

JURANDI FRUTUOSO SILVA

**A ATUAÇÃO DO CONASS NA REGULAMENTAÇÃO DA
EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29, NO PERÍODO DE 2001 A 2011**

Brasília (DF), 2013



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

JURANDI FRUTUOSO SILVA

**A ATUAÇÃO DO CONASS NA REGULAMENTAÇÃO DA
EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29, NO PERÍODO DE 2001 A 2011**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos

Brasília

2013

JURANDI FRUTUOSO SILVA

**A ATUAÇÃO DO CONASS NA REGULAMENTAÇÃO DA
EMENDA CONSTITUCIONAL N.29, NO PERÍODO DE 2001 A 2011**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Márcio Florentino Pereira
Universidade de Brasília

À Zélia Lins, esposa e guia, pela força e pela luz. Tudo!
Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela extrema bondade de semear-me a vida e a vontade de ser sempre um 'aprendedor'.

Ao meu pai, espírito de luz, e à minha mãe, exemplo de vida, que me fizeram o que sou. A bênção!

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a âncora que nos impulsiona, por tudo que nos concede.

A UnB, por nos descobrir parceiros na mistura lógica da Academia com o serviço.

À profa. Fátima Souza, que, ao apontar o futuro, tudo fez para que se constituísse presente. Venceu!

À profa. Leonor Pacheco, pela orientação, confiança e estímulo. Conseguimos!

Aos colegas de mestrado, em especial aos do Conass que, na lida toda da vida, encontraram força para o trabalho, tempo para o estudo e disposição para suprir a necessidade um do outro.

Ao Renê Santos, amigo bom, que por ter vivido os fatos pode contribuir para a harmonia do texto.

A Tininha, amiga e irmã, pela mão estendida sempre que precisei.

À profa. Valéria Mendonça, pelo incentivo e apresentação do novo.

À minha família pelo suporte necessário – Zélia, Lígia, Ícaro e Palloma, Rodrigo e Lívia, os netos Maryana, Raul e Heitor e a Mazé e Witória – agradeço!

“Os males sociais não se alimentam apenas dos que contribuem positivamente para manter as pessoas por baixo, mas também de todos que estão dispostos a tolerar o sofrimento inaceitável de milhões de semelhantes.”

(Amartya Sen)

Resumo

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua implantação, sofre com a indefinição de política pública que lhe garanta fonte de financiamento definida e suficiente. Essa deficiência foi debatida e cobrada ao longo da última década em todos os fóruns em que a discussão ocorreu, principalmente no Congresso Nacional onde se debateu a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29).

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi analisar a atuação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na regulamentação da EC 29, no período compreendido entre os anos de 2001 e 2011. **Métodos:** Tratou-se de um estudo de caso de natureza descritiva, que envolveu pesquisa qualitativa, utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada na Teoria das Representações Sociais, que consiste na elaboração de um único discurso síntese, escrito na primeira pessoa do singular, elaborado com fragmentos de discursos com sentidos semelhantes, que expressam o pensamento de uma coletividade. O estudo utilizou pesquisa de documentos coletados nos arquivos do Conass (atas e jornais) e análise de questionários, com perguntas abertas, respondidos pelos ex-dirigentes do Conselho no período do estudo. Para a construção da matriz de análise, a partir da pergunta “Como o Conass atuou na regulamentação da EC 29?”, definiram-se descritores e utilizou-se um *software* denominado *Qualiquantisoft*. A tabulação dos dados coletados deu-se de forma manual. **Resultados:** Foram identificados 242 documentos (técnicos e políticos) sendo utilizados no estudo apenas os políticos (159 documentos) e as entrevistas com os ex-dirigentes, em forma de 10 DSC (5 em cada grupo) com as seguintes categorias de análise: 1) O Brasil investe pouco no Sistema Único de Saúde; 2) Há necessidade de financiamento para o setor; 3) A repolitização do SUS é uma necessidade; 4) Articulação e proposições do Conass na regulamentação da EC 29 e em defesa do SUS; 5) Normatização: um longo percurso; 6) A atuação do Conass na regulamentação da EC 29; 7) Facilidades e dificuldades apontadas pelos dirigentes na defesa da regulamentação da EC 29; 8) Ideias mais importantes para o fortalecimento do SUS surgidas no processo de regulamentação da EC 29; 9) Avanços e retrocessos identificados na Lei n. 141/2012, na opinião dos ex-dirigentes do Conass; 10) Pontos da Lei n. 141/2012 que mais se identificaram com as propostas apresentadas pelo Conass. **Conclusões:** Comprova-se a atuação do Conass quando se identificam, na Lei n. 141/2012, temas recorrentes do discurso da entidade, que foram defendidos durante o processo de regulamentação da EC 29. No entanto, não foi contemplada a expectativa, identificada em todos os discursos, quanto à necessidade da ampliação dos recursos financeiros da União.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Financiamento da Saúde; Conselhos de Saúde; Legislação.

Abstract

Introduction: The Unified Health System (SUS), since its inception, suffers from lack of definition of public policy to guarantee a defined and sufficient funding source. This deficiency was debated over the last decade in all possible forums, mainly at the Congress where the 29th Constitutional Amendment (EC 29) was debated.

