

revista

poli saúde
educação
trabalho

Ano XI — Nº. 65 — jul./ago. 2019



Mala Direta
Básica

99123401952013-DRRJ
Flacruz

Correios

MEMÓRIAS DE LUTA

a importância da participação social nas políticas públicas

16ª Conferência
Nacional de
Saúde

ENTREVISTA

Virgínia Fontes fala sobre Democracia
e Saúde, tema da 16ª Conferência

FORÇA DO SUS

Os trabalhadores que fazem
o dia a dia do Sistema



Conheça o

Poli

Promover atividades de ensino, pesquisa, comunicação, desenvolvimento tecnológico e cooperação na área de Educação Profissional em Saúde: essa é a missão da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz. A EPSJV atua, portanto, com o segmento educacional que corresponde à maioria dos profissionais de saúde no Brasil.

Criada em 1985, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a Escola nasceu para defender que a educação também era um direito e que a formação dos trabalhadores de nível médio deveria ser integral, preocupando-se não só com os conhecimentos específicos para a prática profissional mas também com os condicionamentos históricos e sociais do mundo do trabalho em saúde.

www.epsjv.fiocruz.br

Ano XI - Nº 65 - jul./ago. 2019

Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde ISSN 1983-909X

Editora e Coordenadora de Comunicação, Divulgação e Eventos

Maíra Mathias

Repórteres

Cátia Guimarães / Katia Machado / Julia Neves / Maíra Mathias

Projeto Gráfico

José Luiz Fonseca Jr.

Diagramação

José Luiz Fonseca / Marcelo Paixão / Maycon Gomes / Thiago Oliveira

Capa

Maycon Gomes

Mala Direta e Distribuição

Valéria Melo / Tairone Cardoso

Portal EPSJV

André Antunes / Martha Esteves

Mídias Sociais

Ana Paula Evangelista

Comunicação Interna

Julia Neves / Talita Rodrigues

Editora Assistente de Publicações

Gloria Carvalho

Assistente de Gestão Educacional

Solange Maria

Tiragem

16.000 exemplares

Periodicidade

Bimestral

Gráfica

Walprint

Conselho Editorial

Alexandre Moreno / Alexandre Pessoa / Anakeila Stauffer / Bianca Borges / Carlos Maurício Barreto / Daniel Groisman / Daniel Souza / Etelcia Molinaro / Gilberto Estrela / José Orbílio de Souza Abreu / Marise Ramos / Pedro Castilho / Rosa Maria Correa / Sergio Ricardo de Oliveira / Tiago Marques



PANORAMA

2

RADAR DOS TÉCNICOS

4

CAPA

Participação social e democracia no Brasil 6

MEMÓRIAS DA 8ª CNS

O fio da história 14

ENTREVISTA

Virgínia Fontes - 'Democracia é uma tensão permanente de igualdade e liberdade' 18

INTERNACIONAL

Um debate global 22

TRABALHADORES DA SAÚDE

Força motriz do SUS 26

O QUE É, O QUE FAZ?

Conselho Nacional de Saúde 31



/EPSJVFiocruz



@epsjv_fiocruz



@EPSJVFiocruz



EPSJV/Fiocruz

Receba a Poli: formulário pelo site www.epsjv.fiocruz.br/recebaarevista

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 306
Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos, Rio de Janeiro CEP.: 21040-360
Tel.: (21) 3865-9718 Fax: (21) 2560-7484 comunicacao@epsjv.fiocruz.br

Assine nosso boletim pelo site www.epsjv.fiocruz.br



Livre mercado de veneno

MÍDIA NINJA



Na última Revista Poli, você leu que, até o fechamento daquela edição, mais de 150 novos agrotóxicos tinham sido autorizados. Passados dois meses até esse novo número, a lista só fez crescer: já são 239 novos produtos sendo comercializados no país. E quando você estiver lendo esta nota, pode ter piorado: segundo matéria do jornal O Globo de 1º de julho, outros 400 estavam na fila naquele momento.

Essa aceleração recorde de liberação tem gerado uma guerra de argumentos. De um lado, o governo e a bancada ruralista do Congresso apoiam essa ‘corrida’ como forma de “destravar a economia” no setor agrário. Do outro, estão pesquisadores, principalmente da área de saúde, e entidades ambientalistas, que denunciam a falta de embasamento científico dessas decisões e os riscos envolvidos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) garante que está mantendo o rigor nas análises e argumenta que quase todos os novos agrotóxicos que chegaram ao mercado são “genéricos” de substâncias que já existiam e que, por isso, apresentam o mesmo risco dos originais. Mas não falta quem ache que a história não é bem assim.

O pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) Luiz Claudio Meirelles, que foi Gerente Geral de toxicologia da Anvisa, ressalta, antes de mais nada, que o termo “genérico” só deve ser usado para tratar de medicamentos: no caso de agrotóxicos, o que se tem são “produtos equivalentes”. Ele não nega que a maioria dos produtos aprovados este ano está nessa categoria, mas destaca que esse é um argumento correto apenas no ponto de vista “legal”. Pela perspectiva da regulação sanitária – que é o papel da Anvisa, do Ministério da Agricultura e do Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (Ibama) nesse processo –, diz, essa ampliação da oferta de produtos não é indiferente e representa sim um aumento do perigo à saúde da população. Isso porque estão se multiplicando produtos que, segundo ele, deveriam estar sendo restringidos pela área regulatória, por três razões principais. Primeiro porque 42% das substâncias que circulam no país hoje – e que estão tendo a oferta ampliada – são classificadas como altamente tóxicas ou extremamente tóxicas. Segundo porque 30% delas

já foram banidas da comunidade europeia, enquanto são amplamente vendidas no Brasil. E terceiro, porque está se aumentando o mercado de substâncias como o glifosato, que ainda estão em reavaliação por esses mesmos órgãos de regulação depois de pesquisas terem-no associado a doenças graves, inclusive câncer. “Não estamos falando de cocada ou biscoito. Estamos falando de veneno”, alerta, lembrando que a Organização Mundial de Saúde recomenda que os países apliquem uma política de redução dos produtos altamente tóxicos ou extremamente tóxicos e que o Brasil está indo na direção contrária.

Há anos, instituições de pesquisa e movimentos sociais de defesa do meio ambiente têm afirmado que o Brasil já era o maior consumidor de agrotóxicos do mundo, embora essa informação venha sendo questionada por ruralistas e pelo próprio Ministério da Agricultura. Levantamento recente da Organização das Nações Unidas (ONU), no entanto, aponta que o país ocupa o primeiro lugar do *ranking* mundial de gastos com agrotóxicos.



Lista suja

Mais uma vez, o Brasil foi incluído na lista de países suspeitos de violar direitos trabalhistas, produzida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Desde que a Reforma Trabalhista foi aprovada, em 2017, sindicatos e centrais sindicais têm formalizado junto à entidade denúncia de violação, principalmente, da Convenção 98, que trata sobre o direito de organização e negociação coletiva dos trabalhadores e da qual o Brasil é signatário.

Em entrevista ao Portal EPSJV/Fiocruz, Noêmia Porto, presidente da Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (Anamatra), enumerou as medidas que estariam em desacordo com a convenção da OIT: “a possibilidade de negociação coletiva abaixo do mínimo legal; a previsão de negociação direta entre trabalhador e empregador; e o estímulo às contratações atípicas (autônomo exclusivo e pejotização, por exemplo) que promovem a dessindicalização dos trabalhadores”.

Em 2017, atendendo a um recurso apresentado pela Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Organização pediu esclarecimentos ao governo brasileiro. Em 2018, a Comissão de Aplicação de Normas da entidade chegou a concluir que a reforma não desrespeitava a convenção 98. A OIT continuou acompanhando os desdobramentos das mudanças e, primeiro, incluiu o Brasil numa lista de 40 países que poderiam ser questionados pelo seu Comitê de Padrões. Agora, o país ‘evoluiu’ e ingressou na chamada ‘lista curta’, que envolve 24 países selecionados para serem avaliados prioritariamente pela entidade em relação às práticas que possam ferir os acordos internacionais. “A sucessiva presença do Brasil na lista abala a nossa credibilidade internacional e, claramente, há países e empresas que, levando a sério a normativa internacional, se negam a abrir oportunidades para um mercado que resolve empreender serviços e produtos fazendo uso da exploração abaixo dos níveis dignos definidos internacionalmente”, opina Noêmia.



Plano Nacional de Educação

Após exatos cinco anos de vigência, completados em julho, o balanço do Plano Nacional de Educação (PNE) não é animador. Segundo relatório publicado pela Campanha Nacional pelo Direito à Educação, 16 metas cujo prazo já venceu ainda não foram cumpridas. Um exemplo é a meta 11, que determina que as matrículas de educação profissional técnica de nível médio devem triplicar até 2024. Dados do relatório mostram que nos últimos dez anos a expansão foi de 188,9 mil matrículas, o que representa menos de 6% do que está estabelecido na meta.

De acordo com o estudo, no entanto, o pior indicador se refere à Educação de Jovens e Adultos. A meta 10 do PNE estabelece que no mínimo 25% das matrículas de EJA nos ensino fundamental e médio deve se dar de forma integrada à educação profissional. Em entrevista ao Portal EPSJV/Fiocruz, o coordenador da Campanha, Daniel Cara, informou que, sobre isso, praticamente nada foi feito. “Não existe pressão política para eles realizarem essa agenda – até porque os sujeitos do direito da educação de jovens e adultos normalmente já estão em situação tão vulnerável que nem sequer compreendem que a educação é um direito, se culpabilizam pela condição de analfabetismo ou pela baixa média de anos de estudos”, analisou.



Mudanças na regulação do trabalho

Sem votação pelo Congresso Nacional, caducou, no final de junho, a Medida Provisória que proibia o desconto da contribuição sindical na folha de pagamento mesmo com autorização dos trabalhadores. Com isso, volta a valer o que tinha sido estabelecido pela Reforma Trabalhista aprovada em 2017, que é o desconto facultativo, mediante concordância do sindicalizado. Até então, valia a legislação incorporada à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que considerava a contribuição compulsória.

Sindicatos e centrais sindicais comemoraram o resultado. Desde que a MP foi publicada, as entidades argumentam que ela burocratiza e gera mais custos, em função das tarifas bancárias, dificultando o pagamento e, com isso, enfraquecendo a representação sindical. Agora, o tema só pode voltar ao Congresso como Projeto de Lei.

Embora sem apontar números, o relatório identifica evolução principalmente nas metas 1 e 6. A primeira diz respeito à universalização da educação infantil com ampliação das vagas em creche, de modo a alcançar pelo menos 50% das crianças até três anos. A outra trata da oferta de educação em tempo integral em no mínimo metade das escolas, correspondendo a 25% dos estudantes da educação básica.

O PNE estabelece ainda, na meta 20, que até 2024 o país precisa investir 10% do seu Produto Interno Bruto (PIB) na educação. Hoje, segundo o estudo, os gastos na área representam apenas metade desse percentual.

RADIOLOGIA: STF REAFIRMA JORNADA DE TRABALHO

A preocupação com o tempo de exposição dos trabalhadores técnicos à radiação chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF). No dia 22 de maio, a mais alta corte do país negou recurso movido pelo estado do Ceará, que adotava 30 horas semanais de trabalho. A ministra Rosa Weber decidiu manter a carga horária dos profissionais das técnicas radiológicas cearenses em 24 horas, seguindo a lei 7.394, de 1985, e o decreto 92.790, de 1986. As normas regulamentam o exercício da profissão de técnico em radiologia.

A discussão teve início em 2016, quando o Ceará determinou que os servidores públicos da área atuassem seis horas a mais do que o permitido. Os trabalhadores reagiram. Depois de receber diversas denúncias, o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia do estado (CRTR2) entrou na Justiça para garantir a jornada prevista por lei. “Tentamos um acordo com a Secretaria Estadual de Saúde. Sem êxito, ajuizamos o processo”, lembra Salomão de Souza Melo, presidente do CRTR2. A batalha judicial entre gestores e trabalhadores começou na primeira instância, no Tribunal Regional Federal da 5ª região, em Recife. Lá, o juiz determinou que tanto o estado quanto os municípios cearenses teriam que cumprir a legislação. Novamente o Ceará recorreu e o processo foi remetido diretamente ao STF, responsável por arbitrar disputas que envolvem estados da federação. “E o Supremo negou o recurso”, comemora Salomão.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM DEBATE

‘Educação interprofissional na formação e no trabalho dos técnicos em saúde’ foi o tema do 7º seminário virtual da Rede Internacional de Educação de Técnicos de Saúde (RETS), sediada na EPSJV/Fiocruz. Realizado no dia 4 de junho, o evento reuniu os pesquisadores Marina Peduzzi, da Universidade de São Paulo (USP), e José Rodrigues Freire Filho, consultor internacional em recursos humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Segundo Ingrid D’Avilla, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz, atualmente têm-se multiplicado as discussões acerca do papel da educação interprofissional na transformação e no avanço da educação e da qualificação dos profissionais da saúde, nos desafios de implementação dos currículos e nos modelos de gestão de equipes interprofissionais de saúde. “Considerando não somente a relevância da educação interprofissional em âmbito internacional, mas também a sua incipiente relação com o trabalho e a formação dos técnicos em saúde, propusemos a realização desse seminário. Foi uma primeira iniciativa de aproximação da RETS com o assunto, mas em breve divulgaremos novas atividades”, ressaltou.

De acordo com Marina, a educação interprofissional “acontece quando estudantes e profissionais de uma determinada área têm oportunidades de aprendizado conjunto e compartilhado com estudantes e profissionais de outras áreas, com o propósito de desenvolver competências colaborativas e habilidades que favoreçam o trabalho em equipe”. Na avaliação de Rodrigues, um dos maiores desafios é justamente pensar a educação interprofissional na formação e no trabalho dos técnicos em saúde, seja na formulação de políticas públicas, na regulamentação, nos currículos, nos cursos, nas metodologias ou nas tecnologias educacionais para esse nível de formação. “Isso pode ser inovador no cenário mundial, tendo em vista que a discussão ainda está muito centrada nos níveis de graduação e pós-graduação”, ressaltou.

ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES

Fortalecer políticas públicas de prevenção e combate a doenças como dengue, zika e chicungunha é o objetivo do curso de desenvolvimento profissional em vigilância em saúde para o enfrentamento das arboviroses. Promovida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a formação teve início em 11 de junho, em Maricá (RJ), e é uma das etapas de uma ampla pesquisa científica e tecnológica desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz.

Considerando que as condições de habitação interferem na saúde dos moradores e favorecem a proliferação do principal transmissor das arboviroses – o *Aedes aegypti* – a pesquisa abarca ações em vários territórios com áreas de vulnerabilidade ambiental e econômica. Manguinhos, bairro na zona norte do Rio de Janeiro; Ceilândia, na região administrativa do Distrito Federal; e Paraty, município fluminense, receberão a formação no segundo semestre de 2019 e no próximo ano.

“A ideia é que o curso dê instrumental teórico e conceitual para formar pessoas que possam propor e conduzir soluções, trazendo os seus saberes, os seus recursos e as vozes dos territórios para que se sintam sujeitos dos processos de intervenção e ajudem os serviços de saúde locais a implementar uma vigilância em saúde de base popular”, destaca o professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz Maurício Monken, que divide a coordenação com Edilene Pereira.



STOCKSNAP / PIXABAY

REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO DE CUIDADOR DE IDOSO

O Senado aprovou no dia 21 de maio o projeto de lei que regulamenta as profissões de cuidador de idosos, crianças e pessoas com deficiência ou doenças raras. De acordo com o texto, esses profissionais deverão ter o ensino fundamental completo e curso de qualificação na área, além de idade mínima de 18 anos, bons antecedentes criminais e atestados de aptidão física e mental. A atuação do cuidador poderá se dar em residências, comunidades ou instituições.

Para o professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz, Daniel Groisman, que também coordena o curso de qualificação profissional no Cuidado à Pessoa Idosa ofertado pela Escola desde 2007, é importante destacar que essa é uma demanda histórica da categoria e uma necessidade premente para a melhoria das condições desse tipo de trabalho. “A demanda por cuidados

crece cada vez mais, sobretudo devido ao processo de envelhecimento populacional, sendo urgentemente necessário o estabelecimento de políticas voltadas para o apoio aos cuidados e ampliação do acesso a esse tipo de serviço”, aponta. Até o fechamento desta edição, o PLC 11/2016 esperava sanção presidencial.

FORMAÇÃO DE AGENTES POPULARES EM SAÚDE

Teve início no dia 1º de junho, em Cachoeiras de Macacu, região metropolitana do Rio de Janeiro, o curso de Educação Popular em Saúde Ambiental em Comunidades: Pedagogia das Águas em Movimento. A formação é resultado de uma parceria entre a EPSJV/Fiocruz, a prefeitura de Cachoeiras de Macacu (RJ) e o Movimento dos Atingidos por Barragem, MAB. Tem como objetivo fortalecer a participação popular e práticas coletivas de manejo das águas que visem à promoção de territórios saudáveis e sustentáveis para as comunidades da região. Agricultores familiares e atores sociais locais serão formados em agentes populares em saúde ambiental. Para o professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz, Alexandre Pessoa, que coordena o curso, processos formativos na perspectiva da promoção da saúde são fundamentais na região que, há anos, vive a expectativa negativa da construção de uma barragem que, se autorizada, alagaria aproximadamente 20 km² da localidade e desapropriaria residências de três mil pessoas. “Mesmo o projeto não tendo sido executado, a região sofre com a desmobilização econômica, com o medo dos moradores de perderem suas casas, seus laços familiares, a vivência com a comunidade,

ou seja, todo um processo de desterritorialização”, resume.

Como parte do processo pedagógico, os estudantes realizarão nas escolas do território debates e intervenções sobre o manejo das águas domiciliares e comunitárias, sendo eles os multiplicadores dos saberes. Ao fim do curso, previsto para novembro, acontecerá um seminário nacional, quando será apresentada uma sistematização de todo o processo formativo, tendo as águas e o saneamento rural como conteúdos centrais.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMOCRACIA NO BRASIL

Pesquisadores e representantes de diferentes entidades da sociedade civil discutem medidas do governo federal que descaracterizam o modelo de controle social no Brasil

Cátia Guimarães

“**T**odo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”. Passadas mais de três décadas, o texto do parágrafo único do artigo 1º da Constituição Federal voltou a ser lembrado, citado e usado como argumento na discussão sobre as formas de participação da sociedade civil no aparelho de Estado brasileiro. De tão emblemático, recentemente ele figurou dos dois lados de uma briga jurídica em torno do tema: foi a base da alegação do Partido dos Trabalhadores na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6.121, apresentada ao Supremo Tribunal Federal contra o decreto 9.759/2019, e foi também citado na peça da defesa do governo, feita pela Advocacia Geral da União (AGU).

