidades representativas, conclamaram toda sociedade civil organizada para exigir do Executivo uma decisão sobre os recursos mínimos para a saúde pública.

Esse fato deixa claro que as Conferências Nacionais de Saúde , em seu ápice de democracia, organiza o povo para deliberar e contribuir com o Governo sobre as políticas públicas, e sociais, de saúde, porém, se o Executivo se apresentar com dificuldades em executar tais deliberações, novamente a sociedade, através da democracia participativa, se organiza para exigir os seus direitos.

## VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOMES, Fábio de Barros, in " Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da Constituinte à regulamentação da Emenda 29/2000, Revista Saúde em Debate, Vol. 38, No. 100, Rio de Janeiro, JanMar. 2014;
2. CONASS, in " As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas", Brasília, 2009, 1a. Edição
3. Conselhos de Saúde e Controle Social - Perguntas e respostas - [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) , 2010
4. FEDERAL, Ministério Público ins " Financiamento da Saúde", Grupo de Trabalho da Saúde, Brasília, 2008;
5. AVRITZER, Leonardo e SOUZA, Clóvis Henrique Leite de Souza in " Conferências Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade", IPEA, Brasilia, 2013;
6. THAMY Pogrebinschil e SANTOS, Fabianoa in " Participação como Representação: O Impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional", DADOS– Revista de Ciências Sociais ,RiodeJaneiro, vol.54, no3,2011,pp.259a305;
7. AVELAR, Lucia e CINTRA, Antonio Carlos in "Sistema Político Brasileiro: uma introdução", Editora UNESP;
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE in " Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva ", Plano Nacional de Saúde 2008-2011, Cadernos de Planejamento, Vol.9, 2010;
9. Pesquisa em sites:  
[www.saude.gov.br/cns](http://www.saude.gov.br/cns)  
[www.planalto.gov.br/legislacao](http://www.planalto.gov.br/legislacao)  
[www2.camara.leg.br/legislacao](http://www2.camara.leg.br/legislacao)