Objectives: The aim of this study was to analyze the actions of the National Council of Health Secretaries (Conass) in the regulatory process of the EC 29, in the period from 2001 to 2011.

Methods: This was a case study of descriptive nature, which involved qualitative research using the technique of Collective Subject Discourse (CSD), based on Social Representations Theory, which is the elaboration of a single speech synthesis, written in the first person singular, using fragments of speeches with similar meanings, expressing the thought of a collectivity. This study made a research of documents collected in the archives of Conass (acts and newspapers) and analyzed questionnaires with open questions, answered by the former leaders of the Council during the period under study. Descriptors were defined and the software called *Qualiquantisoft* was used to construct the matrix analysis from the question "Was Conass engaged in the regulatory process of the EC 29?" The tabulation of collected data was made manually.

Results: 242 documents (technical and political) were identified and only political documents were used in this study (159 documents) together with the interviews with former leaders, in the form of 10 CSD (5 in each group) with the following categories of analysis: 1) Brazil invests little in the Unified Health System; 2) There is need for funding in the sector; 3) The re-politicization of the SUS is a necessity; 4) Articulation and propositions of Conass in the regulatory process of EC 29 and in defense of the SUS; 5) Normalization: a long journey; 6) Actions of Conass in the regulatory process of EC 29; 7) Facilities and difficulties pointed out by officials in defense of EC 29; 8) Most important ideas to strengthen the SUS arising in the regulatory process of EC 29; 9) Progresses and setbacks identified in the Law 141/2012, according to former leaders of Conass; 10) Points of the Law 141/2012 which identified themselves more with the proposals made by Conass.

Conclusions: The actions of Conass were verified when recurring themes of the entity's speech were identified in the law 141/2012. Such themes were defended during the regulatory process of EC 29. However, the expectation concerning the need to expand financial resources from the Union, identified in every speech, was not contemplated.

Keywords: Unified Health System; Health Financing; Health Councils; Legislation

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Participação proporcional nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007.	20
Figura 2 – Série histórica dos documentos analisados, nas categorias político e técnico, segundo referência à regulamentação da EC 29.	31

LISTA DE TABELAS E QUADROS

	Página
Tabela 1 – Panorama do SUS em números, Brasil, anos 2000.	16
Tabela 2 – Gasto total em saúde como percentual do PIB, participação do gasto público total em saúde e per capita do gasto total em saúde e gasto público, segundo paridade de poder de compra (PPP INT.\$) em países com grandes áreas geográficas, 2005.	22
Quadro 1 – Documentos selecionados. Conass, 2001	26
Tabela 3 – Número de documentos cadastrados, segundo grupo e tipo de posicionamento frente ao tema da pesquisa. 2001 a 2011.	30
Tabela 1 (Apêndice B) – Distribuição nominal e proporcional das ideias centrais, segundo categorias dos conteúdos temáticos, identificadas nas entrevistas dos Ex-Dirigentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), das gestões 2001 a 2012.	64
Quadro 1 (Apêndice C) - Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir das expressões chaves.	72
Quadro 2 (Apêndice D) – Relação de documentos do Conass cadastrado <i>software</i> , especificando-os por tipo de documento, por ano de produção e por codificação alfanumérica, 2001 a 2011.	78
Quadro 3 (Apêndice E) – Expressões-chave dos discursos do grupo político, por ano e por critérios de análise, 2001 a 2011.	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Acre
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSS	Contribuição Social para a Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Expressão Chave
EC 29	Emenda Constitucional n. 29
FESP	Funções Essenciais da Saúde Pública
GO	Goiás
IC	Ideia Central
MS	Ministério da Saúde
PLC	Projeto de Lei Complementar
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PIB	Produto Interno Bruto
PLP	Projeto de Lei Parlamentar
PLS	Projeto de Lei do Senado
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
RCB	Receita Corrente Bruta
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Conass)	14
1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	15
1.3 O FINANCIAMENTO DO SUS	17
1.4 A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29 (EC 29)	19
2 OBJETIVOS	24
2.1 GERAL	24
2.2 ESPECÍFICOS	24
3 MÉTODOS	25
4 RESULTADOS	30
4.1 RESULTADO 1 – DSC A PARTIR DE DOCUMENTOS POLÍTICOS	32
4.1.1 DSC. 1 O Brasil Investe Pouco no Sistema Único de Saúde	32
4.1.2 DSC. 2 Há Necessidade de Financiamento Estável para o Setor	32
4.1.3 DSC. 3 A Repolitização do SUS é uma Necessidade	33
4.1.4 DSC. 4 Articulação e Proposições do Conass na Regulamentação da EC 29 e em Defesa do SUS	34
4.1.5 DSC. 5 Normatização: um Longo Percurso	35
4.2 RESULTADO 2 DSC A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM OS EX- DIRIGENTES	35
4.2.1 Dsc. 6 a Atuação do Conass na Regulamentação da EC 29	36
4.2.2 DSC. 7 Facilidades Identificadas pelos Ex-Dirigentes na Defesa da Regulamentação da EC 29	37
4.2.3 DSC. 8 Ideias mais Importantes para o Fortalecimento do SUS Surgidas no Processo de Regulamentação da EC 29	38
4.2.4 DSC. 9 Avanços e Retrocesso Identificados na Lei 141/2012, na Opinião dos Ex-Dirigentes do Conass	38
4.2.5 DSC. 10 Pontos da Lei 141/2012 que mais se identificam com as Propostas Apresentadas pelo Conass	39
5 DISCUSSÃO	40
6 CONCLUSÕES	43

	Página
7	
REFERÊNCIAS	45
8	
ARTIGO “Emenda Constitucional n.29 – caminhos da regulamentação na visão do Conass	48
APÊNDICES	62
ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Conass)

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) foi fundado em 3 de fevereiro de 1982, fruto da iniciativa dos secretários estaduais de saúde. É uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e congrega os secretários de estado da saúde e do Distrito Federal e seus substitutos legais.