Esse foi o capítulo mais comentado sobre a queda de braço que vem se travando entre o governo e os espaços institucionalizados de participação social. O decreto 9.759, editado em abril, extinguiu todos os colegiados ligados à administração pública federal anteriores a 2019 que não foram criados por lei, com a promessa de recriar aqueles que, após avaliação do governo, fossem considerados essenciais. Um mês e meio depois da sua publicação, ele foi alterado por outro, de nº 9.812, que redefiniu, pelo menos, o escopo: agora, a extinção não atingia mais aqueles colegiados que, mesmo não tendo sido criados por lei, foram mencionados em alguma lei. Muito antes, logo no primeiro dia de governo, a publicação da medida provisória 870 (transformada na lei 13.844), que apresentava a nova estrutura administrativa do Executivo, trouxe como novidade a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Consea, criado em 1993 e recriado em 2003. Em decreto específico (nº 9.806), editado no dia 28 de maio, a presidência mudou também a composição do Conselho Nacional de Meio Ambiente (Conama), que funciona desde 1990, reduzindo o número de membros de 96 para 23. No dia 7 de maio, por meio do decreto 9.784, foi a vez de acabar com 55 colegiados ligados à Casa Civil, entre eles o Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CNPDES), o famoso ‘Conselhão’. Um dia antes de o decreto 9.759 começar a valer, em 27 de junho veio uma nova surpresa: dezenas de decretos foram emitidos de uma só vez, instituindo mudanças em 52 colegiados de áreas as mais diversas, como, por exemplo, a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

As justificativas para essas mudanças variaram de acordo com quem e onde a explicação foi dada. Formalmente, a peça de defesa apresentada pelo advogado geral da União ao STF em relação ao decreto 9.759 alega que é preciso “combater a proliferação excessiva de colegiados no âmbito da administração pública federal, a fim de racionalizar a utilização dos recursos, estrutura e mão de obra no setor

público, em atendimento ao princípio da eficiência”. Já o presidente Jair Bolsonaro, em *tweet* publicado no dia em que o decreto veio a público, acrescentou outras razões: “Gigantesca economia, desburocratização e redução do poder de entidades aparelhadas politicamente usando nomes bonitos para impor suas vontades, ignorando a lei e atrapalhando propositalmente o desenvolvimento do Brasil, não se importando com as reais necessidades da população”, escreveu.

Apesar do discurso que visa associar os conselhos e outros colegiados a uma pauta de ‘esquerda’, é na Constituição de 1988 que muitos estudiosos do tema têm encontrado a origem do modelo de participação social que existe hoje no Brasil – ou existia, dependendo do que terá restado no momento em que você estiver lendo esta reportagem. Na Carta, o incentivo à participação da sociedade vai muito além do parágrafo que abre esta matéria: no texto ‘Sociedade civil e participação social no Brasil’, o professor e pesquisador da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Leonardo Avritzer cita, por exemplo, os artigos 29, 194, 204 e 227, que tratam, respectivamente, da organização dos municípios, da seguridade social, da assistência social e dos programas voltados à família, criança, adolescente e idoso, sempre dando atribuições à participação da sociedade. “Em algumas políticas, a Constituição é bastante explícita de que a gestão pública deve se dar em articulação com o controle social e a participação da sociedade civil”, complementa Wagner



Romão, professor da Unicamp e um dos coordenadores do Núcleo de Pesquisa em Participação, Movimentos Sociais e Ação Coletiva da mesma universidade.

É verdade que nem tudo que existe hoje nasceu em 1988. O primeiro conselho criado no Brasil data de 1911 e hoje se chama Conselho Nacional de Educação (CNE). O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo, existe desde 1937 (leia mais sobre CNS na p. 31), e não é o único que remete à Era Vargas. Mas, de acordo com Avritzer, em entrevista à Poli, esses eram conselhos num sentido “muito genérico” do termo, apenas porque contavam com integrantes externos ao governo. O CNS, inclusive, era um órgão apenas consultivo – hoje ele é deliberativo –, para o qual o presidente da República escolhia pessoas de renome. Evidência dessa diferença de sentido, segundo o pesquisador, é que, pelo mesmo motivo, a instituição criada em 1951 para fomentar a pesquisa no país, sem qualquer pretensão de promover a participação social, recebeu a mesma palavra no nome: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o CNPq.

Avritzer explica que a Constituição garantiu caminhos tanto para a “participação direta” – principalmente no artigo 14, que estabelece que a “soberania popular” se dará também por meio de referendos, plebiscitos e iniciativa popular (projetos que chegam ao Legislativo por mobilização da sociedade) – quanto para o que ele chama de “fontes de democracia participativa”, exemplificadas principalmente pelos conselhos. “É uma forma de democracia que amplia a participação dos indivíduos, mas não tem a proposta de ser alternativa à democracia representativa, pelo contrário”, explica.

O que surgiu a partir da Constituição de 1988, continua Avritzer, foi o chamado “modelo de fórum”, muito particular do

Brasil exatamente porque tem sua história intrinsecamente ligada ao processo de redemocratização do país. Segundo o pesquisador, o modelo não tem autoria clara, mas remete, principalmente, às demandas apresentadas pelo movimento sanitário na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986. Esse, aliás, talvez seja o maior exemplo de efetividade da participação social na condução das políticas públicas no Brasil, já que foi nessa conferência que se desenhou o que dois anos depois se tornaria o Sistema Único de Saúde (SUS), exposto no capítulo de Saúde na Constituição Federal.

Conselhos e conferências são as principais expressões desse modelo, que se caracteriza, segundo Avritzer, pelo “debate público de diferentes opiniões”. Nesse sentido, ele se distingue, por exemplo, do que o pesquisador identifica como “modelo de gueto”, aquele em que as decisões dos políticos – seja do Executivo ou do Legislativo – têm como referência principal a manifestação das redes sociais, por meio do monitoramento das reações a postagens de *Twitter*, *Instagram* ou *Facebook*, ou por meio das transmissões ao vivo, as *lives*, que colocam parlamentares em contato direto com o público nos momentos de votação, uma prática que tem se ampliado na atual composição do Congresso Nacional. “As redes sociais são lugares para reafirmar posições já existentes. É muito difícil encontrar iniciativas no sentido de debater ideias e argumentos diferentes nesse modelo. E isso não é só no Brasil”, diz.

O professor diferencia ainda os espaços de participação social dos processos propriamente de “democracia deliberativa”. Ele explica que, para ser legitimada, a participação requer que se conte com um número razoável de pessoas. “Você não pode dizer que fez uma Conferência Nacional de Saúde que foi ótima com 50 pessoas”, exemplifica. Para se ter um parâmetro, a 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, contou com mais de quatro mil participantes, sendo quase três mil delegados. Já os espaços de democracia deliberativa se legitimam não pela quantidade, mas pela “qualidade de determinados processos de argumentação”. Avritzer cita como exemplo a Assembleia Cidadã, chamada pelo governo da Colúmbia Britânica, em 2004, em que 160 pessoas se reuniram para deliberar sobre a reforma eleitoral da província canadense. Mas e no Brasil? “Aqui alguns conselhos ficam numa situação intermediária. Os conselhos não são legítimos porque envolvem um grande número de pessoas, mas porque os atores fundamentais estão ali representados, diferentemente de uma conferência nacional”, explica.

Com as mudanças que estão sendo implementadas neste momento, no entanto, segundo alguns entrevistados pela Poli, inicia-se uma disputa tanto sobre o que se considera como “debate público de opiniões” quanto sobre o entendimento de quem são os tais “atores fundamentais”. Principalmente porque o decreto 9.759 não só extingue um número ainda desconhecido de colegiados, como estabelece mudanças na composição e no funcionamento daqueles que forem recriados.

A disputa

São vários os ringues em que essa disputa está sendo travada. O primeiro *round* foi o pedido de medida cautelar votado no STF por meio da ADI 6.121 mas o resultado – que ainda não é o final porque não se julgou o mérito da questão – ajudou



a entender apenas o que não poderia ser atingido pelo decreto. A decisão reforçou que não podem ser extintos colegiados criados ou citados em lei – já que um ato menor e unilateral do presidente da República não pode contrariar o que foi aprovado pelo Legislativo. Isso garante, por exemplo, a sobrevivência da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um colegiado que não é de participação social, mas é reconhecido como espaço de pactuação que expressa o princípio de descentralização do SUS, já que conta com representantes de gestores dos municípios, estados e da União. Ao suspender o parágrafo 2º do artigo 1 do decreto 9.812 (que modificou parte do 9.759), o Supremo estabeleceu também que, se um colegiado foi criado por lei, mas seu ‘regimento’ – com composição e formas de funcionamento – foi definido por atos infralegais, como portarias e resoluções, ainda assim, essas regras não podem ser modificadas por decreto do Executivo. Essa decisão garante, por exemplo, que a representação paritária que marca a história do Conselho Nacional de Saúde – 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de governo – não esteja em risco.

Mas se ajudou a esclarecer algumas coisas, a decisão do STF também produziu áreas de sombra. Isso porque não há consenso jurídico sobre se esse resultado, que respondia a uma ADI referente a um decreto específico, pode ser automaticamente estendido para outros atos do governo. Dois dos casos citados no início desta matéria – os conselhos nacionais de Meio Ambiente e de Segurança Alimentar e Nutricional – dependem dessa interpretação jurídica para saber o que será do seu futuro. Ambos foram criados por lei. Assim, se a decisão do Supremo for vinculante, a extinção do Consea perderia validade. “A visão que a gente tem hoje é de que o Consea existe. A lei está vigendo na íntegra. Só não existe uma vinculação, um lugar onde ele está alocado”, diz Marília Leão, secretária-executiva do conselho.

O advogado Thiago Campos, especialista em direito sanitário, diz que como a ADI se referia apenas ao decreto 9.759, no seu entendimento, a princípio, haveria necessidade de uma ação específica junto ao Tribunal para estender essa decisão a outros casos. Ele ressalta, no entanto, que a decisão publicada pelo STF já estabelece que o resultado vale também para atos posteriores que estejam alicerçados naquele decreto. Portanto, é preciso ver caso a caso. No caso do Conama, entidades ambientalistas já entraram com representação na Procuradoria Geral da República alegando a inconstitucionalidade do decreto que mudou a sua composição. Via assessoria de imprensa, a reportagem questionou a Casa Civil e, depois, a Secretaria Geral da Presidência – para onde migrou a Secretaria de Assuntos Jurídicos, que está acompanhando esse processo relativo aos colegiados – sobre essa interpretação, mas não obteve resposta. Já a assessoria da AGU enviou a manifestação de defesa apresentada ao STF, mas respondeu que “a análise sobre a extinção de cada conselho deve ficar a cargo do órgão instituidor”.

Paralelamente à ação no STF, parlamentares se manifestaram contra a iniciativa do governo, apresentando projetos de decretos legislativos – ferramentas utilizadas para sustar atos normativos do presidente quando se considera que passaram por cima do Legislativo. Até a conclusão desta matéria, só na Câmara dos Deputados havia 15 projetos desse tipo, de pelo

menos sete partidos diferentes, relativos ao decreto 9.759. Embora em menor número, há propostas semelhantes tramitando também no Senado.

Do que estamos falando

Mas, afinal, que espaços especificamente são atingidos por todas essas medidas? A dificuldade é que, em relação ao decreto 9.759, o método adotado foi um tanto inovador: os colegiados que seriam extintos foram caracterizados mas não nomeados. O máximo de precisão que o texto apresenta é uma categorização dos espaços a que a medida se aplica: conselhos, comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, mesas, fóruns, salas e “qualquer outra denominação dada ao colegiado”. A peça de defesa apresentada pela AGU ao STF cita a exposição de motivos do decreto afirmando que a situação de “excesso” é “tão grave” que “não se conseguiu realizar levantamento confiável sobre o total de colegiados existentes na administração pública federal”. Diz ainda que “os colegiados interministeriais superam o número de 300”, mas que, considerando as estruturas internas a cada Pasta ou entidade, a contagem é “praticamente impossível”.

Apesar desse argumento jurídico, em entrevista a jornalistas na saída da audiência do STF, o advogado geral da União André Luiz Mendonça citou um número exato: 2.593. Essa seria a quantidade de colegiados identificados por um levantamento feito pela Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, e enviado à reportagem da Poli pela sua assessoria de imprensa. Se o número dessa vez parecia bem preciso, o mesmo não se pode dizer sobre o conteúdo da lista: na infinidade de linhas e colunas da planilha gerada, os espaços de controle social se perdem em meio a uma variedade de estruturas que nada têm a ver com a participação da sociedade na formulação e acompanhamento das políticas públicas.

Entre os mais de 2,5 mil colegiados listados, há de tudo um pouco: conselhos de ensino de instituições federais, conselhos editoriais, conselhos diretores, delegações brasileiras em comitês internacionais e muitos outros espaços que passam longe do exercício do controle social. Da relação, 237 são conselhos ou comitês de empresas públicas ou de economia mista, inclusive os conselhos fiscais e de administração. A lista traz ainda uma estrutura chamada “jurídico regional” da Caixa Econômica Federal que aparece 25 vezes, cada uma identificada com um município, em várias regiões do país.

Tratando especificamente da participação social, o documento oficial mais recente que contabiliza e lista essas estruturas é o ‘Guia dos Conselhos Nacionais’, lançado pela Secretaria Geral da Presidência da República em 2013. A publicação se concentra nos conselhos e comissões que são “responsáveis pela discussão, formulação e controle das políticas públicas nas suas áreas”: lista 38 conselhos, duas comissões e outros 58 colegiados.

Na tabela do Ministério da Economia que estaria subsidiando as decisões do governo, há uma identificação dos colegiados criados por “ato interno” ou por “lei/decreto”. A Pasta,

no entanto, não tem a informação discriminada de quais foram criados por decreto e quais são resultado de lei – o que faz toda diferença, tendo em vista que uma das poucas certezas que se tem é que as estruturas criadas por lei não poderão ser mexidas. De todo modo, se deixarmos na planilha apenas os colegiados que foram criados por lei ou decreto, o número cai para 865. Se excluirmos as empresas públicas e de economia mista, restam 782. Excluídas, por fim, as autarquias e fundações públicas – categorias nas quais estão, por exemplo, os conselhos internos de Capes, CNPq e das agências reguladoras – ligados à administração direta, sobram 653. Mesmo assim, figuram ainda vários conselhos de gestão – um deles, o conselho de previdência social, aparece na lista 95 vezes: uma com escopo nacional e as outras associadas a cidades do país inteiro.

“Tem de tudo”, resume Wagner Romão, depois de analisar a relação. Ele ressalta que a maioria das estruturas listadas são de gestão e, principalmente, de execução das políticas. E alerta que, mesmo não sendo espaços de participação social, a extinção dessas comissões pode provocar a paralisia de um conjunto de políticas públicas que estão em andamento no país.

O governo nega esse risco. Na defesa apresentada pela AGU, argumenta-se que, nos casos em que os colegiados forem de fato extintos, as suas “competências” serão assumidas pelos órgãos a que eles estavam vinculados, “sem que disso advenha a perda do arcabouço de informações acumulados ao longo dos anos, tampouco a interrupção do exercício de competências públicas ou de políticas setoriais”.

O argumento, no entanto, não é suficiente para tranquilizar quem acompanhava a política de perto e agora vai ter que assistir à execução exclusivamente pelos órgãos de governo. O engenheiro agrônomo Rogério Dias, que foi servidor do Ministério da Agricultura (MAPA) durante 35 anos e se aposentou em 2017, teme que, para a Política Nacional de Agroecologia, o custo seja dobrado – na participação e na gestão. Criada pelo decreto 7.794, em 2012, a Política previu duas instâncias colegiadas: a Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção Orgânica (Ciapo), que reunia gestores de diferentes Pastas do governo federal, e a Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (CNAPO), que trazia a sociedade civil para o diálogo. As duas instâncias se complementavam, na avaliação de Dias, que representava o governo no colegiado aberto à sociedade e falava em nome do MAPA no encontro de gestores. Este último servia para o governo discutir internamente os problemas apontados pela sociedade civil e encaminhar soluções. A CNAPO sequer aparece no levantamento feito pelo Ministério da Economia. A Ciapo foi extinta na mesma leva do Conselho, em maio.

Foi das discussões na CNAPO, afirma Dias, que saíram dois planos nacionais com medidas concretas para, por exemplo, ampliar a produção de alimentos saudáveis para a população. Com os planos, o governo federal assumia responsabilidades como fornecer assistência técnica para os agricultores que quisessem fazer a transição agroecológica e apoiar núcleos de agroecologia nas universidades e institutos federais, favorecendo que os profissionais formados tivessem acesso ao conhecimento sobre o que é a agricultura orgânica e agroecológica. “A chance de acertar com a política pública é muito maior quando você constrói junto com a sociedade. O Brasil tem uma diversidade enorme. Se você não constrói a política ouvindo essas diferenças, a chance de fazer políticas que depois não têm eficácia nenhuma é muito grande”, analisa, a partir da sua experiência.

O documento da AGU em defesa do governo reconhece que esses espaços são de “participação popular” e até que enriquecem os “debates e proposições pela pluralidade de percepções e experiências”. Afirma, no entanto, que o enxugamento da máquina pública vai permitir “a tomada de decisões mais célere, em benefício – e não prejuízo – da qualidade da atuação dos colegiados”.

“O processo democrático não é rápido e deve ser exatamente assim. As pessoas precisam se sentir parte e discutir. Ao discutir muito, eu construo soluções melhores e evito que amanhã haja uma grita na imprensa e eu tenha que revogar o que fiz a partir de um decreto ou de uma decisão do STF, por exemplo. Para construir política, precisa ter democracia, participação, reunião, diálogo”, pondera Thiago Campos, que foi chefe de gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do



Ministério da Saúde entre 2015 e 2016, participou da Mesa Nacional de Negociação Permanente e teve assento, como governo, em outros dois colegiados: o Conselho Nacional de Imigração e o Comitê Nacional para Refugiados.