De acordo com seu estatuto, tem como missão “promover a articulação e a representação política da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas”¹.

Desde sua fundação o Conselho participa diretamente de todos os momentos de criação e implementação das políticas públicas de saúde. Apontou novos caminhos para a construção do SUS, constituindo-se em um espaço permanente de debate da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em parceria, principalmente, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS)².

Em 24 de agosto de 2011, a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei 12.466³, de autoria do deputado Arlindo Chinaglia, dando-lhe, entre outras providências, caráter oficial.

Para melhor compreensão de todo o contexto que envolve o Conass e o caminho percorrido até a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29) é preciso compreender o processo histórico de implementação do SUS, seu financiamento e as respectivas normativas vigentes.

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A dignidade humana está intrinsecamente ligada às garantias do exercício do direito de cidadania e ao acesso seguro aos serviços essenciais, como o de saúde, por exemplo. Estes, por sua vez, só se efetivam em presença de políticas públicas justas e eficientes. A RSB foi, de certo modo, o ponto de partida para a implantação de uma política pública para a área da saúde, atuando para incluí-la como direito de cada cidadão brasileiro. Ao conceber o SUS e mobilizar-se para sua consecução, ensejou uma leitura crítica da realidade e desenvolveu uma ação política e de organização claramente contra-hegemônica.

A conjuntura dos anos 1970 e 1980, representada por um regime ditatorial, condições socioeconômicas desfavoráveis, pelos movimentos sociais em defesa da redemocratização do país, ideologicamente alinhados com o pensamento reformista da esquerda mundial, centrado no marxismo da reforma do Estado, fortaleceu a bandeira da RSB e a defesa das suas ideias na Assembleia Nacional Constituinte de 1987.

A Constituição Federal (CF) de 1988, “representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década”⁴. Promulgada em 5 de outubro, em seu Art.196, imprimiu valores de cidadania ao garantir saúde como “direito de todos e dever do Estado” e deu as bases constitucionais para o surgimento do SUS, considerado por Menicucci⁵ a “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde. Fruto da concepção e da militância política dos sanitaristas brasileiros nos anos 1970 e 1980, mobilizados pelo ideal da RSB, o SUS carrega consigo os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, que orientam a conformação de uma rede descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com direção única em cada esfera de governo.

A consequência imediata da implantação do SUS foi o fim da segregação sanitária de parte da população brasileira, garantindo o direito ao acesso universal a todos os cidadãos ao sistema público de saúde. Com isso, em duas décadas, o SUS estabeleceu-se como a política pública mais inclusiva no Brasil⁶ e constituiu-se numa experiência exitosa de atuação interfederativa solidária, que dispõe de instrumentos relacionais que lhe permitem desenvolver uma gestão colegiada e participativa, que está sendo reproduzida em outros setores da administração pública, como Segurança Pública e Assistência Social⁷.

A dimensão do Brasil e suas diversidades regionais presumem um sistema de saúde com as mesmas características: grande e complexo, que implantado em meio às desigualdades sociais existentes exige compromisso, dedicação, criatividade, recursos e forte sentimento de cooperação e solidariedade entre os entes federados. Sua implementação, ainda em curso, colhe críticas, mas os resultados obtidos lhe conferem crédito.

Em 24 anos o SUS tornou-se relevante para a sociedade brasileira e firmou-se como uma política pública capaz de efetivar uma extensa rede de promoção, prevenção, cura e reabilitação, que tem como base uma Atenção Primária abrangente. Sua estrutura e os resultados apresentados dão a dimensão da importância desse sistema para o Brasil e tem conquistado o reconhecimento mundial pelo êxito alcançado, como registrado nas recentes publicações de periódicos internacionais de grande prestígio, tais como “The Lancet”⁸ e “British Medical Journal”⁹.

Tabela 1 – Panorama do SUS em números, Brasil, anos 2000

DADOS BÁSICOS SOBRE A ESTRUTURA DO SUS	
Rede hospitalar	Mais de 6 mil hospitais
Leitos	Mais de 400 mil
Unidades ambulatoriais	Mais de 60 mil
Equipes de ESF (jun.2010)	30.996
Equipes de saúde bucal (jun.2010)	19.609
Municípios cobertos ESF	5.272
População coberta ESF	98 milhões (51,6% do total)
ACS	238.304
Cobertura ACS	116 milhões (61,4% do total)
DADOS BÁSICOS SOBRE PROCESSOS/ANO DO SUS	
Procedimentos ambulatoriais	2,3 bilhões
Transplantes de órgãos	16 mil
Cirurgias cardíacas	215 mil
Internações hospitalares	11,3 milhões
Procedimentos quimio / radioterapia	9 milhões
ALGUNS RESULTADOS EXPRESSIVOS DO SUS	
Mulheres com mais de 25 anos que fizeram mamografia	Incremento 48,8% (2003 a 2008)
Mulheres de 25 a 59 anos, com realização de exames preventivo de câncer de colo de útero	Incremento de 82,6% para 87,1% (2003 a 2008)
Mulheres com mais de 25 anos ou mais submetidas ao menos uma vez a exame clínico das mamas	Incremento 28,5% (2003 a 2008)
Porcentagem de população que realizou uma consulta médica	67,7% nos últimos 12 meses