O argumento tem sido que ‘participação demais’ pode atrapalhar. E esse “excesso” se mede tanto pela quantidade de colegiados existentes como pelo número de pessoas que os integram. “É muito claro que, sem a participação social adequada, pode-se haver um custo maior, em virtude de decisões equivocadas. Já a participação excessiva, em conselhos muito grandes, também pode resultar em medidas que podem ser muito lentas”, justificou o representante do governo e coordenador-geral da Comissão Nacional para a Erradicação do Trabalho Escravo, Dante Cassiano Viana, em audiência pública no Senado no dia 27 de maio. Tanto o diagnóstico como a solução, no entanto, estão longe de ser consensuais. “Acho que não é possível reduzir a sete [o espaço de discussão de] um tema que requer uma rede inteira para ser enfrentado”, diz Patrícia Sanfelici, procuradora que representa o Ministério Público do Trabalho (MPT) na Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, a Conaeti. Segundo informações que ela diz ter recebido do governo de forma não oficial, a comissão voltaria a existir, embora modificada exatamente na sua composição. Dessa forma, a Conaeti passaria a funcionar com a presença de apenas três ministérios: Economia, Agricultura e Família, Mulher e Direitos Humanos. Além disso, entidades como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o próprio MPT também ficariam de fora. “Não temos certeza de que o tripé fundamental para discutir trabalho infantil, que é educação, trabalho e assistência social, vai ser garantido”, alerta. A Conaeti é resultado de compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro, principalmente por meio das convenções 138 e 152 da OIT, que visam eliminar o trabalho infantil. Estruturas semelhantes, diz Patrícia, existem em toda a América Latina. “O debate sempre foi enriquecedor. Ele sempre permitiu, por conta das diferentes instituições, o encontro de soluções e não de mais problema. Tanto é que nós tivemos condições suficientes para elaborar um Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, que é um resultado prático e inegável: tem metas, indicadores, objetivos, ações e pessoas responsáveis”, analisa.

Até o fechamento desta reportagem, a Conaeti não tinha sido recriada, mas outra comissão muito semelhante, de combate ao trabalho escravo (Conatrae), foi ressuscitada pelo decreto 9.887, de 27 de junho, já com as modificações previstas no decreto 9.759. E a diminuição da representação se confirmou: antes eram 18, sem contar os observadores, agora passarão a ser oito. Da mesma forma, estão valendo as novas regras estabelecidas no ‘decreto-mãe’, de que as reuniões devem ser convocadas com horário para início e término, garantindo-se que as votações aconteçam no intervalo máximo de duas horas e de que os integrantes que estiverem fora do Distrito Federal devem participar das reuniões à distância, por videoconferência. O fato é que, em algum ponto da curva, essas mudanças se complementam já que uma parte das entidades que compunham esses colegiados em geral não dispõem da infraestrutura necessária para atender a esse requisito legal.

Patrícia Sanfelici diz que o MPT faz reuniões por videoconferência com procuradores de todo o Brasil e que, de fato, essa poderia ser uma medida de economia. “A questão é haver tecnologia disponível”, ressalta, referindo-se à necessidade de que a disponibilidade seja para todas as entidades.

Exatamente por isso, a secretária-executiva do Consea defende que o recurso da videoconferência seja opcional, sob o custo de se negar a diversidade de espaços que contam – e precisam continuar contando – com a participação de indígenas, quilombolas e outros segmentos com especificidades. “Como se faz quando não existe sinal [de internet] numa aldeia?”, questiona Marília Leão.

Para Wellington Mello, coordenador da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que funcionava na SGTES, do Ministério da Saúde, e foi extinta por ato específico (mas em atenção ao decreto 9.759), a combinação dessas regras vai gerar muitos problemas. “Nós levávamos dois dias para discutir todos os assuntos e faltava tempo. Agora você imagina isso por videoconferência e durando duas horas. Não vai funcionar de jeito nenhum”, diz, apostando, no entanto, que o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, entenderá esses prejuízos e tentará evitá-los. “Quando era secretário de Saúde do município de Campo Grande, o ministro valorizou tanto o conselho municipal de saúde como a mesa municipal. Ele valorizou os protocolos produzidos pela Mesa [Nacional]”, conta. Na avaliação de Lenir Santos, especialista em direito sanitário e conselheira nacional de saúde, a Mesa é o único colegiado de participação ligado ao Ministério da Saúde que ainda corre o risco de deixar de existir.

Mas quanto custa?

Embora o principal argumento do governo para todas essas mudanças seja a economia de recursos públicos, nunca foi apresentado um cálculo sobre quanto custa manter a estrutura de participação social que o Brasil tem hoje. Perguntadas pela reportagem, nem a Casa Civil nem a Secretaria Geral da Presidência da República responderam a essa questão. Também não existe uma rubrica de participação social para todo o Executivo.

No caso dos conselhos nacionais ligados a políticas públicas, a busca, em geral, é mais fácil porque uma luta histórica desses colegiados tem sido pela garantia de uma rubrica própria no orçamento do ministério a que estão vinculados. Mesmo assim, essa não é uma regra sem exceção. Uma pesquisa no Portal da Transparência do Governo Federal, assim como o acesso ao relatório de gestão de alguns desses colegiados, mostra que o gasto principal desses espaços é com passagens e diárias, na maioria das vezes para garantir o deslocamento e permanência dos seus membros nas reuniões. Em alguns casos, há gasto com funcionários para manter a estrutura funcionando; em outros, como acontecia com o Consea, esse trabalho é feito por servidores cedidos ou emprestados de outro órgão federal. Outra despesa encontrada – mas sempre num valor muito abaixo – é com a produção gráfica de material informativo ou educativo.

Especificamente na Presidência da República, por exemplo, existe uma ação orçamentária chamada ‘Funcionamento

dos conselhos e comissões da Presidência da República’, mas isso não se mantém para todas as Pastas do governo federal. De acordo com o Portal da Transparência, em 2018 essa rubrica teve um orçamento de R\$ 3,69 milhões, mas apenas R\$ 2,32 milhões de despesas foram executadas. Desse total, 6,3% foram gastos de gráfica e 17,69% com uma empresa de eventos. Todo o restante são custos de passagem e diária, a maior parte (65,62%) paga a uma empresa de turismo e uma menor parte a uma companhia aérea específica e a pessoas físicas.

As diferenças de responsabilidade e o modo de funcionamento dos colegiados, principalmente no caso dos conselhos, também se expressam orçamentariamente. Estruturas que são responsáveis pela organização de conferências temáticas – como o CNS e o Consea, entre outros – administram um orçamento extra nos anos em que esses eventos e encontros preparatórios acontecem. O relatório de gestão do Consea 2018, por exemplo, mostra que naquele ano o conselho gastou pouco mais de R\$ 449 mil para a realização do ‘Encontro Nacional 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional + 2 anos’, que acontece nos intervalos entre as conferências para monitoramento das decisões. De acordo com a secretária-executiva do Conselho, Marília Leão, em média são realizadas seis plenárias por ano, com a participação de cerca de cem pessoas. Ao todo, incluindo a organização do evento, o Consea teve um gasto total de R\$ 1,1 milhão em 2018. “A democracia tem um custo. Ouvir a voz da sociedade, botar a sociedade próxima dos governantes, tem um custo. Mas é muito baixo”, opina Marília. Agora, em 2019, deveria acontecer a 6ª Conferência Nacional. As etapas estaduais e municipais estão sendo realizadas em várias regiões do país. De acordo com Maria Emília Pacheco, ex-presidente do Consea, diante do cenário de indefinição, uma das propostas que está sendo discutida por entidades e movimentos sociais ligados ao tema é promover, provavelmente em 2020, uma Conferência Nacional *Popular* de Segurança Alimentar e Nutricional.

Os colegiados cujas funções demandam assessoria técnica também têm especificidade. O caso da saúde é exemplar. “O Conselho Nacional de Saúde tem a atribuição legal de dar o parecer conclusivo sobre o relatório anual de gestão. Isso está na lei 141, que também estabelece que compete ao conselho a avaliação dos relatórios quadrimestrais e a indicação de medidas corretivas, se for necessário. Os conselheiros não têm compe-

tência técnica para fazer isso sozinhos, precisam de assessoria ou consultoria para subsidiar a decisão que vão tomar”, explica Francisco Funcia, especialista em orçamento e assessor do CNS. Lenir Santos completa: “Nós estamos falando de um pacto social. E por isso tem que se arcar com o custo. Não tem custo o Legislativo? Não tem custo o Judiciário? Não tem custo o Executivo? Também tem custo a participação da sociedade”.

Na quase totalidade dos conselhos nacionais ligados a políticas públicas, além de todos os outros colegiados citados nesta reportagem, não há pagamento de qualquer tipo de remuneração aos integrantes. “A questão da remuneração a conselheiros somente poderia existir em cada caso específico e determinado por lei. Nenhuma remuneração pode ser criada por decreto. Caso exista uma lei dispendo sobre remuneração de conselheiro, ela foi aprovada pelo Legislativo e, assim, nenhum decreto poderia alterá-la. Isso põe por terra o argumento de que o decreto [9.759] visa diminuir esse tipo de despesa”, explica Lenir Santos.

Trazendo o exemplo do Consea, Marília explica e analisa a dinâmica: “Geralmente os grupos e coordenações trabalhavam à distância. Quem era da mesma cidade se encontrava por conta própria. O trabalho é voluntário. Esses especialistas doam o seu tempo para o governo”. Entre os espaços que foram pesquisados pela reportagem, o único que prevê algum tipo de remuneração é o Conselho Nacional de Educação, que paga um “jeton” no valor de 1/25 de um DAS 6, o que hoje corresponde a R\$ 677,80 por cada sessão em que o conselheiro estiver presente. Ordinariamente, o CNE realiza sete sessões por mês, em quatro dias de trabalho. Mesmo que seja necessário realizar uma sessão extra, esse é o máximo de remuneração permitida, que totaliza pouco mais de R\$ 4,7 mil brutos.

De modo geral, compete ao governo manter a estrutura dos colegiados ligados à administração federal. Mas, no que diz respeito aos custos, o que não faltam são exceções a essa regra. Um exemplo é o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que foi recriado em 27 de junho pelo decreto 9.893 – com modificações importantes, como a redução dos integrantes de 34 para seis, o estabelecimento de que seu regimento deve ser aprovado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e não mais por votação do próprio conselho, e a exclusão da competência de “acompanhar a elaboração e execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias”. No que diz respeito ao financiamento, o CNDI defendeu – e conseguiu – a aprovação de uma lei (12.213/2010) que criou o Fundo Nacional do Idoso, que permite aos conselhos municipais, estaduais e nacional receber doações de pessoas físicas e jurídicas, que podem deduzi-las do imposto de renda. Em âmbito nacional, o funcionamento regular do conselho e a realização das conferências contavam com esses recursos, complementados pelo orçamento federal. Caso bem diferente de todos esses exemplos é a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, cujo regimento prevê que as despesas de passagem e diária são garantidas pelas próprias entidades que a compõem, sem custos para o governo. De modo geral, colegiados compostos por gestores federais, como é o caso da Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção

PARTICIPAÇÃO
SOCIAL

Orgânica, já citada nesta reportagem – que foi extinta e até o fechamento desta edição não tinha sido recriada –, também não representam qualquer custo para o governo, já que seus representantes estão todos em Brasília.

Nem mesmo esse argumento, no entanto, parece suficiente. A exposição de motivos do decreto 9.759, que tem trechos destacados na manifestação de defesa da AGU junto ao STF, é clara: “Alguns consideram, equivocadamente, que o problema do excesso de colegiado é, apenas, o gasto com diárias e passagens nas reuniões e as expectativas frustradas quanto aos resultados. Sem desmerecer tais problemas, o fato é que o excesso de colegiados resulta em problemas muito mais graves, entre os quais citamos, a título exemplificativo: grande gasto homem/hora de agentes públicos em constantes reuniões de colegiados; elevado número de normas produzidas pelos colegiados, de modo atécnico e com sobreposição de competências, gerando passivos judiciais e administrativos”.

Funciona ou não?

Segundo esse texto, portanto, o diagnóstico não é apenas de que os colegiados têm um alto custo, mas também de que são ineficientes, burocratizam e por vezes atropelam as atribuições que deveriam ser diretamente do governante. O depoimento que os integrantes desses conselhos e comissões entrevistados pela Poli trazem, no entanto, mostram um cenário diferente. Se chegou até este ponto, você já viu exemplos de ações concretas que resultaram do trabalho de alguns dos colegiados citados, como a Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica e a Comissão Nacional para Erradicação do Trabalho Infantil. Mas a lista é longa.

Antonio Fernandes, representante da Associação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) no Conselho Nacional de Meio Ambiente até este ano, diz que o que muitas vezes acontece não é uma “sobreposição”, mas uma contrariedade aos projetos dos governos. E, na sua avaliação, evitar isso é a verdadeira motivação do decreto 9.806, que reduziu o número de integrantes do Conama. Carlos Alberto Bocuhy, presidente do Instituto Brasileiro de Proteção Ambiental (Proam) explica que a mudança foi uma “manobra” do Ministério do Meio Ambiente para neutralizar os votos da sociedade civil. Isso porque, segundo ele, no novo desenho – com oito represen-

tantes do governo federal, cinco de governos estaduais, dois de governos municipais, quatro de entidades ambientalistas com atuação nacional e duas de entidades empresariais –, a sociedade civil perdeu 5% de representatividade. Já o governo federal saltou de 30% para 43,5%, o que, somado ao setor econômico, que manteve os 8% de participação, já garante maioria nas votações. Isso era importante, explica Bocuhy, porque, nas pautas controversas do Conama, governo e empresariado costumam caminhar lado a lado. “Agora, o governo poderá votar, de forma quase sumária, todas as medidas que atendem, por exemplo, aos interesses do agronegócio”, diz. Com esse cálculo, Bocuhy desmente a informação fornecida por matéria publicada no site do MMA de que foi mantida a “proporção existente entre os vários segmentos componentes do colegiado e agrupamento dos Estados”. Ele ainda ressalta que algumas representações, como a da comunidade indígena, foram simplesmente cortadas do colegiado.

Ambos os entrevistados destacam que, desde os governos anteriores, o Conama, que tem caráter deliberativo, vinha atuando principalmente para conter “retrocessos” na pauta ambiental. Fernandes cita, por exemplo, a cobrança do conselho para que se fizesse cumprir a legislação ambiental nas tragédias que ocorreram nas barragens de Mariana e Brumadinho, em Minas Gerais. Como vitória importante (e incômoda) do Conama, Bocuhy lembra que, uns dois anos atrás, o conselho conseguiu travar uma proposta de flexibilização do licenciamento ambiental que veio do Executivo, antes mesmo de o tema ser votado na Câmara dos Deputados. “A queda de braço era mais equilibrada”, diz, argumentando que as mudanças no Conama são, na verdade, parte de um ataque do governo a todo o Sistema Nacional de Meio Ambiente. No site, a justificativa para as mudanças é outra: “Também será possível que sejam adotadas decisões e posicionamentos mais objetivos e mais céleres, prestigiando assim a capacidade crítica e de aprofundamento nos temas mais relevantes”. Procurado via assessoria de imprensa, o Ministério do Meio Ambiente não respondeu às perguntas enviadas pela reportagem.

Wagner Romão, pesquisador que acompanha as práticas de participação social no Brasil, cita também como caso exitoso o Conselho Nacional das Cidades – que até o fechamento desta edição continuava extinto – como espaço em que, a despeito de uma correlação de forças em que muitas vezes os interesses dos movimentos sociais e do empresariado se opunham, foi possível avançar na política. Um dos ganhos da pactuação nesse espaço foi, segundo ele, o programa ‘Minha Casa, Minha Vida – entidades’, que oferece moradias populares construídas por cooperativas habitacionais ou outras entidades sem fins lucrativos.

A saúde, segundo Romão, é uma área emblemática dos êxitos do controle social. “A preservação do SUS se tornou uma espécie de ‘mantra’ desses espaços”, diz, referindo-se também às conferências. Lenir Santos concorda: “Com todos os seus defeitos, eu penso que os conselhos de saúde atuaram e atuam como salvaguardas para a garantia de um SUS de acesso universal. Muitas políticas públicas não foram modificadas negativamente pela repercussão que poderiam ter perante o



COM TODOS OS SEUS DEFEITOS, OS CONSELHOS DE SAÚDE ATUARAM E ATUAM COMO SALVAGUARDAS PARA A GARANTIA DE UM SUS DE ACESSO UNIVERSAL”

Lenir Santos



Em fevereiro, pesquisadores e militantes da área de Segurança Alimentar e Nutricional promoveram 'banquetão' em várias cidades para denunciar a extinção do Consea

MÍDIA NINJA

conselho. Bem ou mal, os conselhos em geral – meio ambiente, saúde, assistência social, etc. – têm inibido atuações negativas”, avalia.

Outro exemplo recente de sucesso da participação social foi, de acordo com Romão, a 4ª Conferência Nacional de Meio Ambiente, que aconteceu em 2013. Segundo ele, diferente dos eventos anteriores, ela teve um objeto específico, que era a implementação da Política Nacional de Resíduos Sólidos. E deu certo. “Claro que a gente ainda não tem uma política ideal, mas a conferência colaborou para um aprofundamento e um amadurecimento tanto dos agentes públicos quanto da sociedade civil nessa área”, diz, destacando que são variados (e igualmente importantes) os papéis desempenhados por esses espaços: pode ser o amadurecimento de um determinado setor sobre as políticas daquela área, o redirecionamento de uma política que não está dando certo, a visibilidade pública ou mesmo a mobilização nacional em torno de um determinado tema. Mas nada disso se dá sem contradições, alerta. “Infelizmente, os conselhos e conferências não são os únicos espaços de deliberação das políticas públicas”, lamenta, dando exemplos também de derrotas que vêm cada vez mais sendo sofridas por esses espaços, mesmo quando eles têm o poder de deliberar. Ele exemplifica: “Um dos pontos-chave de discussão no campo da saúde é a questão das organizações sociais, as OSs. Eu sei que esse debate foi se estendendo ao longo das últimas conferências nacionais, com muita polêmica, e que, em geral, o campo se manifesta como contrário a esse modelo de gestão. Ganha na conferência, mas perde na política pública”.

Além disso, nem todos os conselhos têm uma história de participação social mais ampla, como o CNS. É o caso do Conselho Nacional de Educação, o mais antigo entre todos esses colegiados no Brasil. Nesse caso, as restrições estão dadas nas próprias regras de funcionamento e composição do conselho. Uma evidência é que as decisões do CNE não têm propriamente caráter terminativo porque precisam ser (ou não) homologadas pelo Ministério da Educação (MEC). Sobre a composição, metade dos integrantes representa a sociedade civil, mas é escolhida pelo governo, a partir de uma lista de indicações. Essa característica do CNE ganhou alguma atenção em 2016, quando, no início do governo Michel Temer, foi revogada a nomeação de 12 conselheiros. O entrevistado da Poli sobre esse tema, Luiz Dourado, que é professor da Universidade de Goiânia e seria reconduzido ao cargo que já exercia no Conselho, foi um dos que ficou de fora da nova lista. O dilema se ampliou em 2018, quando o MEC promoveu mudanças também na composição do Fórum Nacional de Educação (FNE), que era responsável pela organização da 2ª Conferência Nacional de Educação. Diante da polêmica, muitas entidades se retiraram desse processo e construíram, em paralelo, a 1ª Conferência Nacional Popular de Educação. De acordo com Dourado, essa foi uma inflexão em relação aos resultados das conferências anteriores da área – a 1ª Conae e a de Educação Básica –, de onde saíram, entre outras coisas, muitas das metas e estratégias que compõem o Plano Nacional de Educação em vigor.

Por tudo isso, o professor caracteriza o CNE como um importante órgão de controle e participação, mas ressalta que ele tem limitações neste último quesito. Dourado conta que o conselho começou a fazer um movimento de discussão com vistas a garantir uma maior abertura para a participação da sociedade civil. Foram montadas algumas comissões, mas não se chegou a uma proposta de mudança da lei. “O CNE fez um esforço para se tornar órgão de Estado, mas continua sendo um órgão de governo”, conclui.

Se mesmo conselhos que carregam uma longa história e contam com maior estabilidade jurídica apresentam algumas limitações e derrotas dignas de nota, a situação de outros colegiados de participação social, de estrutura e marco regulatório mais frágil, é certamente mais preocupante. Se são muitos os exemplos de iniciativas implantadas, retrocessos contidos e políticas fiscalizadas pela atuação da sociedade civil junto aos gestores públicos, também não foram poucos os casos em que o governo da vez simplesmente ignorou propostas ou mesmo desobedeceu a decisões tomadas nesses espaços. Por que será, então, que eles ainda parecem representar uma ameaça? É o pesquisador André Dantas, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, que estudou sobre o modelo de controle social, quem arrisca a resposta: “Parece que vivemos um tempo em que é necessário apagar qualquer memória de luta, anular qualquer espaço onde seja possível produzir alguma contestação, mesmo que mínima”, diz. E completa: “A despeito das críticas mais ou menos profundas, não nos cabe outra coisa neste momento senão defender a participação social e tentar fazê-la avançar para o que ela, na verdade, nunca chegou a ser. O filho enfeiou, mas é nosso”. ○

O FIO DA HISTÓRIA

Especialistas revisitam a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que inscreveu o SUS na Constituição Federal, e discutem expectativas para a 16ª edição do evento

Katia Machado

Em matemática, os ordinais são uma extensão dos números naturais criada para incluir seqüências infinitas, enquanto os cardinais indicam a quantidade ou contagem desses números. Este ano, a soma de um número ordinal e um cardinal ganhou novo sentido: $8^a + 8$ dá nome à 16ª Conferência Nacional de Saúde. Tanto o tema – democracia e saúde – como os eixos temáticos do evento – saúde como direito, consolidação dos princípios do SUS e financiamento – são os mesmos que nortearam a histórica Oitava, realizada em 1986, e que serviu de inspiração para o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988.

“O Conselho Nacional de Saúde resolveu reproduzir o tema e eixos da Oitava porque observamos contextos semelhantes. Vivemos tempos difíceis, com graves violações à Constituição, como a Emenda Constitucional 95, que congelou investimentos públicos federais até 2036, a reforma trabalhista, que tem gerado agravos à saúde da população, e a possibilidade de uma reforma da Previdência que fere o Sistema de Seguridade Social, do qual a saúde faz parte”, explica o presidente do CNS, Fernando Pigatto. E acrescenta: “Diante deste cenário, precisamos reafirmar a saúde como direito de qualquer cidadão no Brasil”.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde reunirá, no início de agosto, milhares de participantes. Ao todo, 2.952 delegados foram eleitos nas etapas estaduais e do Distrito Federal: 444 vêm da região Norte, 872 da Nordeste, 296 da Centro-Oeste, 960 da Sudeste e 380 da Sul. Todas essas vozes se unem em Brasília com um objetivo: traçar as diretrizes das políticas públicas de saúde do país.

A Oitava à época reuniu mais de quatro mil participantes e organizou 135 grupos de trabalho. Passados 33 anos, há muito balanço a fazer. “A avaliação das condições de saúde e formulação de diretrizes deverá levar em conta os avanços na definição organizativa e as diferentes dimensões da crise que vivemos, na qual os componentes político e organizativo são muito relevantes”, atenta o documento orientador da 16ª. O fio que une as duas conferências é o espírito que moveu e move o movimento da Reforma Sanitária brasileira. “Defender o SUS é defender nossas vidas”, resume Fernando Pigatto.



SAÚDE COMO DIREITO

“**A** saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. A definição, presente no capítulo da saúde da Constituição de 1988, foi retirada do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os delegados reunidos 33 anos atrás foram além ao afirmar que “o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.

Ainda segundo o relatório final da Oitava, o pleno exercício do direito à saúde implicava garantir “trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho”, “alimentação para todos”, “educação e informação plenas”, “qualidade adequada do meio ambiente”, “transporte seguro e acessível”, “repouso, lazer e segurança”, “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”, “direito à liberdade, à livre organização e expressão” e “acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis”.

“Tudo isso se renova nos tempos atuais e, por isso, precisa ser resgatado pela 16ª”, resume a socióloga Amélia Cohn, professora aposentada da Universidade de São Paulo (USP). Para a sanitarista, apesar dos avanços conquistados, como a extensão da cobertura em saúde, é preciso ocupar os territórios.

O documento de contribuição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) para a 16ª edição também evidencia avanços significativos nos indicadores de saúde ao longo dos anos. A expectativa de vida da população brasileira passou de 68 anos em 1990 para 75 em 2016. A taxa de mortalidade diminuiu 34%. Para a Abrasco, o programa Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família contribuíram para reduzir as mortes de crianças. A ampliação das ações de vigilância e a prevenção de doenças, por sua vez, reduziram a prevalência e a mortalidade por enfermidades transmissíveis.

A Abrasco ressalta ainda a significativa expansão da rede pública, principalmente via unidades de atenção básica, que ampliaram o acesso dos brasileiros a consultas médicas. Entre 2001 e 2006, foram reduzidas as internações por causas sensíveis à atenção básica, que passaram de 120 para 66 a cada grupo de dez mil habitantes.

Por outro lado, a partir de 2015, alguns indicadores de saúde pioraram. A taxa de mortalidade infantil voltou a crescer em 2016, interrompendo décadas de queda de mortes de bebês no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, o país apresentou em 2016, pela primeira vez desde 1990, alta na taxa: foram 14 mortes a cada mil nascidos em 2016, um aumento de 4,8% em relação a 2015, quando 13,3 mortes a cada mil foram registradas.

O documento da Abrasco alerta para outros problemas, como a distribuição desigual de renda: no Brasil, os 20% mais ricos têm uma renda 17 vezes maior do que os 20% mais pobres, situação pior do que a do Paraguai, onde o multiplicador fica em 13.

“Faltou aos defensores do direito à saúde enfrentar algumas contradições, em especial a concessão do direito à saúde para o setor privado”, avalia Amélia Cohn, referindo-

se ao artigo 199 da CF que define que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde. Ela observa, nesse contexto, que o Movimento Sanitário foi muito importante para garantir a inscrição do Sistema Único na Constituição, mas não conseguiu mobilizar suficientemente a sociedade, que ainda vê a saúde de forma assistencialista. “Nosso desafio é resgatar a importância da mobilização e da participação social e superar a lógica do capital financeiro que tomou conta da sociedade”, acredita.

O documento da Abrasco faz análise semelhante, afirmando que os avanços não foram suficientes para garantir o direito à saúde de maneira universal e igualitária, conforme o que foi proposto pelo projeto democrático-popular sintetizado no relatório final da Oitava. Também para a Associação, isso se deu principalmente por causa da oposição do setor privado à expansão e à consolidação do SUS. “As empresas privadas, embora não tenham imposto obstáculos a determinadas políticas públicas de ampliação do acesso, têm disputado com sucesso os recursos que a sociedade brasileira, por via do Estado, destina aos serviços de saúde”, diz o documento. De acordo com Amélia Cohn, a proposta que vigora na atualidade é a de um país que precisa voltar a gerar lucro “custe a quem custar”. “A questão é que o custo, nesse caso, recai sobre os pobres e trabalhadores”, nota a sanitarista.

Para a Abrasco, a luta pelo direito à saúde implica avançar nos investimentos em políticas de pleno emprego e de combate às desigualdades de renda, em saneamento e transporte público, na inovação da estrutura produtiva e tecnológica e no acesso universal a serviços de qualidade nas áreas de educação, seguridade social e segurança alimentar, bem como a superação do projeto mercantilista e do domínio do modelo biomédico, com o fortalecimento das práticas de promoção da saúde.

CONSOLIDAÇÃO DO SUS

“Um novo sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde, deveria ser coordenado por um único ministério, especialmente concebido para esse fim”. A frase foi extraída do relatório final da Oitava no eixo que defende a reformulação do sistema de saúde então vigente – e, agora, foi adaptada para a 16ª Conferência para tratar da consolidação do SUS. Segundo o documento de 1986, a organização desse sistema de saúde deveria se pautar pela “descentralização na gestão dos serviços”, “integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo”, “unidade na condução das políticas setoriais”, “regionalização e hierarquização das unidades”, “participação da população, através de suas entidades representativas” e “fortalecimento do papel do município”.

Os delegados reunidos 33 anos atrás queriam alcançar um ambicioso objetivo: um “Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”. Se a estatização não foi possível na disputa com o *lobby* do setor privado na Constituinte, a 16ª busca, agora, reafirmar os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade. Seu documento orientador chama atenção para a importância de se desenvolver um modelo que se alinhe às diretrizes do próprio SUS e tenha como principal característica a gestão estratégica e participativa. Por isso, defende a valorização e o fortalecimento dos mecanismos de controle social, como os conselhos e as conferências de saúde.

“A Oitava propõe uma reformulação radical da política de saúde brasileira através da criação de um sistema nacional público, segundo a tradição de países como o Reino Unido. Ou seja, a ideia era integrar e unificar o sistema, ligando a assistência individual, a clínica que era feita pela Previdência – lembremos que somente os trabalhadores com carteira assinada tinham direito à saúde pública –, e as secretarias de saúde”, resume Gastão Wagner, professor da Unicamp. Sanitarista e estudioso do SUS, ele relembra as bases que sustentaram os debates em torno da reformulação do sistema de saúde brasileiro: “A Oitava estende o direito universal a todos os brasileiros, sugere diretrizes importantes para o modelo de atenção, por meio de um sistema regionalizado e hierarquizado, com atenção primária, hospitais, vigilância em saúde. Mais que sugestões: a Oitava determina uma gestão participativa e estratégias de integração federativa”.

Para Gastão, a histórica conferência debateu todo o arcabouço que deu origem ao SUS, mas a consolidação do Sistema sempre dependeu de governos e da pressão que a sociedade conseguiu (ou não) fazer sobre eles. “O desenho de redes de atenção à saúde descentralizada avança em parte. Houve avanços na atenção básica – especialmente por conta da Es-

tratégia Saúde da Família –, na saúde mental, no controle de algumas epidemias, principalmente do HIV/Aids e na política de vacinação. Por outro lado, a rede hospitalar e os serviços médicos especializados permaneceram praticamente intocados, não se integraram às outras redes de atenção”, lamenta.

O professor da Unicamp observa que nenhum presidente assumiu integralmente a implementação do SUS. “O governo do Fernando Henrique Cardoso monta o programa de controle das DSTs [doenças sexualmente transmissíveis]. O governo Lula desenvolve a urgência e a emergência, amplia o programa de saúde bucal. Mas ambos não assumem, por exemplo, o desenvolvimento de uma política de regionalização, não fazem uma reforma da administração direta, tornando-a ágil e compatível com a complexidade da gestão da saúde, tampouco resolvem o problema do financiamento”, elenca.

O documento orientador da 16ª Conferência lembra que a Saúde da Família tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo de atenção brasileiro, ampliando o modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a resolutividade das ações e afirmando a atenção básica como melhor cenário para a formação de profissionais. “Tais avanços se deram em parte por medidas como: criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde; e criação do Programa Brasil Sorridente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do Programa Mais Médicos”, destaca o documento. E, sob esse pano de fundo, sugere a reflexão sobre que práticas, saberes e tecnologias precisam ser incorporados nos diferentes níveis de atenção. “A gestão tem sido conservadora, ultraliberal, defende a privatização, a terceirização. Enquanto isso, não faz a reforma necessária, colocando em prática redes de saúde integradas, envolvendo hospitais, programas de saúde, atenção básica, vigilância em saúde, além de financiamento adequado”, avalia Gastão Wagner, para quem é urgente “resgatar o projeto original da Oitava e repensar o modelo de gestão da saúde”.



O SUS TEM QUE SER NOVAMENTE ENCARADO COMO FOI QUANDO NASCEU NA DÉCADA DE 1980.

É PRECISO NÃO SÓ COMBATER A EC 95, MAS TUDO O QUE FOI FEITO DE NOCIVO NESSES 30 ANOS”

Nelson Rodrigues dos Santos

FINANCIAMENTO DO SUS

Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o fundo único federal de saúde”. O trecho em destaque, retirado do relatório final da Oitava, adiantou o que a Constituição Federal de 1988 garantiria em termos de financiamento da saúde. Inspirada naquela conferência, a Carta Magna estabeleceu o Sistema de Seguridade Social, que abarca saúde, previdência e assistência social. Também definiu que 30% do orçamento da Seguridade deveriam ser destinados ao financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde.

O professor da Unicamp e coordenador do conselho do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), Nelson Rodrigues dos Santos, lembra que a Oitava aconteceu um ano depois do fim da ditadura empresarial-militar, em uma conjuntura de grande efervescência social, embalada em manifestações populares. “Ela faz parte de uma explosão democrática brasileira”, caracteriza.

E foi nesse contexto que se garantiu dinheiro para o SUS... no papel. “Os 30% do orçamento da seguridade social para o financiamento da saúde nunca foram executados”, atenta Nelsão, como é conhecido. Isso porque a saúde, como parte do Sistema de Seguridade Social, tinha como base as várias contribuições sociais – mas a maior parte delas foi retirada da base de cálculo do financiamento do Sistema. “Perdemos entre um terço e metade do financiamento que a Constituição aprovou”, calcula.

Segundo levantamento do Conselho Federal de Medicina, divulgado em novembro de 2018, o gasto público no Brasil é de R\$ 3,48 per capita por dia. O equivalente a pouco mais de R\$ 1,2 mil por ano para cobrir ações e serviços que vão desde a prevenção à reabilitação da saúde.

Várias iniciativas foram pensadas para garantir a tão sonhada sustentabilidade financeira para o SUS, lembra o documento da 16^a. Em 1993, uma proposta de emenda constitucional, a PEC 169, propôs que a União adicionasse aos 30% do orçamento da seguridade social que deveriam ser destinados à saúde 10% das receitas de impostos federais. A PEC também previa que estados, Distrito Federal e municípios aplicassem no mínimo 10% das receitas resultantes de seus impostos. “Era uma proposta lúcida, já tinha a maioria na Câmara. Mas o governo se articulou e propôs a EC 29, por meio da qual os municípios passaram a aplicar, no mínimo, 15% das receitas, os estados, 12% e, em relação à União, a aplicação foi atrelada à variação do PIB. Esse foi um golpe fatal”, lamenta Nelsão. Para ele, faltou na EC 29 definir para a União os mesmos critérios de cálculos utilizados para estados e municípios.

Outra dura pancada no SUS aconteceu em 1994, na avaliação do professor. Criada com o nome de Fundo Social de Emergência, a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que atualmente retira 30% do orçamento da seguridade social para pagamento de despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário, lesou de vez a proposta de financiamento de um sistema público de saúde universal.

Ainda como forma de dar sustentabilidade financeira ao SUS, o documento da 16^a faz menção à PEC 82 de 1995. Ela determinava que os recursos provenientes da CSLL, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido e da Cofins, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, fossem totalmente destinados ao financiamento do SUS. As duas contribuições não previdenciárias, que foram instituídas em 1988 e 1991, respectivamente, mantiveram seu fim: tanto para o custeio da assistência social quanto para a saúde pública. A proposta, que ficou paralisada na Câmara dos Deputados entre outubro de 1995 e maio de 1998, quando uma comissão especial foi destinada a proferir parecer sobre ela, acabou sendo transformada na Emenda Constitucional 29.

Nelsão recorda ainda outra medida que tentava aplacar o subfinanciamento do SUS: a famosa CPMF, sigla para Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira, que vigorou entre 1997 e 2007. Inicialmente destinada à saúde, em 1999 parte dos recursos da CPMF passaram a financiar também a previdência social e a erradicação da pobreza. “O financiamento do SUS continuou capenga”, denuncia o professor, informando ainda que a CPMF acabou.

O agravamento do subfinanciamento do Sistema Único, como também ressalta o documento do CNS, acontece com a emenda constitucional que instituiu um teto para os gastos públicos, a EC 95, aprovada em 2016. Cálculos do economista Francisco Funcia, integrante da comissão de financiamento do CNS, dão conta de perdas para o SUS na ordem dos R\$ 417 bilhões.

“O financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036, afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública”, atenta o texto. O mesmo observa Nelsão, para quem se tratou de “um grave golpe dado em um sistema público que já tinha perdido a pujança”. Ele propõe que a 16^a assuma o SUS como uma política de Estado, recuperando o espírito de luta da Oitava. “O SUS tem que ser novamente encarado como foi quando nasceu na década de 1980. É preciso não só combater a EC 95, mas tudo o que foi feito de nocividades 30 anos”, conclui. ●

'DEMOCRACIA É UMA TENSÃO PERMANENTE DE IGUALDADE E LIBERDADE'

Cátia Guimarães

MAYCON GOMES (EPSJV/FIOCRUZ)



O que é democracia?

A definição corriqueira – com a qual não concordo – tende a trancar a democracia num processo eleitoral, sem definir as desigualdades de base nas quais esse processo vai ocorrer, e numa certa divisão de poderes entre Legislativo, Executivo e Judiciário. Assim, a representação torna-se o foco central da discussão democrática. Essa definição castra qualquer potencialidade de auto-organização das massas populares já que os representantes são definidos uma vez a cada quatro anos e, portanto, não têm compromisso com os representados para além do processo eleitoral. Sem contar que podem ser eleitos através de inúmeras formas, com uso e abuso de recursos econômicos.