Fonte: Conass²⁷, Temporão JG²⁸, IBGE²⁹ in Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção à Saúde no SUS

Apesar do êxito, o SUS dá sinais claros de estagnação que preocupam os gestores, incomodam governantes e desafiam os sanitaristas e estudiosos a fazerem o diagnóstico de suas causas e a oferecerem soluções factíveis para o problema.

Paim¹⁰ prevê cenários de grandes dificuldades para a saúde do Brasil nos próximos anos e associa a extensão e o prolongamento da crise à “manutenção das políticas de ajuste macroeconômico, propugnadas pelos organismos internacionais e adotadas pelos diferentes governos desde a década passada” (década de 1990) e à preservação da dicotomia entre assistência médica hospitalar e a saúde pública. Dificuldades que Arouca, líder da RSB, manifestou em 2002, em entrevista ao Pasquim: “Nós fizemos a Reforma Sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele desumanizado, medicalizado, está errado. Temos que entrar no coração dele e mudar”¹¹

O Conass¹² apontou a universalização, o financiamento, o modelo institucional, o modelo de atenção à saúde, a gestão do trabalho no SUS e a participação social como os principais desafios a serem enfrentados, para que a implementação do sistema de saúde se efetive.

1.3 O FINANCIAMENTO DO SUS

“O financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras”¹³ porque, entre todos os desafios citados anteriormente, este é determinante para a solução de todos os outros. O financiamento do SUS, definido pela CF 1988, em seu artigo 198, alterado pela Emenda Constitucional n. 29/2000, é competência dos três entes federados – União, estados e municípios, assegurado por recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e contribuições, tendo neste, o grande aporte de recurso¹⁴. Fica evidente que o SUS foi idealizado para ser um sistema de saúde inserido no Sistema de Seguridade Social, inspirado em padrões conceituais do Estado de bem-estar social.

Tratando-se de um sistema de saúde inserido em um sistema de seguridade social inspirado nos padrões welfaristas, em que o acesso esteja definido pela necessidade e não pela capacidade de pagamento, é desejável que o financiamento setorial seja um sistema pautado pela progressividade, isto é, que penalize mais do que proporcionalmente aqueles que mais têm ou, em outras palavras, que o ônus do financiamento do setor saúde seja inversamente proporcional à renda das pessoas¹⁵.

Entretanto, desde sua criação, o financiamento do SUS não guarda coerência entre o pretendido na Carta Constitucional e o que efetivamente ocorre. A cultura capitalista e patrimonialista, presentes nas classes dominantes no Brasil – fonte do poder constituído desde a colonização –, não leva em conta as necessidades do Sistema: cuida, prioritariamente, da preservação dos interesses individuais e ‘representados’. Isto explica e expõe a contradição do governo brasileiro na condução do financiamento da saúde, dissociando-o dos princípios constitucionais que compõem o SUS, que tem em sua origem o ‘DNA’ socializante, mas germinado na cultura capitalista, o que gera constantes conflitos entre os que defendem o princípio da universalidade e os defensores da política liberal, com o manifesto predomínio dos interesses econômicos sobre as demais políticas, sobretudo as sociais. Esse pensamento é corroborado por Mendes e Marques¹⁶ ao afirmarem que “é da compreensão de que a dominação financeira no Brasil sustenta a permanência de uma política econômica que subordina o social no país” e exemplificam com os R\$ 160 bilhões despendidos com juros da dívida em 2007, valor correspondente a três vezes o gasto do Ministério da Saúde (MS) no mesmo ano.

Até 1988, o orçamento da saúde disputava recursos, na esfera federal, em duas arenas distintas: na órbita previdenciária (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) e no orçamento fiscal concorrendo com educação, justiça, transportes, defesa nacional, previdências dos servidores públicos, inclusive os Poderes Legislativo e Judiciário. A CF 1988 incluiu a saúde no Sistema de Seguridade Social e seu financiamento no OSS e dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais definindo ainda, através de Lei Complementar, que 30% dos recursos do OSS seriam destinados ao SUS. Mas logo observou-se que um sistema de saúde universal, integral e gratuito não poderia ser mantido apenas pelas fontes tradicionais (folha de salários e aportes do Tesouro) e pelas novas contribuições sociais então criadas (faturamento, loterias, lucro das empresas)¹³.