Eu tendo a pensar democracia como uma tensão permanente de liberdade e igualdade. Como são tensões, a democracia é uma possibilidade, não uma garantia. É uma tensão de igualdade porque se trata do governo do povo, do *demos*. E isso significa que o *demos* tem que ser igual para poder governar. A desigualdade está na oligarquia, no caso da democracia ateniense, ou na grande propriedade hoje. Simultaneamente, é também uma pressão por liberdade, porque não adianta a luta pela igualdade se não houver condições de expressar essa luta, de se organizar. Portanto, democracia é essa tensão permanente de igualdade e liberdade que encontrou formas institucionais de enquadramento na história do capitalismo contemporâneo.

Por um lado, esse enquadramento responde às lutas populares por igualdade e liberdade. Por outro, tenta arrefecer essas lutas, contendo-as no quadro institucional. A democracia sob o capitalismo é uma reivindicação permanente; e permanentemente contida por quadros institucionais que, em alguns momentos concedem, permitem avanços, mas sempre desenhados dentro da defesa da propriedade capitalista. Portanto, vão tender a impedir que a igualdade substantiva ocorra e a demarcar a liberdade como a que só pode ser usufruída por quem dispõe plenamente dos meios econômicos. Democracia é uma luta. Mas o capitalismo avança para novas contradições, coloca novos problemas, e inclusive o formato institucional da democracia, tal como foi desenhada lá no final do século 19 e se implementou fundamentalmente no pós Segunda Guerra Mundial, está hoje sob ataque.

VIRGÍNIA FONTES

No mesmo dia em que acolheu a reportagem da Poli na sua casa para conceder esta entrevista, Virgínia Fontes recebeu um honroso convite: proferir a palestra de abertura da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Utilizando a chamada '8ª + 8', o evento que acontecerá em agosto deste ano busca resgatar a mobilização que marcou a histórica 8ª Conferência, que desenhou as bases do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS). Não foi coincidência. Estudiosa das noções e práticas de democracia e da sua relação com as formas associativas empresariais, a pesquisadora analisa as lutas e conquistas de participação social no campo da saúde, inserindo-as numa história mais ampla, com um olhar que vai além da política setorial. Virgínia é historiadora, professora da Universidade Federal Fluminense e, durante mais de dez anos, foi professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, onde coordenou vários cursos em parceria com movimentos sociais. Nesta entrevista, ela fala sobre o binômio 'Democracia e Saúde', que foi tema da 8ª Conferência no momento em que o país começava a sair de uma ditadura, e volta a ser tema agora da 16ª. "Democracia é uma luta", alerta.

O Movimento Sanitário e a área da saúde costumam ser considerados como referências na construção de um processo institucionalizado de participação popular que, na letra da lei, estabeleceu um controle da sociedade civil sobre o Estado. Como analisa o caso da saúde a partir dessa ideia de que a institucionalização cede, mas também retém as lutas?

O Movimento Sanitário foi na direção correta porque começou com dois sólidos pressupostos. De um lado, era uma luta que englobava profissionais, universidades, uma série de setores sociais, defendendo uma saúde pública e universal. De outro lado, havia a clareza de que, sem colocar o problema como uma questão institucional, como uma questão de Estado, de política universal, o movimento seria insuficiente. De partida, esse movimento também tinha claro que se tratava de uma questão de classes sociais. Estava-se enfrentando uma saúde privada, inserindo a questão das classes trabalhadoras, para tornar a saúde um direito universal, no âmbito do Estado. Do ponto de vista gramsciano [de Antonio Gramsci], esse seria o momento em que você dá o salto da defesa corporativa para um momento estatal, em que esse projeto tem de ser um projeto para todos, e não só para aquele grupo. Mas será que se chegou ao momento ético-político, que é aquele em que você vai dizer que ‘tem que reorganizar a vida social, tem que fazer a grande política, tem que enfrentar as formas de defesa do capitalismo, para conseguir emplacar, de fato, uma saúde que seja universal’?

Na sua avaliação, chegou ou não?

O que se supôs foi que, assegurando-se dentro do Estado a participação da sociedade civil, isso seria a garantia do processo democrático. É preciso perceber, primeiro, que o momento da institucionalização drena todas as energias para dentro do Estado e deixa minguar o próprio movimento. Se a gente comparar o que o empresariado fez no mesmo período, vai ver que foi diferente. Eles já estavam no Estado, como predominantes. Tiveram uma derrota com o SUS, que foi mitigada porque a implantação do Sistema não fechou a porta da complementaridade [do SUS pela iniciativa privada]. Esse empresariado se organizou também na sociedade civil, contando com muito mais recursos do que os setores populares. Lançou mão das mais variadas formas associativas: desde sindicatos tradicionais, passando pelas entidades sem fins lucrativos e aparentemente filantrópicas para oferecer serviços no âmbito da saúde, o que vai desembocar nas OSs, as organizações sociais. Eles conseguiram emplacar uma reforma do Estado.

Então, o problema não é ter tentado implementar a institucionalização [da participação social], mas ter abandonado a luta fora. É um problema usar a expressão ‘sociedade civil’ de maneira ingênua, sem reconhecê-la como um espaço de lutas de classes. Eu não sei se era uma questão de meios, de disposição, de crença, acreditando que a própria institucionalidade iria resolver a questão da participação popular. Nunca é assim na

democracia. Em nenhuma democracia é possível não enfrentar o capital e ter resultados universais, porque é a questão da igualdade que está em jogo. E a questão da igualdade vai carrear a questão da liberdade, pois quem não tem igualdade não vai ter meios para se manifestar. Isso ficou claro nos anos 1990, década da implantação e expansão do SUS, da concentração da mídia, do controle das formas de organização popular. Onde foi parar a contraposição entre capital e trabalho?

O que me parece é que existia um horizonte ético-político de enfrentar as consequências e as razões das desigualdades produzidas pela expansão do capitalismo no Brasil, abrindo uma exigência de subversão daquelas condições. Mas ele foi derrotado. E o movimento acabou se limitando ao momento estatal. São compreensíveis essa derrota e esse recuo. O que é inaceitável é a perda do horizonte ético-político. A perda da clareza de que somente a luta para fora e por dentro poderia levar a sair desse momento estatal para uma disputa no conjunto da vida social. Lógico que isso não dependeu só do Movimento Sanitário, teve também aí a participação dos partidos políticos, em especial do PT, que desse ponto de vista reduziu o seu horizonte também ao meramente estatal, deixando fora a discussão da grande política.

A democracia diz respeito ao conjunto da vida social. A saúde, por outro lado, é um direito, uma área setorial da política. Faz sentido, então, falar em ‘democracia e saúde’, que foi tema da 8ª Conferência e volta agora, na 16ª?

Faz. Você trouxe aqui a definição da democracia como um regime político. Essa é uma classificação inteligente da ciência política, que em tendo a evitar porque confunde o que é luta e reivindicação popular com o que é institucionalidade. Mas ela ajuda a definir que tipo de institucionalidade corresponde à democracia sob o capitalismo. É lógico que um regime político democrático representativo é diferente de um sistema político ditatorial ou de um regime político fascista. Faz sentido porque diante de ameaças à suspensão dos direitos conquistados na Constituição e assegurados pelo regime democrático, a defesa da democracia hoje é, de fato, fundamental, e vai reunir desde forças empresariais até setores populares. Mas o que não pode desaparecer é o cerne do que estou chamando de ‘questão democrática’, que é a tensão de igualdade/liberdade. Para que haja alguma democracia substantiva, é fundamental enfrentar as formas sociais de controle da existência e do poder que estão representadas pelo capital. Sem enfrentar o capital, não tem nenhuma democracia. Então, em algumas circunstâncias, nós vamos lutar junto com forças do capital, em defesa, digamos, do regime político democrático. Mas a nossa luta deve ser lastreada na existência da igualdade e da liberdade. Se a gente não tiver isso claro, os setores capitalistas que, de alguma maneira, conseguem perfeitamente conviver com formas amputadas do regime democrático, podem tentar nos conduzir.

Eles quem? Setores do grande empresariado?

Sim, os setores organizados do empresariado. A saúde jamais pode ser vista separada do contexto da vida social. Tratar a saúde meramente como setorial já é colocá-la em uma institucionalidade limitada, dentro de um momento estatal, sem horizonte ético-político. Qualquer discussão consequente sobre epidemiologia, que é uma das bases da reflexão sobre saúde, tem clareza que doenças ou problemas de saúde não são uma questão meramente biológica, mas também social. Quem define quais doenças são tratáveis, com qual tipo de medicação, ou quem define essa centralidade médico-hospitalar, que ainda prevalece, são os grandes proprietários. E eles não se organizam só setorialmente.

Mas para quem está vindo a política no dia a dia, aparentemente quem define que doenças serão tratadas etc. é o governo que está ocupando o Estado, não o empresariado... Explica isso.

Na tradição de pensamento na qual estou inserida, numa definição bem ampla, o Estado é o garantidor geral das condições de reprodução da vida social. Em termos mais banais, é o organizador das classes dominantes e o desorganizador das lutas das massas trabalhadoras. Para isso, atua em determinados momentos com mais ênfase no convencimento; em outros com mais ênfase na coerção. Gramsci vai dizer que a luta que ocorre na sociedade civil, no âmbito da organização voluntária e sem fins lucrativos da vida social, faz parte do Estado. E uma das formas como isso se dá é pela organização de setores sociais para impor, no âmbito do Estado, políticas que representam seus interesses mas se apresentam como se fossem interesse de todos. A sociedade civil é um ambiente de luta de classes, no qual diferentes setores se organizam – pode ser sindicato dos trabalhadores ou patronal, pode ser movimento social, pode ser jornal empresarial ou de setores populares, tem igrejas, clubes, associações as mais diversas. Eu vou pegar alguns exemplos que são bem interessantes e contemporâneos no caso brasileiro.

Nos governos pós-Constituinte, assistimos a uma explosão de entidades empresariais sem fins lucrativos na sociedade civil. São entidades voltadas para a formação de quadros para direção empresarial, lideranças políticas, elaboração de leis e projetos, formação e educação dos setores populares... São entidades, associações bonitinhas, voltadas para o “bem comum”. Elas se dizem apolíticas e apartidárias, mas não é verdade: todas explicitamente anunciam que querem formular e interferir nas políticas públicas. Mas não são explicitamente partidárias. Elas se dizem apartidárias, eu as considero suprapartidárias. O que elas pretendem é definir o limite da participação para todos os partidos. Assim, vão se convertendo em parcela do Estado. Nos governos Fernando Henrique Cardoso, golpes profundos foram desferidos na organização dos setores populares como, por exemplo, o Sindicato dos Petroleiros, sem que nenhum sindicato patronal tenha sofrido o mesmo. Nos governos Lula, foi

instaurado o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. Ora, o PT e o Lula foram eleitos pela maioria da população trabalhadora, mas o Conselho tinha mais de 50% da sua composição diretamente empresarial. Setores populares, incluindo sindicato, uma ou outra entidade da sociedade civil popular ou contra-hegemônica, representaram entre 18% e 7% do Conselho. Quem era a sociedade civil que participava? A sociedade civil empresarial, massivamente. Então a gente começa a ver: é o capital ou o Estado?

Vamos pegar o exemplo do Movimento Todos pela Educação, uma entidade sem fins lucrativos, sustentada por empresas e entidades empresariais sem fins lucrativos que têm atuação em todo lugar, a começar pela Fundação Roberto Marinho. A educação é, talvez, o âmbito setorial em que isso fica mais visível. Na saúde, isso ainda precisa ficar mais visível. Cadê as pesquisas sobre a movimentação empresarial na saúde, que é gigantesca? Isso se dá no âmbito da sociedade civil, tanto para garantir interesses particulares como se fossem interesses universais, como para emplacar vendas. Não podemos esquecer que os Estados são os maiores compradores na educação e na saúde. Portanto, não se trata de acabar com o Estado, a expansão capitalista precisa de Estado. O que pode acabar são as políticas universais. Mesmo assim, é muito importante a manutenção de políticas de saúde, porque quem vai comprar massivamente medicamento, leito de hospital, ambulância, exame laboratorial são os Estados.

Um documento intitulado ‘A questão democrática na área da saúde’, publicizado pelo Cebes em 1979 em simpósio na Câmara dos Deputados, apresentou as bases do que viria a ser o SUS e denunciou um processo de “mercantilização da medicina promovida em forma consciente e acelerada por uma política governamental privatizante, concentradora e antipopular”. A mercantilização é um obstáculo à democratização, na saúde e em geral?

Lógico que a mercantilização de parcelas da vida é um obstáculo. Porque significa retirar alguma coisa que fazia parte do ser humano, como condição de existência, e permitir a apropriação desse bem por setores que vão explorá-lo lucrativamente. Mas a mercantilização precisa ser pensada como expropriação. Porque, se não, as pessoas vão contrapor o mercado ao Estado, quando o Estado é, por definição, garantidor do mercado. Essa é uma armadilha terrível. O que precisamos contrapor é a produção da desigualdade, que passa pelo mercado e é garantida pelo Estado. É verdade que a política explícita da ditadura brasileira era de mercantilização, mas não deixou de ser com a implantação do SUS porque, se as conquistas populares abriram a possibilidade de uma saúde institucionalizada, em princípio, igual para todos, na prática isso nunca chegou a ser assim. E esse sempre foi um dos problemas gravíssimos e reconhecidos do SUS, porque a complementaridade entre o setor privado e o setor público e o fato de a saúde ser uma área de extrema concentração de capitais também trouxeram a tendência a uma saúde

pública dual, a um SUS para pobres com uma ponta de excelência usada pelos ricos. Eu hoje acho que se a gente retomasse esse documento [do Cebes], não poderia se limitar à mercantilização. Teríamos que pensar o controle do capital sobre a vida, que, hoje, é ainda mais dramático do que em 1979 porque temos iniciativas de “melhoramento humano”, o que significa pesquisas para aumentar a eficiência de soldados em guerra – dane-se o que isso vai gerar depois para o soldado –, para aumentar a eficiência de trabalhadores para garantir que determinados grupos possam simplesmente reduzir o número de horas de sono etc. Essa indústria busca o controle da expropriação de parcela do ser biológico. Fazem parte os agrotóxicos, os transgênicos, esses insumos agrícolas que hoje estão envenenando não só os trabalhadores do campo, mas os alimentos, o ar e a água que a gente está bebendo. É algo gravíssimo. Identificar o DNA é um avanço científico. Expropriar o DNA é a entrada do capitalismo na própria constituição biológica, tanto da natureza quanto dos seres sociais. Talvez, em 1979, a gente não pudesse ter a clareza desses desdobramentos. Mas hoje a gente é obrigado a saber. E sem enfrentar isso não conseguiremos implementar nada parecido com uma saúde universal.

Após a aprovação do SUS na Constituição, o primeiro presidente eleito, Fernando Collor de Melo, vetou exatamente os artigos da Lei 8.080 que se referiam ao controle social e ao financiamento. O que isso diz sobre a democracia brasileira?

Mostra as fragilidades desse processo de transição. Nós tivemos uma transição entre uma ditadura empresarial militar e um regime democrático constitucional marcado por muita luta. Simultaneamente, houve enorme pressão militar e intensa organização empresarial para impedir que a própria Constituição saísse como saiu. A unificação do conjunto do empresariado em torno do Collor e a manipulação midiática que aconteceu naquele processo eleitoral já indicavam uma coisa que o Chico de Oliveira chamou de “falsificação da ira popular”. Esse termo é perfeito para analisar o Collor que, filho das classes dominantes das Alagoas, se apresenta como caçador de marajás. Realmente, não é a negação da ira popular, é sua falsificação. O objetivo era limitar, vetar os itens constitucionais que poderiam abrir espaço para uma organização popular e para a luta. Depois, o controle social e a participação social voltam, mas na década de 1990 já tinha se expandido também o controle social empresarial. Mas a sua pergunta mostra também outra coisa: que o processo de transição não enfrentou nenhum dos elementos da grande propriedade capitalista no Brasil. O enfrentamento ao capital foi saindo do horizonte, adequando-se à forma institucional daquilo que foi definido como se fosse democracia. Isso mostra, por exemplo, que as práticas patronais e empresariais de controle do Estado saíram incólumes da ditadura para o regime pós 1988. O volume das lutas populares na década de 1980 foi até intenso, mas precisaria ser muito mais. E por que não foi? Porque as entidades patronais empresariais avançaram exatamente nessas questões.

E não apenas para a saúde, mas para o conjunto da participação popular. O que isso significa? Que sobre todas as práticas que as lutas populares avançavam no sentido de reivindicar o horizonte ético-político, eles entravam financiando, “ajudando” essas lutas e tendo como resultado sua contenção. Nem ao momento estatal elas chegavam. Isso não mudou em nenhum governo. Depois do Collor [a estratégia] não é mais veto, é que esse controle e essa participação sejam instruídos, educados e formados pelo setor empresarial, vestido de roupa de consenso, mas com o apoio do Estado na violência quando se fazia necessário. Isso parece estar mudando neste governo atual: parece que ele está querendo eliminar essa participação e, portanto, introduzir um elemento de autocracia absoluta, não apenas para as classes dominadas mas também para os setores dominantes.

Três décadas depois da sua criação, o SUS é considerado uma grande conquista, mas incompleta, segundo boa parte dos sanitaristas, principalmente pelo seu histórico subfinanciamento. Você costuma ressaltar que, embora associada a uma forma política, a democracia não pode ser isolada da realidade socioeconômica. Como essa ressalva dialoga com esse diagnóstico sobre a falta de financiamento?

É verdade, o SUS é uma conquista. Mas é uma conquista amputada, desde o começo, da capacidade de enfrentamento em grande escala. E não só pela derrota frente aos empresários, mas também pelo deslocamento de boa parte dos dirigentes do Movimento Sanitário para a institucionalização, de certa maneira deixando do lado as lutas, que eram as únicas capazes de sustentar aquela institucionalização e garantir o avanço. A suposição de que, institucionalizando, o Estado vá obedecer às leis que foram garantidas no momento da sua implementação ignora que a sociedade é capitalista e opera por correlação de força entre classes sociais. Se o SUS era um elemento de conquista de setores populares, o financiamento foi o caminho por onde foi possível reduzir a potência do SUS. Quem poderia enfrentar isso para garantir que a lei se cumprisse? Os profissionais do SUS e os nossos parlamentares, por exemplo, mas não bastaria: é preciso ter luta popular, permanente e organizada, para garantir que as leis voltadas para os setores populares sejam cumpridas. No momento em que as direções se deslocam para o processo de institucionalização – eu não estou culpando essas direções, mas a gente tem que entender para não fazer de novo igual –, elas de alguma maneira temem as lutas, porque isso desequilibra as condições da institucionalização. E a tendência é que a pressão do setor empresarial não só impeça como abra brechas crescentes para o ingresso de vendas privadas para o setor público, ou de compensações do setor público para o setor privado, como foi a expansão dos seguros de saúde, como agora vêm as pequenas clínicas, seguro para pobres. Para comprometer as massas, tem de enfrentar o capital, tem que enfrentar as condições de vida dessas massas. Não é só a saúde. É saúde, é trabalho, é emprego, é transporte, é saneamento, é alimentação, é tudo. O

UM DEBATE GLOBAL

Os diferentes interesses que incidem sobre a Organização Mundial da Saúde teriam limitado suas ambições?

Maíra Mathias (De Genebra*)

No século 19, o movimento de bens e mercadorias de um ponto a outro do planeta não parava de crescer. De carona com o comércio, circulavam vírus, bactérias e outros micro-organismos indesejados. O medo da propagação de doenças como cólera, febre amarela e peste moldou o início da cooperação global em saúde, que tem como marco a primeira conferência sanitária internacional realizada em Paris, em 1851, com o objetivo de estabelecer regras para as quarentenas, nome dado ao período de reclusão de indivíduos, animais e produtos estrangeiros que chegavam aos portos mundo afora.

Pode parecer uma surpresa, mas a história da saúde global está direta e indiretamente ligada ao Brasil. Em 1870, o país viveu uma grande epidemia de febre amarela. Nações vizinhas como Paraguai, Uruguai e Argentina também foram afetadas. A doença se espalhou pelo continente, inviabilizando por mais de dez anos o término da megaobra do canal do Panamá. Junto com a malária, a febre amarela matou mais de 20 mil trabalhadores, o que fez com que a França abandonasse o projeto. Os Estados Unidos, no entanto, tinham grande interesse na sua finalização. Foi nesse contexto que a região das Américas criou, em 1902, o primeiro escritório sanitário do mundo que viria, depois, a se chamar Organização Pan-Americana da Saúde, a Opas.

Mais tarde, o Brasil exerceria protagonismo nessa história. Em 1945, a delegação do país se uniu aos representantes da China para propor a criação de uma organização internacional para a saúde no âmbito da nascente Organização das Nações Unidas (ONU). “Depois da Segunda Guerra Mundial, crescia o sentimento de que para fortalecer a solidariedade internacional sobre um tema fundamental – a saúde – era preciso integrar as diferentes instituições que atuavam na área. Com isso, se procurava assegurar que haveria capacidade de resposta às emergências sanitárias, mas também se queria garantir um certo padrão para as políticas de saúde, através de uma instituição que tivesse capacidade técnica para traçar linhas e diretrizes válidas para os governos de todo mundo”, contextualiza Susana Barria, responsável pelo programa de governança global do Movimento Pela Saúde dos Povos (PHM, na sigla em inglês).

No dia 7 de abril de 1948, nascia a Organização Mundial da Saúde (OMS), que incorporou princípios inovadores. Na sua Constituição, saúde é entendida como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Além disso, “o mais alto padrão de saúde” é elencado como “um dos direitos fundamentais de todo ser humano”, a ser efetivado sem distinção de raça, religião, ideo-



logia política ou condição econômica e social. Ainda segundo o texto, se um país consegue garantir a promoção e a proteção da saúde de seu povo, isso é um avanço para todos os outros países. Da mesma forma, o progresso desigual no alcance deste objetivo é um perigo não apenas para aquelas nações que ficam para trás, mas para todas. E a saúde é tida como condição fundamental para manter a paz. “A OMS nasce do entendimento de que a saúde é um bem comum. E que garantir saúde é bom não somente para um indivíduo, sua família, comunidade ou sociedade, mas em nível mundial”, diz Susana.

Embora a Organização tenha um único objetivo – o alcance do mais alto nível de saúde possível para todos os povos –, seu mandato é extenso. “A maioria das organizações tem que lidar com uma ou duas atribuições, mas a OMS tem 22 funções”, pontua Andrew Harmer, professor de política global da saúde na Universidade de Londres. Isso porque a OMS tem a autoridade para dirigir e coordenar o trabalho em saúde em âmbito internacional. Quando requisitada, precisa dar assistência a governos no fortalecimento dos serviços de saúde e em caso de emergências sanitárias. Também deve trabalhar para a erradicação de epidemias, endemias e doenças. E promover muita cooperação, seja com outras agências da ONU em um número grande de temas – moradia, saneamento, economia e trabalho são alguns deles –, seja com entidades científicas. Também cabe à Organização propor convenções, acordos e regulações na área da saúde. E fazer recomendações. Existe um trabalho intenso de padronização: de nomenclatura de doenças, práticas de saúde pública, procedimentos de diagnóstico, alimentos, produtos biológicos e farmacêuticos. “A OMS



guia como as políticas de saúde devem ser elaboradas. E é uma organização que baseia muito do seu trabalho nas recomendações de *expertise*. Ela tem o poder de reunir diferentes opiniões e buscar consenso sobre questões que são importantes globalmente”, explica Mariângela Simões, diretora-geral assistente para pré-qualificação e avaliação tecnológica da Organização Mundial da Saúde. E pondera: “Está escrito na Constituição da OMS o que ela deve fazer. Mas quem determina o que a Organização vai fazer é a Assembleia”.

A mais alta instância

A OMS é composta por três instâncias. O Secretariado é o braço operacional da Organização, encabeçado por um diretor-geral eleito a cada cinco anos. No âmbito da governança, há o Comitê Executivo, composto por 34 representantes dos países que integram a OMS. A esse grupo, que se reúne duas vezes por ano, cabe decidir os temas que serão deliberados na instância máxima de governo da Organização: a Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Em junho de 1948, aconteceu a primeira Assembleia. Na época, 48 países faziam parte da OMS; 46 participaram do evento. Hoje, são 194 Estados-membros, divididos administrativamente em seis regiões sanitárias: África, Américas, Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental. A OMS tem mais de sete mil funcionários, espalhados por 150 escritórios nacionais.

“A Organização Mundial de Saúde é um organismo multilateral. Todos os países têm voz. Essa é uma das fortalezas, mas também é uma de suas fraquezas. Um tema importante pode

não passar porque um país tem opinião contrária. Então os temas vão e voltam”, observa Mariângela. Um exemplo disso é a destruição dos estoques do vírus da varíola, um dos assuntos mais antigos da agenda da Assembleia, debatido pela primeira vez em 1980, quando a doença foi oficialmente erradicada.

Em 2019, entre os dias 20 e 28 de maio, aconteceu a 72ª AMS. E, novamente, o tema esteve em pauta. Hoje, dois laboratórios públicos possuem amostras do vírus: o centro de biotecnologia VECTOR, na Rússia, e o centro de controle de doenças (CDC), nos Estados Unidos. Acontece que todos os países se comprometeram a destruir os estoques depois que o vírus tivesse seu genoma sequenciado. Isso aconteceu em 1996, mas EUA e Rússia não cumpriram o combinado. O prazo foi estendido para 1999. Mas, de novo, os dois países se recusaram a implementar a resolução, argumentando que as amostras eram necessárias para aprofundar pesquisas. Um comitê especial foi criado para supervisionar essa pesquisa e, mais tarde, um comitê independente surgiu para reavaliar todo o trabalho. Em 2013, novos diagnósticos haviam sido criados, uma nova geração de vacinas desenvolvida e o comitê independente concluiu que não havia mais nenhum propósito de saúde pública para a permanência dos estoques – que nem assim foram destruídos, pois novos argumentos foram apresentados, desta vez sobre a ameaça de as moléculas do vírus terem sido sintetizadas, como forma de criar uma arma biológica. Não faltam países que apontem para o fato de que se os estoques tivessem sido destruídos lá atrás, tal ameaça não teria surgido. Mas, até agora, esses argumentos têm sido apresentados sem nenhum efeito prático.

A geopolítica também se manifesta de outras formas. “Às vezes – várias vezes – por interesses comerciais”, pontua Mariângela. E 2019 é um ótimo exemplo desse tipo de embate. Em fevereiro, a Itália apresentou uma proposta de resolução sobre transparência no mercado de medicamentos, vacinas e tecnologias de saúde. Uma das ideias centrais era obrigar as empresas a abrirem todos os custos ao longo da cadeia de produção, o que inclui estágios como a pesquisa e o desenvolvimento, os testes clínicos e o marketing. Com isso, seria possível saber o quanto do preço final desses produtos tem a ver com a fase de pesquisa (como advoga a indústria) ou com a publicidade e a maximização dos lucros destinados aos acionistas dessas empresas (como argumentam especialistas no assunto).

A proposta foi copatrocinada por outros países europeus – Espanha e Portugal – e rapidamente se tornou o tema mais quente da agenda, mesmo antes de a Assembleia começar. Nos dois encontros que precederam a 72ª AMS, ficou claro que países que sediam as grandes farmacêuticas, como Alemanha, França, Reino Unido e Suíça, usariam todos os meios diplomáticos necessários para impedir o tipo de transparência que a resolução almejava. A delegação do Reino Unido fez uma proposta de edição para suprimir no texto qualquer menção a “preços altos”, basicamente o cerne do problema. O debate entre as delegações, feito a portas fechadas, se prolongou por todo o evento. Mais países se afiliaram à proposta, caso do Brasil.

Mesmo assim, a certa altura, não havia certeza se a resolução chegaria a ser discutida formalmente pela Assembleia.

Em uma nuvem de apreensão pairou sobre o Palácio das Nações, onde o evento é realizado na cidade de Genebra na Suíça, quando, nos bastidores, surgiram indicativos de que o texto poderia ser completamente descaracterizado. O risco era que o momento político gerado pela resolução se revelasse um anticlímax, já que uma decisão ruim poderia travar futuras discussões e, conseqüentemente, mais avanços. No último momento, a resolução foi apresentada para votação e passou. Mas o texto aprovado está longe de ser tão ambicioso quanto o original: toda a parte da transparência na cadeia produtiva foi retirada.

Ascensão e queda

Não falta quem considere que o ápice das ambições políticas da OMS aconteceu muito tempo atrás. Se o ideal da ‘saúde para todos’ está inscrito na própria Constituição da Organização, nunca essa bandeira esteve tão em evidência quanto no final dos anos 70. Sob a liderança de Halfdan Mahler – considerado por muitos o mais hábil diretor-geral que a OMS já teve –, em 1978 aconteceu no Cazaquistão, então república da União Soviética, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde. De lá, saiu a famosa Declaração de Alma-Ata com o lema “saúde para todos no ano 2000”. Naquele momento, a OMS apostava numa meta para que o seu principal objetivo se concretizasse. E fazia isso usando uma linguagem contundente.

“A brutal iniquidade existente na saúde dos povos, particularmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como no interior dos próprios países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países”, diz o documento, que defendia a instauração de uma “nova ordem econômica mundial” como alicerce fundamental para que a ‘saúde para todos’ se concretizasse.

“Era um contexto muito particular. Depois das lutas anticoloniais, os governos estão buscando ter uma relação diferente entre si durante a Guerra Fria. E um dos temas principais é a nova ordem econômica mundial. Esse tipo de entendimento está relacionado a um desejo de transformar as relações de poder. E as Nações Unidas são vistas como um espaço em que se pode neutralizar as diferenças porque todo mundo tem um voto. Um país pequeno tem o mesmo voto que um país imenso. Um país com PIB enorme tem o mesmo voto do menor PIB”, analisa Susana Barria, para quem a Declaração de Alma-Ata acabou se tornando símbolo do potencial do Sistema ONU e é uma inspiração até hoje. “O texto relaciona o direito humano à saúde ao surgimento dessa nova ordem econômica. Coloca no centro as necessidades das pessoas, é contra a mercantilização da saúde”, diz.

A reação não demoraria a vir. Se Alma-Ata falava da importância de sistemas de saúde fortes alicerçados em uma atenção primária à saúde robusta que, através da prevenção e da promoção, poderia evitar uma série de doenças, na década seguinte predominou uma lógica distinta, com a chamada focalização da atenção primária e a abordagem vertical voltada à resposta de determinadas doenças. Entram em cena outros atores. “A partir de 1980, o Banco Mundial passou a atuar na saúde. Em 1994, produziu um relatório muito influente chamado ‘Investindo em saúde’, que alçou o setor privado ao primeiro plano, moldando a

maneira como a saúde seria compreendida dali em diante”, situa Andrew Harmer.

Algum tempo depois, uma série de iniciativas ligadas a empresários se multiplicaram. Em 2000, Bill Gates, que na época era o homem mais rico do mundo, afastou-se da Microsoft e estabeleceu uma fundação filantrópica chamada Bill & Melinda Gates. Seu interesse na saúde não se resumiu à própria iniciativa e, no mesmo ano, ele fez uma doação de 750 milhões de dólares a um fundo para vacinas que, pouco tempo depois, atrairia outros doadores e desaguaria na criação da Aliança Global para Vacinas e Imunizações (GAVI, na sigla em inglês). Também no ano 2000 foi criado o Fundo Global para AIDS, tuberculose e malária. “Inicialmente, a ideia era que fosse um fundo global para a saúde de muito mais amplo. Mas isso não aconteceu”, lembra Harmer. O foco em uma única doença também mobilizou a Presidência dos Estados Unidos a criar, em 2003, o multibilionário PEPFAR [*The United States President’s Emergency Plan for Aids Relief*]. E esses são apenas alguns exemplos.

“E a pergunta passou a ser: qual a relevância política da OMS se temos essas outras iniciativas muito importantes?”, diz Harmer, para quem a Organização precisou colocar em marcha uma estratégia para defender seu espaço em meio a uma arquitetura da governança global da saúde cada vez mais complexa. Sob a liderança da ex-primeira-ministra da Noruega, Gro Brundtland, que dirigiu a OMS entre 1998 e 2003, a Organização adotou o modelo das parcerias com esses atores em ascensão. “Foi uma decisão essencialmente política. Brundtland temia que a OMS fosse marginalizada. E decidiu situá-la no centro de todas essas parcerias – abrigando, inclusive, várias delas em sua sede, em Genebra”, nota.

Ao mesmo tempo, os anos 1990 marcam o início de uma grave crise de financiamento que se arrasta até hoje. “Os países basicamente concordaram em congelar suas contribuições à OMS. A princípio não completamente, já que os valores eram corrigidos pela inflação. Mas isso foi interrompido também. Então, na verdade, as contribuições diminuíram porque não acompanharam a inflação”, explica Harmer.

De acordo com os entrevistados da Poli, o argumento utilizado pelos Estados-membros é o de que a OMS não é eficiente, nem eficaz. Ou seja, o dinheiro que os países estão ‘investindo’ na Organização não estaria tendo retorno. Por essa lógica, a Organização deveria fazer mais com menos. “Há uma intenção política por trás desse discurso: dirigir a atenção e a narrativa para longe do problema central de que a OMS precisa de mais recursos para cumprir o seu papel de ser um organismo que cria e pode implementar políticas globais de saúde”, analisa Susana. “Vemos uma busca por deficiências – que é a terminologia do mercado – e o corte do financiamento de áreas com prioridade baixa. O problema é definir quais áreas poderiam ser categorizadas como de baixa prioridade, pois pode-se argumentar que as questões de saúde que mais importam para as pessoas não necessariamente são aquelas mais importantes para os doadores”, sublinha, por sua vez, Harmer.

Isso porque a lacuna de financiamento dos Estados-membros passou a ser preenchida por contribuições voluntárias, feitas tanto por países quanto por entidades filantrópicas e

empresas. Em 2017, a contribuição dada pela Fundação Bill & Melinda Gates representou nada menos que 13% do orçamento geral da OMS. Para se ter uma ideia da guinada, nos anos 1950 e 1960, o orçamento da OMS era composto por 70% de contribuições dos Estados-membros e 30% de contribuições voluntárias. Atualmente, essa razão foi invertida.

O problema das contribuições voluntárias é que, em vários casos, os doadores determinam exatamente onde e como o recurso será aplicado. E isso tem levantado uma série de preocupações acerca do direcionamento da atuação da OMS. “O que está se tornando claro é que o dinheiro de Gates não se aplica somente à OMS, mas a várias organizações. Todos os atores que Gates financia estão se tornando parte da ‘família’ da OMS. Indiretamente Gates está em todo lugar. E traz consigo uma perspectiva e uma mentalidade do setor privado. Ele interpreta a saúde em termos de resultados e impacto porque é orientado pelo dinheiro. O único jeito que ele entende sucesso é em uma planilha, onde se demonstra uma redução ou aumento em alguma unidade ou valor. Mas essa não é a maneira como as sociedades progridem. Há muitos desafios estruturais e sistêmicos, nenhum dos quais pode ser resolvido por Gates e pela maneira como ele opera. Ele provavelmente é parte do problema”, critica Harmer.

“Acho que tem muita fantasia sobre isso, sabe?”, contesta Mariângela Simões, que dá como exemplo um plano de ação voltado para a vigilância de medicamentos novos após sua entrada no mercado. “Os financiadores têm interesse nessa agenda regulatória, e nós também. Isso faz parte de um pacote do que a OMS quer fazer – porque nunca é uma coisa que não se quer fazer. Um sistema que dê conta disso é bom para o mundo. E se tem o dinheiro da [fundação] Gates, que venha. Mas as coisas têm que se encontrar. Você não pega dinheiro que não seja para uma área interessante”, pondera.

“Nossa nova abordagem em relação às parcerias está nos ajudando a deixarmos de ser uma organização avessa ao risco para uma que maneja os riscos. Isso não é um *slogan*, é uma mudança em curso. Já estamos nos engajando de uma maneira muito mais proativa com as organizações da sociedade civil e com o setor privado”, disse o diretor-geral Tedros Adhanom Ghebreyesus na abertura da 72ª AMS. Também para Mariângela Simões, as regras da Organização estão funcionando para evitar problemas. “A OMS tem um sistema de *firewall* muito grande para a questão de conflitos de interesses”, defende.

Ela se refere a um mecanismo de engajamento com atores não estatais conhecido pela sigla em inglês Fensa. Contudo, o texto aprovado em 2016 já está sendo desrespeitado, na avaliação de alguns analistas. Isso porque o Fensa proíbe exposições comerciais durante eventos da OMS. Mas, na Assembleia Mundial de Saúde deste ano, o Unaid, programa das Nações Unidas para AIDS, lançou uma exposição chamada ‘*Health Innovation Exchange*’. Lá, dentre as 24 ‘inovações’ à mostra, havia propaganda de um programa de diagnóstico criado pela farmacêutica Roche, propaganda de uma seringa de agulha retrátil automática, propaganda de dispositivo usado em cirurgias de circuncisão... O médico Gargeya Telakapalli, que integra o secretariado global do Movimento

pela Saúde dos Povos, acredita que a exibição violou o Fensa. “Isso é um marco. Conversei com um oficial muito antigo da OMS e ele me disse que nunca pensou que algo assim pudesse acontecer. E, bom, agora aconteceu. Era uma clara violação do Fensa”. Tanto o movimento, quanto a organização *Third World Network* (TWN) pediram explicações. “Ao menos, esperávamos que a OMS e a Unaid apresentassem algum tipo de resposta ou justificativa, o que não aconteceu”, lamenta.