A sucessão de problemas surgidos logo no início da década de 1990 e que se prolongam pelos anos 2000 minaram a sustentação financeira do SUS. A inflação

persistente até 1994 (Início do Plano Real), o baixo crescimento econômico, o aumento dos gastos com pagamento de pensões e aposentadorias e o próprio incremento de gastos com o crescimento do sistema, aprofundaram a crise. Se não bastasse, em 1993, foi retirado abruptamente do financiamento da Saúde e da Assistência Social, a Contribuição de Empregados e Empregadores, que era a principal fonte de recursos, para tornar-se exclusiva da Previdência Social. Essa decisão que afetou gravemente o sistema de bem-estar social foi tomada de forma administrativa, com respaldo político no âmbito do governo e sem o aval da sociedade.

Na tentativa de se encontrar saídas para o impasse, setores da saúde e da Câmara dos Deputados, criaram, pela Lei n. 9311, de 24 de outubro de 1996, o Imposto sobre Movimentação Financeira, que vigorou a partir de 1997 com o nome de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A arrecadação deste tributo, com a alíquota de 0,3% sobre o valor do cheque, chegou a representar 30% do orçamento do Ministério da Saúde. A CPMF foi extinta dez anos depois pela não aprovação no Senado Federal do projeto de lei que tratava da sua prorrogação. Entre os motivos alegados estavam a resistência da sociedade a continuar pagando esse tributo e a alegação de que o recurso não era destinado integralmente para o SUS.

1.4 A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29 (EC 29)

As crises graves e constantes do financiamento do SUS tornaram a década de 1990 fecunda em tentativas vinculatórias. Até então, a única vinculação constitucional existente era para a área da Educação, com percentual de 18% de receitas da União e 25% dos estados e municípios¹⁷.

A EC 29¹⁸, promulgada em 13 de setembro de 2000 e regulamentada pela Lei Complementar n.141¹⁹, de 13 de janeiro de 2012, tinha como objetivo estabilizar o financiamento do setor saúde com recursos das três esferas de governo, provenientes da aplicação de percentuais das receitas estabelecidos em Lei.

A EC 29 definiu, no caso da União, que o valor mínimo seria aquele apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); para

os estados e o Distrito Federal, os recursos mínimos equivaleriam a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios; no caso destes, os recursos mínimos corresponderiam a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais. Portanto, vinculou recursos ao setor saúde, mas criou critérios diferenciados, colocando de um lado estados e municípios e do outro a União.

A disparidade no método de vinculação de recursos para a saúde, entre os entes federados, e as obrigações impostas pela CF 1988 e a normatização do SUS pressionaram os níveis subnacionais, que somados, já aplicam em saúde proporcionalmente mais do que a União. Os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil de 2000 a 2007, por esfera de governo podem ser observados na figura 1.

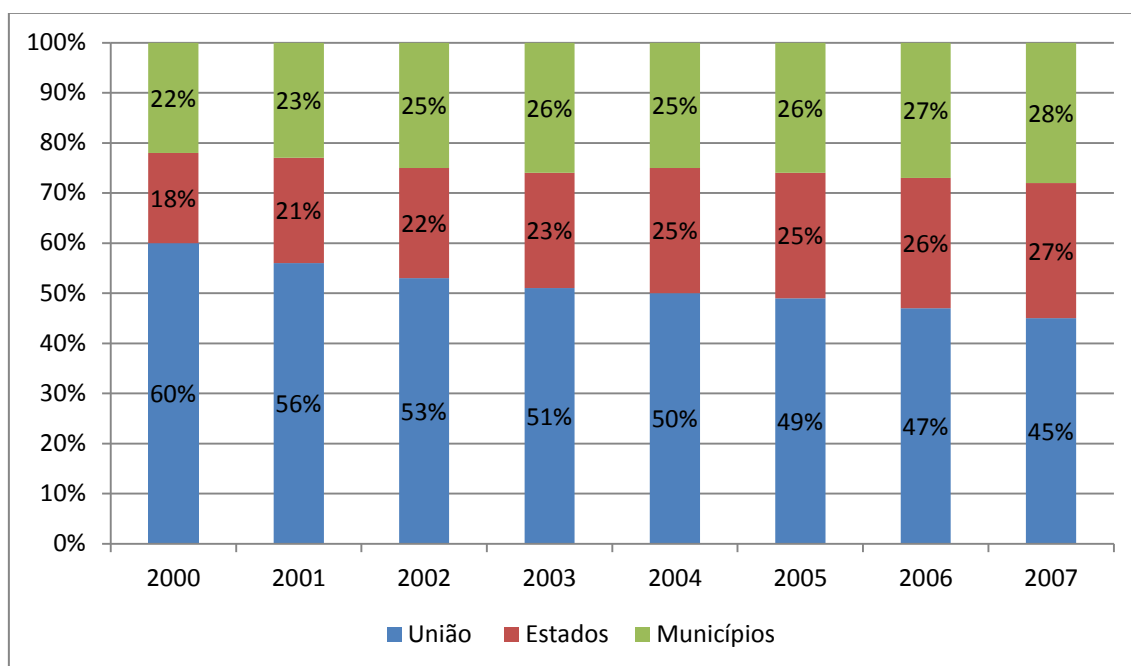


Figura 1 – Participação proporcional nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007

Fonte União: MS/SPO/CGOF/CAA – Planilha elaborada para a Cofin/CNS;

Fonte Estados: 2000 a 2002: Siops – NT 10/2004, 2003: Siops – NT 09/2005, 2004 a 2005: Siops – NT 08/2007, 2006: Siops – NT21/2007, 2007: demonstrativo; http://siops.datasus.gov.br/cons_perc_apl_saude_EC29_UF.php?UF=12&aNO=2007&pERIOD=2

Fonte Município: Série Histórica – 2000 em diante (anual), acesso em 27 de fevereiro de 2009 (5.445 municípios). <http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM> In SUS: 20 anos

A figura 1 mostra a redução da participação proporcional da União em relação aos gastos totais na saúde pública que acompanha o processo de implantação da

EC 29 (a partir de 2001) com a progressiva ampliação da participação proporcional de estados e municípios tendo em vista as vinculações estabelecidas pela EC 29.

Com a promulgação da EC 29, surgiu a necessidade da regulamentação dos dispositivos não autoaplicáveis, para orientar a correta execução pelos entes federados e fiscalização pelos Tribunais de Contas quanto ao seu cumprimento. As diretrizes sobre a aplicação da EC 29 foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde pela *Resolução n. 322*, de 8 de maio de 2003.

No Congresso Nacional a discussão da regulamentação teve como base o Projeto de Lei Complementar (PLC 01/2003), do deputado Roberto Gouveia (PT – SP). O projeto tinha o objetivo de definir o que são ações e serviços de saúde e tornar obrigatória a alocação de 10% das Receitas Correntes Brutas (10% da RCB) da União para a saúde. Em 2007, sofreu várias emendas onde se destaca o retorno às regras presentes na EC 29 que trata da participação mínima da União no financiamento do SUS acrescido de percentuais da receita da CPMF. A não prorrogação da CPMF comprometeu o prosseguimento desse projeto no Senado, onde passou a tramitar em conjunto com o Projeto de Lei do Senado (PLS) 156/2007, de autoria do senador Marconi Perillo (PSDB – GO)

Em abril de 2008, foi aprovado por unanimidade o PLS 121/2007, de autoria do senador Tião Viana (PT – AC), que contemplava a destinação de 10% das RCB para a saúde. Enviado à Câmara dos Deputados, foi aprovado em forma de substitutivo, com a denominação de Projeto de Lei Parlamentar (PLP) n. 306/2008, em 21 de setembro de 2008, tendo como relator o deputado Pepe Vargas (PT – RS). No substitutivo aprovado, a Câmara rejeitou a proposta do Senado quanto aos 10% da RCB da União e a do relator Pepe Vargas criando a Contribuição Social para a Saúde (CSS), o que implicou em nenhum acréscimo de recursos federais para o SUS. Devolvido ao Senado, em 28 de setembro de 2008, volta a tramitar como PLS 121/2007 e é aprovado em 7 de dezembro de 2011, após 8 anos de espera, regulamentando a EC 29, com a manutenção das mesmas regras de vinculação presentes na EC 29.

A Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a EC 29, 2000, frustrou as expectativas. Nenhum recurso novo federal foi acrescido ao SUS, as regras diferenciadas de vinculação da União em relação a estados e municípios permaneceram e a escassez de recursos para o setor, também. Ligia Bahia, vice-presidente da ABRASCO, em entrevista publicada no jornal O Globo, no

dia 17 de janeiro de 2012, expressou-se assim: “Aprovar a Emenda 29 sem que a União tenha que dispor de mais recursos para a Saúde é uma tragédia. [...] Foi bom terem definido o que são gastos com Saúde[...] Houve uma derrota de todos os que defendem o SUS, ainda que o governo veja a aprovação como uma grande vitória”²⁰.

Santos²¹ cita, entre outras, algumas decisões político-administrativas tomadas, ao longo dos anos, que desidrataram o SUS: o não cumprimento da Lei Complementar que definiu 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS; a esperteza de não comprometer percentual definido da arrecadação da Receita da União com a EC 29; a pressão sobre o Congresso Nacional para que não ocorresse a regulamentação da EC 29 com o comprometimento de 10% da Receita Corrente Bruta da União e a opção de financiar indiretamente os Planos de Saúde através da renúncia fiscal.

As decisões político-administrativas citadas anteriormente mantêm a crise do subfinanciamento do SUS, que se observa quando comparado ao de outros países de porte semelhante.

Tabela 2 – Gasto total em saúde como % do PIB, participação do gasto público no gasto total em saúde e *per capita* do gasto total em saúde e gasto público segundo paridade de poder de compra (PPP INT.\$) em países com grandes áreas geográficas – 2005

País	Gasto total em saúde % do PIB	% do gasto público em saúde/gasto total em saúde	Gasto total <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)	Gasto público <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)
Austrália	8,8	67,0	3.001	2.012
Brasil (*)	7,9	44,1	755	333
Canadá	9,7	70,3	3.419	2.402
China (*)	4,7	38,8	315	122
EUA	15,2	45,1	6.350	2.862
Índia (*)	5,0	19,0	100	19
Rússia (*)	5,2	62,0	561	348
Média	8,1	49,5	2.072	1.157
Mínimo	4,7	19,0	100	19
Máximo	15,2	70,3	6.350	2.862
Global	8,6	56,0	790	442

Fonte: World Health Statistics – 2008 – http://www.sho.int/whosis/whostat/EM_EHS08_Full.pdf

(*) Países integrantes do BRICs, in SUS: 20 anos

A tabela acima reforça a incoerência existente entre a pretendida universalização do SUS, prevista na CF 1988, e a prática de seu financiamento que se evidencia no percentual de gasto público (44,1%) em relação ao gasto total em saúde, quando comparado a países com sistemas universais de saúde, como o

Canadá (70,3%). Os números demonstram que o sistema de saúde apresenta percentuais de gasto público próximos aos do sistema de saúde americano, fortemente restritivo e com predominância do mercado.