Em janeiro de 2019, a relação de atores não estatais que mantinham relações formais com a OMS somava 217 organizações, entre federações internacionais que representam a indústria farmacêutica, sociedades e associações de profissionais de saúde e especialidades médicas, entidades de pacientes e de estudantes, grandes fundações filantrópicas e organizações da sociedade civil. “Mesclou-se o que é academia, o que é sociedade civil, o que são doadores e o que é o setor privado – atores que não têm nem os mesmos papéis, nem os mesmos interesses. Colocar todos no mesmo balaio é uma estratégia para dar legitimidade e garantir espaços formais para que o setor privado possa colaborar com a OMS. E isso está acontecendo em outros organismos da ONU”, acredita Susana.

Para Andrew Harmer, trata-se de um ambiente crescentemente biomédico, orientado por inovação, coleta de dados e pela lógica do custo-benefício. A consequência, segundo ele, é a emergência de uma “monocultura” sobre o que é saúde e como se resolvem os problemas de saúde, em meio a qual fica cada vez mais difícil que as vozes alternativas sejam ouvidas.

Mas elas estão lá. Há dúvidas, porém, sobre a efetividade do engajamento da sociedade civil na Assembleia e na OMS hoje. Para Maurício Torres-Tovar, da Associação Latino-Americana de Medicina Social da Saúde (Alames), há problemas. “Marcamos presença e tentamos incidir. Mas nossa capacidade é muito menor do que a da indústria farmacêutica, por exemplo”. Torres-Tovar aponta que a perda de centralidade da própria OMS limitou a ambição das propostas do organismo. E dá como exemplo a cobertura universal de saúde, principal bandeira da Organização hoje, com sua meta do ‘bilhão-tríplo’: um bilhão de pessoas a mais com cobertura universal de saúde, um bilhão a mais com melhor proteção contra emergências sanitárias e um bilhão a mais desfrutando de melhor saúde e bem-estar. “Esta grande política, que se impõe hoje no mundo, é uma ideia que circula há vários anos, propalada pelo Banco Mundial, pela Fundação Rockefeller e outras entidades. A OMS seguiu essa pauta. Foi carregada”, analisa ele.

Em contraposição, Alma-Ata almejava mais. “Hoje, é revolucionário pedir saúde para todos”, compara Susana. Para Andrew Harmer, mesmo com todas as dificuldades, a OMS poderia tomar a dianteira em temas difíceis, como o aquecimento global. “Eu gostaria que ela fosse mais ambiciosa na mensagem que passa a seus Estados-membros e na visibilidade que dá a certas questões da saúde, particularmente a questão climática”, cita. E aposta: “Há margem para um pouco mais de ousadia”. O

* Enviada à Genebra no âmbito do programa *WHO Watch*, com recursos da *Medico International*.

FORÇA MOTRIZ DO SUS

Por trás de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, há centenas de categorias profissionais e quase três milhões de trabalhadores em ação

Katia Machado

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país tem 210 milhões de habitantes. E cerca de 162 milhões – quase 80% da população – dependem exclusivamente do SUS, de acordo com o Ministério da Saúde. E embora ninguém negue que o Sistema Único precisa ser fortalecido e, inclusive, ampliado, há números bastante expressivos para mostrar. O primeiro nível de atenção aos brasileiros conta, hoje, com 42.606 unidades básicas de saúde e 42 mil equipes da Estratégia Saúde da Família, que atendem um universo de 130,6 milhões de pessoas em 5.465 municípios – o que significa uma cobertura de 63,49% da população.

É no primeiro nível do SUS que também estão 26,4 mil equipes de saúde bucal, responsáveis pelo atendimento de 79,7 milhões de pessoas em 5.013 municípios. São 148 equipes de unidades odontológicas móveis, 15 equipes de unidades básicas de saúde fluviais e 247 equipes de saúde prisional. Os 1.334 polos da academia da saúde estão espalhados por 1.105 municípios. Há ainda 5,5 mil equipes do núcleo de apoio à saúde da família (mais conhecido pela sigla NASF). E 517 equipes de microscopistas, que atendem 104 cidades.

Problemas de saúde mais complexos e acidentados contam com uma estrutura igualmente grandiosa: o Samu, serviço de atendimento móvel de urgência, está presente em 3.618 municípios e dispõe de uma frota composta por 3.284 ambulâncias, 257 ‘motolâncias’, 14 equipes de embarcação e 15 equipes aeromédicas que, juntas, atendem 174,4 milhões de pessoas. São 192 centrais de regulação, distribuídas em todos os estados para dar conta de uma rede composta por 6.965 hospitais, que dispõe de exatos 328.828 leitos.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, somente entre janeiro e abril deste ano, foram realizados 1,1 bilhão de procedimentos ambulatoriais, 309,4 milhões de exames e 3,8 milhões de internações. No mesmo período, aconteceram na atenção básica 28 milhões de consultas médicas; sete milhões de consultas dentárias; e 13,6 milhões de consultas por enfermeiros.

São amostras da capacidade do SUS, um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo. E, como se pode imaginar, há uma extensa força de trabalho por trás disso tudo.

Fonte de emprego e de saúde

De acordo com pesquisadores da Universidade Estadual de Londrina, o SUS é um importante empregador: 52% dos enfermeiros do país estão no serviço públicos. Assim como 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos. O levantamento publicado em 2018 na revista *Ciência e Saúde Coletiva* atenta para o fato de o SUS deter mais de 60% dos estabelecimentos de saúde do país e absorver em torno de 80% da força de trabalho desse setor. Foram quase dois milhões de empregos gerados no período compreendido entre 2008 e 2013.

Os números atuais são ainda mais expressivos. O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), um sistema de informações do Ministério da Saúde que mostra a capacidade instalada do país, registra 2.959.427 profissionais em atuação nos serviços públicos. Esses quase três milhões de pessoas estão concentrados em maior número na região Sudeste (1.353.058), seguida pela Nordeste (704.764), Sul (432.996), Centro-Oeste (240.179) e Norte (228.430). O grosso desse contingente está nos hospitais gerais, que detêm 1.021.112 de profissionais. Em seguida, vêm as unidades básicas de saúde, com 702.738 trabalhadores, e as clínicas e laboratórios especializados, que somam 213.144.

Com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o CNES revela que os profissionais com nível superior são a maioria no SUS: representam 37,6% do total, ou 1.113.784 de pessoas. No cadastro, estão contabilizados 405.511 médicos, 259.434 enfermeiros, 137.124 odontólogos e 66.340 psicólogos. Outras ocupações de nível superior também são expressivas, como o biomédico (12.309), o terapeuta ocupacional (9.814) e o biólogo (7.565).

O terapeuta ocupacional, por exemplo, atua predominantemente nos NAFS, os núcleos que fortalecem a porta de entrada do SUS, intervindo nos fatores que colocam a saúde em risco, como a falta de atividade física, a má alimentação e o uso de tabaco. Nos NAFS, os terapeutas atuam com outros tantos profissionais: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista ou obstetra, pediatra, acupunturista, homeopata, psiquiatra, geriatra, clínico geral, do trabalho, médico veterinário, nutricionista, psicólogo, arte educador e sanitaria.

Não menos relevantes são os técnicos e auxiliares, que figuram em segundo lugar no CNES e, juntos, somam 747.328 pessoas. Ou 25,25% do total da força de trabalho. Os profissionais da enfermagem estão na primeira posição nesse grupo: são 415,2 mil técnicos e 175,6 mil auxiliares. Na sequência estão os técnicos e auxiliares de laboratório, num total de 46.125. Entre eles, destacam-se os técnicos em patologia clínica (22.252) e os auxiliares em laboratório de análises clínicas (15.039).

Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Mônica Caminha atenta para a importância desses profissionais, apesar da sua invisibilidade dentro do SUS. “Os técnicos em análises clínicas trabalham no apoio ao diagnóstico e ao tratamento de doenças, dando subsídios ao médico patologista. Nos laboratórios, no entanto, esse profissional é muitas vezes visto como um ‘coletor de sangue’”, lamenta.

Já o professor-pesquisador da Escola, Leandro Medrado, conta que o técnico em citopatologia é essencial no apoio ao diagnóstico do câncer. “É o único profissional de formação técnica da área da saúde que dá um laudo técnico em substituição ao laudo do médico”, diz. A professora-pesquisadora Flavia Coelho Mendonça explica que o profissional técnico em biotecnologia, muito menos visto pelos usuários do SUS, trabalha desenvolvendo kits e reagentes para diagnóstico, por exemplo. “Esses reativos são fundamentais para a detecção precoce de doenças. Por isso, esses profissionais em sua formação precisam ter aulas sobre cultura de células, nanotecnologia etc.”, sublinha.

O rol de profissionais de nível médio em atuação no SUS conta ainda com os técnicos e auxiliares em radiologia médica (36.194) e com os técnicos e auxiliares em farmácia (12.732). Não muito distantes estão os técnicos em saúde oral, que somam um contingente de 7.085. Eles estão divididos em auxiliares em prótese dentária (622), protético dentário (2.140) e técnico em higiene bucal (4.323), categoria que foi impulsionada pela implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em 2001, depois da publicação da portaria 1.444, de 2000, que estabeleceu um incentivo financeiro para que os municípios reorganizassem a atenção na ponta.

Além disso, há os profissionais com nível elementar de escolaridade, que totalizam 33.859 (11,28%). E o SUS conta também com um enorme contingente administrativo, de 439,6 mil trabalhadores. No topo desta lista, estão os assistentes técnicos administrativos (108.084), seguidos dos auxiliares de escritório (65.604) e dos recepcionistas (54.351). Também são trabalhadores ‘invisíveis’, mas que estão dentro de salas, manipulando papéis e sistemas de informação, fazendo a roda do SUS girar. “Estamos falando, por exemplo, do profissional que atua na área de registros e informações em saúde, que está em vários ambientes do SUS, enquadrado muitas vezes como auxiliar ou técnico administrativo”, caracteriza o professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz, José Mauro da Conceição Pinto. “É o profissional que

não está no diálogo direto com quem está na assistência, mas está nos bastidores. Ele trabalha com a gestão de documentos, com o prontuário do paciente, com o faturamento, analisando o custo da internação hospitalar, por exemplo. Ele também organiza as fichas de notificação de doenças, fazendo muitas vezes o trabalho de digitação e codificação, mexe nos sistemas de informação, analisa os bancos de dados, gera relatórios...”, acrescenta a professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz, Bianca Borges.

Categoria de maior expressão

Quando olhamos para as categorias, a maior força de trabalho do SUS é a enfermagem, com um contingente de 886.309 profissionais, entre enfermeiros (259.434), técnicos (451.200) e auxiliares (175.675). Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e a Fiocruz sobre o perfil da enfermagem já havia revelado cenário semelhante em 2015. Na época, a enfermagem – com cerca 1,7 milhão de pessoas – era a segunda categoria com maior número de profissionais no Brasil, atrás apenas dos metalúrgicos. E representava quase 50% dos trabalhadores da saúde, que abarcava um total de 3,5 milhões de profissionais, conforme dados do IBGE.

Era o SUS que abrigava mais da metade desse contingente (59,3%), composto por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros. Segundo o levantamento, coordenado pela pesquisadora da Fiocruz, Maria Helena Machado, seguido do setor público, aparecia o privado, com 31,8% dos profissionais da enfermagem, o filantrópico, com 14,6%, e as instituições



de ensino, com 8,2%. O estudo ainda mostrou que a categoria era predominantemente feminina, composta por 84,6% de mulheres.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso (Coren-MT), aos três profissionais cabem integrar a equipe de saúde e promover a educação em saúde, sendo que a gestão, bem como a prestação de assistência ao parto e a prevenção de infecção hospitalar, de danos ao paciente e de acidentes no trabalho são de responsabilidade do enfermeiro.

O Coren-MT explica ainda as funções do técnico em enfermagem: assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde e participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além da assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro. Já o auxiliar, segundo o órgão, é responsável por preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos, executar tratamentos prescritos, prestar cuidados de higiene, alimentação e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, além de zelar pela limpeza em geral.

“A profissão de enfermagem, como a medicina, faz parte das profissões essenciais a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e alicerçada em um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em sociedades desenvolvidas”, escreveu Maria Helena no documento final da pesquisa. E completou: “O que queremos dizer é que a enfermagem é uma profissão essencial, de utilidade pública, de valor social inquestionável”.

Hoje, no Cofen, estão inscritos cerca de 2,2 milhões de profissionais da categoria, entre eles 1.223.419 técnicos, 412.920 auxiliares e 527.447 enfermeiros, além de 261 obstetras, que podem atuar em pré-natal e partos normais de baixo risco. A maioria dos enfermeiros obstetras, como são comumente chamados, estão no estado de São Paulo, que detém 253 desses profissionais. Esses números se referem a inscrições ativas nos conselhos regionais de enfermagem. Por isso, não expressam com fidelidade a dimensão da categoria, pois uma mesma pessoa pode ter sido contabilizada mais de uma vez. Sabe-se, com base no levantamento do Cofen e da Fiocruz que, em termos geográficos, a enfermagem está concentrada na região Sudeste, onde estão mais da metade dos enfermeiros (53,9%) e de técnicos e auxiliares de enfermagem (56,1%). “Proporcionalmente à população, que representa 28,4% dos brasileiros, segundo o IBGE, a região Nordeste apresenta a menor concentração de profissionais, com 17,2% das equipes de enfermagem”, retrata o estudo.

Muitos médicos na capital, poucos no interior

Em 2011, uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, o Ipea, realizada com 2.773 usuários do SUS, indicou que para 58% dos brasileiros que estavam procurando atendimento na rede pública o principal problema era a falta de médicos. Até 2013, quando foi lançado o programa Mais Médicos, 22 estados estavam abaixo da média nacional, que era à época de 1,8 médico para cada grupo de mil habitantes. E cinco estados tinham menos de um médico por mil habitantes. Na ocasião, segundo informou o Ministério da Saúde, a proporção era menor que um médico para cada três mil pessoas em 1,9 mil cidades, e outras 700 não tinham nenhum médico fixado. Isso em um país onde pouco mais de 300 mil exerciam a profissão naquele momento.

O Mais Médicos foi lançado com o objetivo de levar esses profissionais para regiões com dificuldades de atraí-los. A lei que instituiu o programa possibilitou a presença de médicos, inclusive estrangeiros, em áreas historicamente desassistidas – a exemplo das ribeirinhas, fluviais, quilombolas e indígenas –, e a abertura de dezenas de novos cursos de Medicina, em sua maioria privados. Além da expansão de vagas de residência médica e o estabelecimento de novas diretrizes para a graduação e a formação especializada.

QUANTOS SÃO NO SUS?

2.959.427 **profissionais**

405.511 **médicos**

259.434 **enfermeiros**

137.124 **odontológicos**

66.340 **psicólogos**

747.328 **técnicos em saúde**

415,2 mil **técnicos em enfermagem**

259 mil **ACS**

46.125 **técnicos e auxiliares de laboratório**

108.084 **técnicos administrativo**

Fonte: CNES, maio de 2019

Com a saída dos médicos cubanos do programa, que aconteceu em novembro de 2018, o problema voltou à tona. Em dezembro, quando o governo federal abriu 8.517 vagas para selecionar médicos brasileiros, com diploma brasileiro ou revalidado no país, em substituição aos profissionais cubanos, apenas 5.972 se apresentaram aos municípios em que escolheram atuar – o que significou que 2.439 (29%) profissionais aprovados na seleção não compareceram aos locais de trabalho. Mais recentemente, em junho, nova leva de profissionais (1.481) deu início ao trabalho nas áreas carentes de médicos, como parte do 18º ciclo do programa que priorizou a participação de profissionais formados e habilitados no Brasil.

O Ministério da Saúde informa que o SUS conta atualmente com 397 mil

médicos. Uma pequena parte desse contingente (62 mil) está na atenção básica. No CNES, a categoria soma um total de 405.511, sendo o clínico geral em maior número (113.859), seguido do pediatra (40.034), do médico de família (26.666), do ginecologista obstetra (22.228) e do radiologista (12.382). Outras especialidades são também bastante expressivas, como os cardiologistas (19.814) e os ortopedistas e traumatologistas (12.095).

A pesquisa ‘Demografia Médica no Brasil 2018’, coordenada por Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), revelou que, entre 1920 e 2017, o total de registros de médicos no país saltou expressivamente: de 14.031 para 451.777, um crescimento de 2.219,8%. Nesse período, a população passou de 30,6 milhões para 207 milhões de habitantes, um aumento de 577,8%. Trocando em miúdos, em 97 anos, o número de médicos cresceu 3,7 vezes mais que a quantidade de residentes no país. E não falta muito para ultrapassarmos a marca do meio milhão de médicos. Segundo os cálculos do estudo, isso deve acontecer antes de 2020. Trata-se de uma categoria cada vez “mais numerosa, mais jovem, mais feminina e distribuída de forma desigual entre as regiões, entre as especialidades médicas, entre os níveis de atenção e entre os subsistemas público e privado de saúde”, registra Scheffer.

A pesquisa captou um crescimento constante da razão médico/habitante: em 1990, a taxa de médico por mil habitantes era de 1,15; em 2015, passou para 2,11. O aumento mais acelerado aconteceu em períodos subsequentes à abertura de novos cursos de Medicina e à autorização de mais vagas de graduação, o que expandiu o setor privado. “Entre 2000 e 2007, o número de entradas girou em torno de 9,5 mil a cada ano. Nos três anos seguintes, passou para uma média de 12,5 mil, subindo para 16,4 mil em 2011 e 2012. Aumentou para 18 mil nos anos seguintes, chegando a 18.753 em 2016. No período entre 2000 e 2016, 220.993 novos médicos registraram-se nos CRMs [conselhos regionais de medicina], enquanto 23.124 cancelaram seu registro, seja por aposentadoria, morte ou outras razões. O saldo, nesse período de 16 anos, foi de 197.869”, revela o estudo, o que permitiu concluir que, dos 414.831 médicos em atividade em 2017, 53,3% – mais da metade deles – entraram no mercado de trabalho depois do ano 2000.