A relevância do Sistema Único de Saúde para a segurança sanitária do povo brasileiro e a sua dependência do equilíbrio das relações entre os entes federados, garantido pela segurança jurídica advinda da atuação do Congresso Nacional e do compromisso dos governantes com o setor saúde, leva-me a analisar a contribuição dada pelos secretários estaduais de saúde na construção desse processo analisando a atuação do Conass na EC 29, no período 2001 a 2011, por meio de suas publicações e posicionamentos, de acordo com os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a atuação do Conass na regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, no período compreendido entre 2001 e 2011.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as estratégias adotadas no processo relacional do Conass com as entidades envolvidas;
- Analisar o processo político-institucional que levou à aprovação da Emenda Constitucional n. 29;
- Complementar a análise documental obtida, a partir do ponto de vista dos dirigentes do Conselho;
- Organizar o registro histórico da atuação do Conass.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso de natureza descritiva que envolve pesquisa qualitativa, definida como “aquela que utiliza a análise de microprocessos através do estudo das ações sociais, individuais e grupais, realizando um exame intensivo de dados e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise”²².

Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada na Teoria das Representações Sociais, que “consiste em reunir, em discursos síntese, escrito na primeira pessoa do singular, o conteúdo e os argumentos que conformam opiniões semelhantes, ou seja, conteúdos mais significativos de diferentes depoimentos com sentidos semelhantes” podendo ser utilizado para tal, depoimentos individuais ou outro tipo de material verbal – artigos de jornais, revistas, discussões em grupo, etc²³.

Essa técnica apresenta, ainda, um componente quantitativo por tratar-se de um “pensamento coletivo, na medida em que tem de expressar as opiniões compartilhadas por um quantitativo de indivíduos, que configuram a coletividade pesquisada compondo o Discurso do Sujeito Coletivo”²⁴.

O estudo correspondeu ao período entre 2001 e 2011 e envolveu pesquisa de documentos coletados nos arquivos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde disponibilizados em seu formato original, abrangendo: Atas das Assembleias do Conass; Jornal Conass; Coleção Progestores; Conass Documenta; Consensus – Jornal; Nota Técnica; Livros – SUS Avanços e Desafios, SUS 20 Anos, Conass 25 Anos e Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP); Coleção Para Entender a Gestão do SUS e Caderno de apresentação das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados.

As atas são a expressão registrada dos conteúdos apurados por força dos colóquios realizados nas Assembleias mensais do Conass, compostas pelos secretários de estado da saúde de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal, técnicos destas secretarias que assessoram os secretários, assessores que compõem a Secretaria Executiva do Conass e os convidados externos, com predominância de técnicos do Ministério da Saúde.

Primeiramente procedeu-se ao levantamento da documentação produzida pelo Conass no período compreendido entre os anos 2001 e 2011. Após o levantamento deste material, foi necessária sua digitalização e posterior conversão em formato *word* de modo a compatibilizá-lo com a alimentação do *software* auxiliar QualiQuantisoft.

Reconhecidos os documentos foi possível aferir a existência de 12.719 páginas a serem lidas e analisadas, pelo que, entendeu-se por bem, como forma de identificação imediata do assunto de interesse, a busca por descritores previamente designados: (i) Financiamento; (ii) EC 29; (iii) Regulamentação da Emenda; (iv) Subfinanciamento; (v) Recursos Financeiros; (vi) CPMF e (vii) CSS.

A busca dos descritores deu-se nos respectivos documentos em formato *word*, pela função “localizar” e cada resultado de pesquisa, ou seja, a cada documento analisado, os dados eram transferidos ao QualiQuantisoft.

Após a inserção de todos os resultados, conforme a apresentação dos documentos, eles foram classificados em 2 grupos distintos: (i) político: composto pela atas das assembleias que reúnem os 27 secretários estaduais de saúde e os jornais Consensus que também refletem o posicionamento do conjunto de secretários. O outro grupo (ii) técnico foi composto por documentos que refletem orientações técnicas para a gestão do SUS conforme elaborações dos técnicos que compõem a secretaria executiva do Conass, como o caso das publicações oficiais (Coleção Progestores, SUS Avanços e Desafios, etc).

Nesse momento já estavam inseridos no *software*, identificados em categorias pelo alfabeto entre as letras A e K, sendo A para 2001, B para 2002 e assim sucessivamente, cada um dos documentos com uma identificação alfanumérica, de modo a identificar facilmente o tipo de documento e o ano de sua produção, o grupo a que pertencem conforme sua elaboração (político ou técnico), e o ano em que foram produzidos.

Dada a extensão dos dados obtidos, entendeu-se por bem, utilizar os resultados do grupo político em compatibilidade com a pergunta de pesquisa: Como o Conass atuou na regulamentação da EC 29?, trabalhando-se assim, apenas com os documentos que constituíram o grupo político, já inseridos no *software* auxiliar, conforme verifica-se no exemplo do ano de 2001 (quadro 1).