Apesar do expressivo crescimento do número de médicos, o estudo denuncia imensas desigualdades na distribuição desses profissionais pelo território nacional, refletindo o problema apontado pelo Ipea em 2011 e a inexistência deste profissional em 700 municípios brasileiros revelada em 2013 pelo Ministério da Saúde. “Enquanto em todo o país existem 2,18 médicos por mil habitantes, há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes – como Vitória, no Espírito Santo – e regiões do interior do Nordeste, com valores inferiores a um médico por mil habitantes”, denota a pesquisa, com base em uma população de 207.660.929 habitantes registrados em outubro de 2017 e um total de 451.777 registros de médicos, contabilizados no mesmo ano.

O Sudeste, que tinha 244.304 médicos em 2017 para uma população de 86.949.714, é a região com maior densidade médica por habitante, de 2,81, contra 1,16 no Norte e 1,41 no Nordeste. Entre todas as unidades da federação, o Distrito Federal tem a razão mais alta (4,35), seguido pelo Rio de Janeiro (3,55) e São Paulo (2,81). As menores densidades estão em estados do Norte e Nordeste: o Maranhão, com 0,87 médico por mil habitantes, e o Pará, com 0,97.

Na região Sudeste, onde em 2017 moravam 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos médicos. Já na região Norte, onde moram 8,6% da população brasileira, estão 4,6% dos médicos. Exemplo maior dessa realidade, o Amazonas concentra 4.508 (93,1%) dos 4.844 médicos na capital Manaus, que por sua vez abriga pouco mais da metade dos cerca de quatro milhões de habitantes do estado, enquanto que os 62 municípios espalhados pelo extenso território amazonense detêm 336 profissionais (6,9%). Os médicos do estado representam 1,1% do total do país. “A escassez de médicos nos interiores se repete em estados como Sergipe, com 91,8% de seus médicos na capital Aracaju, e



Amapá, com 89,5% dos médicos na capital Macapá. Em nove outros estados, mais de 70% dos médicos estão nas capitais”, acrescenta a pesquisa. Um quadro bastante diferente se observa nas regiões Sul e Sudeste, onde 50,7% dos médicos estão em municípios do interior.

A pesquisa, que também traçou o perfil sociodemográfico dos concluintes dos cursos de medicina, mostra que o hospital é o local preferido de trabalho de quase 80% dos recém-formados, enquanto metade pretende trabalhar em consultório particular. O interesse pelas unidades básicas de saúde e pela Estratégia Saúde da Família é menor. Pouco mais de um terço dos formados expressou vontade de trabalhar nas portas de entrada do SUS. O que não significa falta de interesse no Sistema Único: 47% disseram que pretendiam atuar no SUS e apenas 12% nos serviços privados. “Caberia aos gestores públicos aproximar os interesses e as expectativas dos recém-formados da real ocupação de mais postos de trabalho na atenção primária, assim como nos demais níveis de atenção do SUS”, orienta o estudo.

Exclusividade do SUS

É na atenção primária à saúde onde estão categorias exclusivas do SUS. Segundo o Ministério da Saúde, atualmente são 259 mil agentes comunitários de saúde (ACS) e 72 mil agentes de combate a endemias (ACE) em atuação. Ambos trabalham com a comunidade da área, do bairro, da cidade ou da região rural para facilitar o acesso da população à saúde e prevenir doenças.

Integrando as equipes da Saúde da Família, os agentes comunitários, segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2017, têm a responsabilidade de cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados para a análise da situação de saúde, coletar informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. A Pasta informa que, hoje, 259.071 pessoas são atendidas por esse profissional, o que representa cobertura de 63% da população.

Os ACS acompanham, por exemplo, os indivíduos em sua casa e grupos sociais, informam os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados e, em caráter excepcional, aferem a pressão arterial, a temperatura axilar. Também realizam curativos, sempre assistidos por profissional de saúde de nível superior.

Entendendo que a atenção básica e a vigilância em saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, cabe ao ACE executar ações de campo para pesquisa entomológica ou coleta de reservatórios de doenças, por exemplo. Eles também realizam o planejamento e a definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de enfermidades, mantêm atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território e executam ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças.

No Rio de Janeiro, muitos agentes de combate a endemias que atuam, em sua maioria, na Estratégia Saúde da Família tornaram-se técnicos de vigilância em Saúde. Eles participaram do curso oferecido pela EPSJV/Fiocruz como parte do Proformar-Rio, o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, que se dá em parceria com a Prefeitura. “Já realizamos 16 turmas do curso e formamos como técnicos de vigilância em saúde cerca de 480 agentes de combate a endemias”, conta a professora-pesquisadora da Escola, Edilene Pereira.

Segundo a também professora-pesquisadora da EPSJV, Grácia Gondim, a vigilância em saúde integra diversas áreas de conhecimento e diferentes temas, como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. “O campo pressupõe o diálogo entre os profissionais, bem como entre eles e a população”, orienta. E conclui: “A vigilância é um campo muito complexo, porque perpassa vários níveis de atenção, especialmente o nível primário, e envolve vários trabalhadores. É a expressão da intersectorialidade e da interdisciplinaridade. Por isso, o técnico de vigilância em saúde tem que ser aquele que vigia, no sentido de cuidar, de estar atento, interessado no território onde atua”. O



“É de grande valia usuários do SUS participando com o governo. Desde 1937, o CNS vem acumulando experiência. É a voz de quem mais precisa. É um grande exemplo para o mundo”. A fala é de Carissa Etienne, diretora-geral da Organização Pan-Americana da Saúde, em visita ao Brasil este ano, e se refere ao Conselho Nacional de Saúde. Instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, o CNS integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde e tem a missão de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas da área, levando as demandas da população ao poder público. Por isso, é considerado a principal instância do controle social na saúde.

Mas o Conselho nem sempre teve um papel amplo. Criado como órgão consultivo do Ministério da Saúde pela lei 378, de 13 de janeiro de 1937, foi só na esteira da implantação do SUS, em 1990, que a segunda lei orgânica da saúde (8.142) ampliou seu escopo de atuação. Foi assim que o CNS deixou de tratar apenas de questões internas da Pasta para ganhar caráter permanente e deliberativo. “Desde então, o Conselho atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”, explica o atual presidente, Fernando Pigatto, eleito em 2018, representando o segmento de usuários pela Confederação Nacional das Associações de Moradores, a Conam.

Dinâmica do controle social

Eleitos a cada três anos, conselheiros e presidente são responsáveis por organizar as conferências e os fóruns de participação social, além de aprovar o orçamento federal da saúde e acompanhar a sua execução, avaliando a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde. O atual momento de organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que acontece em agosto em Brasília, é um exemplo disso. “No ano passado, o Conselho teve uma renovação de uns 40% de seus membros. Foi preciso fortalecer as relações internas em um momento de mais uma conferência”, destaca Pigatto.

Francisco Batista Júnior representa o Conselho Federal de Farmácia em duas comissões do CNS. Ele foi o primeiro presidente do colegiado que não era representante de governo e recorda que o órgão precisou enfrentar alguns embates ao longo de sua trajetória. “Tradicionalmente, o Conselho era burocratizado e autoritário, constituído por entidades que tinham vaga cativa”, resume. Isso mudou em 2006, quando o CNS passou a escolher seus membros a partir de processo eleitoral. “Não foi fácil, a votação foi bastante apertada, mas nós conseguimos”, comemora.

Desde então, o Conselho conta com 48 conselheiros titulares e seus respectivos primeiro e segundo suplentes, que representam proporcionalmente os segmentos de usuários (50%); trabalhadores (25%); e gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde (25%). Entre eles, estão representantes de movimentos sociais, instituições governamentais, ONGs, entidades profissionais, comunidade científica, empresas, além do próprio Ministério.

“As entidades médicas resistiram bastante ao novo processo. Disseram que sem a vaga cativa, não participariam mais do Conselho. E a representação médica de fato saiu, ficando afastada durante anos”, recorda Batista Júnior, que se elegeria em 2006 e ficaria até fevereiro de 2019. Pelas regras, o mandato dos conselheiros dura três anos, com a possibilidade de apenas uma recondução.

Essa busca por mais autonomia e conexão com a sociedade também colocou o CNS em rota de colisão com o governo. “Em 2005, quando o então ministro da Saúde Humberto Costa tentou alterar o Programa Saúde da Família, flexibilizando

a jornada dos médicos para 20 horas, debatemos a proposta durante dias, fomos contrários a ela e conseguimos derrubá-la”, lembra Batista Júnior.

Outro conflito aconteceu em 2011, quando o governo apresentou ao Congresso Nacional um projeto de lei que criava as fundações estatais de direito privado, apesar de a ideia ter sido rejeitada quatro anos antes pela 13ª Conferência Nacional de Saúde, e também pelo pleno do Conselho, em 2010. “É papel do CNS defender as pautas da sociedade. Por isso, muitas vezes é preciso ir de encontro ao governo”, afirma o farmacêutico, que, no entanto, reconhece que nem sempre as decisões do controle social são acatadas.

Foi o caso da revisão da Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB. As mudanças foram propostas pelo Ministério da Saúde em agosto de 2017 e eram apoiadas pelos conselhos de secretários municipais (Conasems) e estaduais de saúde (Conass). As três representações formam a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Na ocasião, o CNS se mobilizou e recomendou à CIT que “não deliberasse pela revisão da PNAB” enquanto “um amplo processo de debate” estivesse em curso. De nada adiantou: em 21 de setembro daquele ano, a portaria 2.436, assinada pelo ex-ministro Ricardo Barros, instituiu a nova PNAB.

Fernando Pigatto explica que quando o Executivo extrapola os limites de sua atuação, o CNS costuma acionar deputados e senadores para tentar sustentar medidas tomadas pelo Ministério da Saúde à revelia do Conselho. “E, no âmbito do Judiciário, acionamos as entidades que integram o CNS para que ingressem com ação”, acrescenta.

Segundo o regimento interno do órgão, o CNS se manifesta oficialmente de três formas. Uma delas é a moção, definida como “uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato”. A resolução é o ato mais geral e conclusivo. Tem caráter

normativo, o que requer tempo para aprofundamento, estudo, debate e esclarecimento dos conselheiros. Uma resolução deve ser homologada pelo ministro da Saúde no prazo de até 30 dias e, posteriormente, publicada no Diário Oficial da União. “Se não for homologada em tempo hábil sem nenhuma justificativa, as entidades que integram o CNS podem buscar a validação da resolução, recorrendo à Justiça e ao Ministério Público”, afirma Pigatto.

Já a recomendação “é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais”. Em geral, trata de temas relevantes que não estão na alçada direta do CNS. Foi essa a ferramenta escolhida pelo Conselho para manifestar-se em relação à PNAB. E não o instrumento mais forte à disposição do Conselho, a resolução. De acordo com o médico sanitário Jorge Kayano, que atua na área de democracia e participação do Instituto Pólis, o artigo 14-A introduzido em 2011 na Lei Orgânica da Saúde, a 8.080, é claro: cabe à CIT negociar e pactuar propostas “quanto aos aspectos operacionais do SUS” – desde que tais propostas estejam em acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único e da atenção à saúde vigentes. “Portanto, pactuados e aprovados nas conferências. O CNS deveria ‘lembrar’ os gestores que, de acordo com a legislação, ele deveria ter sido ouvido sobre a nova PNAB antes da sua publicação”, argumenta. E emenda: “Cabe ao CNS vigiar para impedir que a CIT passe não só a operacionalizar ações e programas, mas também decidir sobre as políticas, passando por cima das deliberações das conferências e do Conselho”. Por isso, de acordo com Kayano, optar pela recomendação foi um equívoco. “Erro de leitura sobre o que deveria ser efetivamente o objeto da deliberação do CNS, e também uma avaliação errada da tal ‘correlação de forças’. A opção pela recomendação, em geral, se deve à avaliação de que o Conselho não vai conseguir obrigar o ministro a homologar uma resolução contrária aos seus interesses”.

Ao longo da história

A luta por maior autonomia é antiga. A atuação do Conselho chegou a ser ampliada pelo decreto 67.300, de 1970, passando a “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”. Mas o órgão continuou sujeito à hierarquia do poder público, tendo de obedecer ao ministro. Em 1987, por meio do decreto 93.933, ganhou algumas funções normativas e passou a assessorar o ministro. À época, contava com 13 conselheiros, todos indicados pelo governo, inclusive os sete representantes da sociedade civil.

Os primeiros passos em direção ao papel que atualmente cumpre foram dados em 1986, com a histórica 8ª Conferên-

cia Nacional de Saúde, cujo relatório final desaguou na criação do SUS pela Constituição de 1988. Em 1990, na sequência da lei 8.080, que regulou as ações e os serviços de saúde, a lei 8.142 instituiu as conferências e os conselhos de saúde como instâncias de controle social.

Em 2003, o CNS aprovou a resolução 333, contendo as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, mantendo a paridade e a composição entre os segmentos. Com a norma, o Conselho passou a definir seu orçamento, e não apenas gerenciá-lo, ganhando autossuficiência.

Mas a autonomia de verdade só viria em 2006. A estrutura renovada (com o decreto presidencial 5.839) a que Batista Júnior fez referência seguiu deliberações das 11ª e 12ª conferências nacionais de saúde. Mas foi somente em 2012, com a resolução 453, que o CNS aprovou as novas diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, garantindo que as propostas aprovadas em conferências deveriam ser acolhidas pelo Ministério da Saúde em consonância com a legislação.

A estrutura do CNS conta com grupos de trabalho, que prestam assessoramento temporário, com objetivos definidos e prazo de funcionamento de até seis meses e câmaras técnicas, instituídas em 2017 com a finalidade de dar suporte sobre temas específicos. Há também comissões – que hoje, são 18. Elas fornecem subsídios para a discussão do plenário que vai deliberar sobre a estratégia de controle e execução de políticas públicas de saúde. Como exemplo, Fernando Pigatto cita uma das últimas reuniões do órgão, quando o colegiado aprovou uma recomendação de sua comissão intersetorial de saúde mental, pedindo a revogação da nova Política Nacional de Saúde Mental. Segundo recomendação de maio de 2019, além de a Política ter sido definida no âmbito da CIT sem seguir o processo democrático de avaliação e deliberação do CNS, ela também fere o modelo de atenção preconizado pela lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001) ao estabelecer a retomada do financiamento dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas.

Na estrutura do Conselho existe uma secretaria-executiva, vinculada ao gabinete do ministro da Saúde, que dá suporte técnico-administrativo ao CNS. E também uma mesa diretora, composta por oito conselheiros, incluindo a presidência do CNS, responsável pela condução dos processos administrativos e políticos a serem deliberados. Por fim, o plenário, do qual fazem parte os 48 conselheiros, é o fórum de deliberação plena e conclusiva. A ele cabe eleger os próximos membros do Conselho. ○

DEPOIS DA 8ª: FORMAÇÃO TÉCNICA NA HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS

No relatório final da festejada 8ª Conferência Nacional de Saúde, os trabalhadores técnicos não aparecem citados. Há propostas gerais, para todos os profissionais, e apenas uma referência direta aos “agentes populares de saúde”, que, segundo o texto, trabalhavam com “educação para a saúde e cuidados primários”. Ao longo dessas três décadas, o agente popular se tornou agente comunitário, crescendo em número e em força política. O ‘catálogo’ dos técnicos na área de saúde e ambiente também cresceu, atingindo quase 30 categorias. E isso sem contar os de nível auxiliar. Entre a 8ª e a 16ª, no entanto, foram poucas as propostas de conferências que se referiam à formação dos trabalhadores técnicos.

9ª CNS - 1992

Qualificação dos agentes comunitários de saúde em larga escala e prioridade da qualificação dos níveis médio e elementar

10ª CNS - 1996

Ampliação das “parcerias” com o projeto Larga Escala e qualificação e certificação dos atendentes de Enfermagem que atuam na rede de serviços públicos e privados

15ª CNS - 2015

Não houve proposta sobre formação de trabalhadores técnicos

14ª CNS - 2011

Ampliação do número de vagas e cursos das Escolas Técnicas do SUS



11ª CNS - 2000

Cobrança de uma definição política dos ministérios da Saúde e do Trabalho sobre a posição dos agentes comunitários de saúde no SUS, respondendo às suas “demandas de mobilização”

13ª CNS - 2007

Garantia do financiamento para continuação e conclusão das etapas restantes do curso de formação técnica dos agentes comunitários de saúde

12ª CNS - 2003

Profissionalização dos trabalhadores da saúde dental dos níveis de auxiliar e técnico, qualificação profissional de agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, agentes ambientais de saúde, agentes indígenas de saúde e saneamento, continuidade do Profae e oferta de educação técnica em saúde em todos os estados, priorizando as Escolas Técnicas do SUS e aproveitando experiências como a do Proformar

O Canal Saúde mudou sua transmissão

A partir do dia 06/08 só será possível assistir por meio de antena parabólica alterando a frequência e o symbol rate. Confira como fazer:



1 Aperte a tecla menu do controle do seu receptor. Insira a senha programada pelo fabricante. Consulte o manual.



2 Acesse o menu de instalação e siga a sequência indicada. Todas etapas indicadas devem ser confirmadas teclando ok ou enter.



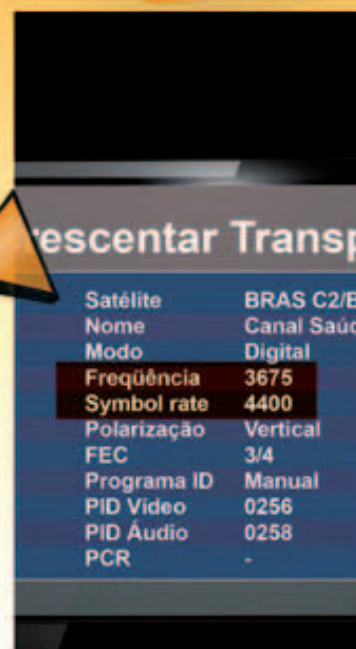
3 Defina o satélite usando as setas para cima ou para baixo.



4 Escreva Canal Saude na área indicada usando as setas para cima e para baixo e marcando espaços com as setas laterais.



5 Selecione e confirme cada um dos parâmetros indicados. Os parâmetros numéricos devem ser inseridos digitando as teclas dos números.



6 Após salvar, o receptor automaticamente irá procurar o sinal do Canal Saúde. Em seguida, a programação do Canal Saúde vai estar na sua tela de televisão, com a numeração correspondente ao último canal digital do seu receptor.

Acompanhe outras novidades em nossas redes:

facebook.com/canalsaudeoficial
instagram.com/canalsaudeoficial
youtube.com/canalsaudeoficial
twitter.com/canalsaude
WhatsApp: (21)99701-8122