Quadro 1 – Documentos Selecionados. Conass, 2001.

Documento	Código de Cadastramento no QualiQuantSoft	Grupo	Nº de páginas
ATA 01/01	ATA 01/01	Político	4
ATA 02/01	ATA 02/01	Político	4
ATA 04/01	ATA 04/01	Político	5
ATA 03/01	ATA 03/01	Político	0
ATA 05/01	ATA 05/01	Político	0
ATA 08/01	ATA 08/01	Político	0
ATA 06/01	ATA 06/01	Político	2
ATA 07/01	ATA 07/01	Político	8
Jornal do Conass 31/01	JC 31/01	Político	8
Jornal do Conass 32/01	JC 32/01	Político	8
Jornal do Conass 33/01	JC 33/01	Político	8
Jornal do Conass 34/01	JC 34/01	Político	8
Total			55

Fonte: Produção própria a partir de dados do Conass

Sendo assim, foram considerados sujeitos de pesquisas os documentos (sendo cada um deles um discurso) que compõem o grupo político: (i) Atas – registro das discussões, debates, deliberações, solicitações oriundos das reuniões mensais havidas com o conjunto dos secretários estaduais de saúde, pertencentes aos arquivos do Conass, cujo manuseio foi feito mediante autorização expressa da Presidência da instituição e (ii) Jornais Consensus – posicionamento do conjuntos de secretários acerca de determinados assuntos, tornado público e de circulação irrestrita em formato de notícias.

Feita a opção por trabalhar com os resultados oriundos do grupo político, os fragmentos de discurso foram agrupados e exportados para o programa *Excel* no qual, de forma didática e apresentável, foram dispostos em ordem cronológica e, se apresentassem um ou mais de um dos descritores eram considerados “com referência”, ou ainda, se não mencionassem qualquer daqueles descritores, “sem referência”.

Com a exportação dos dados para o programa *Excel*, a utilização do *software* QualiQuantsoft foi considerada encerrada.

Com os dados exportados para o *Excel* foi elaborada, neste mesmo programa, uma matriz analítica composta por 3 segmentos distintos: (i) referências político, administrativas e financeiras; (ii) referências propositivas, e (iii) referências normativas.

A matriz analítica contribuiu sensivelmente para a identificação das expressões chaves (EC) – trechos contínuos ou descontínuos dos discursos – e posteriormente, as Ideias Centrais (IC) que são as expressões que denotam sentido às expressões chaves. Pela sinonímia e aproximação dos fragmentos de discurso foi possível identificar a possibilidade de construir Discursos do Sujeito Coletivo, a partir das seguintes abordagens: (1) O Brasil investe pouco no Sistema Único de Saúde; (2) Há necessidade de financiamento estável para o setor; (3) A repolitização do SUS é uma necessidade; (4) Articulação e Proposições do Conass na regulamentação da EC 29 e em defesa do SUS e; (5) Normatização: um longo percurso.

Com a junção, organização e releitura dos fragmentos de discurso em cada uma das abordagens apresentadas foi possível construir o resultado da presente pesquisa.

Além desta análise, o estudo envolveu perguntas, por meio de um questionário aberto, aos dirigentes do Conass, das gestões 2001 a 2011, para comparar o produto da discussão do colegiado de gestores estaduais (presentes nos documentos selecionados) com a opinião dos dirigentes, sobre a atuação do Conass na regulamentação da EC 29, no período do estudo. Os questionários foram enviados por meio eletrônico e continham cinco perguntas (Apêndice A).

Para a construção dos DSC referentes às entrevistas utilizou-se a mesma técnica anterior (DSC) identificando-se as EC e IC observando-se, no entanto, a distribuição nominal e proporcional das ideias centrais, com base nas seguintes categorias dos conteúdos temáticos: 1-Atuação do Conass pela aprovação da regulamentação da EC 29; 2- Facilidades da atuação do Conass na defesa dos interesses do SUS e dos gestores estaduais no processo de regulamentação da EC 29 e Dificuldades da atuação do Conass na defesa dos interesses do SUS e dos gestores estaduais no processo de regulamentação da EC 29; 3- Elenco de ideias mais importantes para o fortalecimento do SUS, durante a evolução do processo de discussão e aprovação da EC 29; 4- Análise da Lei 141/12 que regulamentou a EC 29, tomando como base o Projeto de Lei Complementar 01/2003, na perspectiva de Avanços e Retrocessos; 5- Pontos mais identificados com o Conass, presentes na Lei 141/12.

A tabulação dos dados coletados nos questionários deu-se de forma manual, com o cuidado de que a fala/discurso de vários indivíduos que reportam a um

pensamento coletivo pudessem ser representado pela fala de um indivíduo, como um sujeito de discurso natural e que representa o seu conteúdo ampliado.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília – UNB (CEP) com o Registro 090/12. O acesso ao banco de dados se deu com a autorização por escrito do presidente do Conass, no Termo de Autorização para Pesquisa em Registro.

Os resultados da pesquisa são apresentados em forma de Discurso de Sujeito Coletivo e foram obtidos exclusivamente a partir de documentos e questionários que refletem a percepção interna do Conass.

4 RESULTADOS

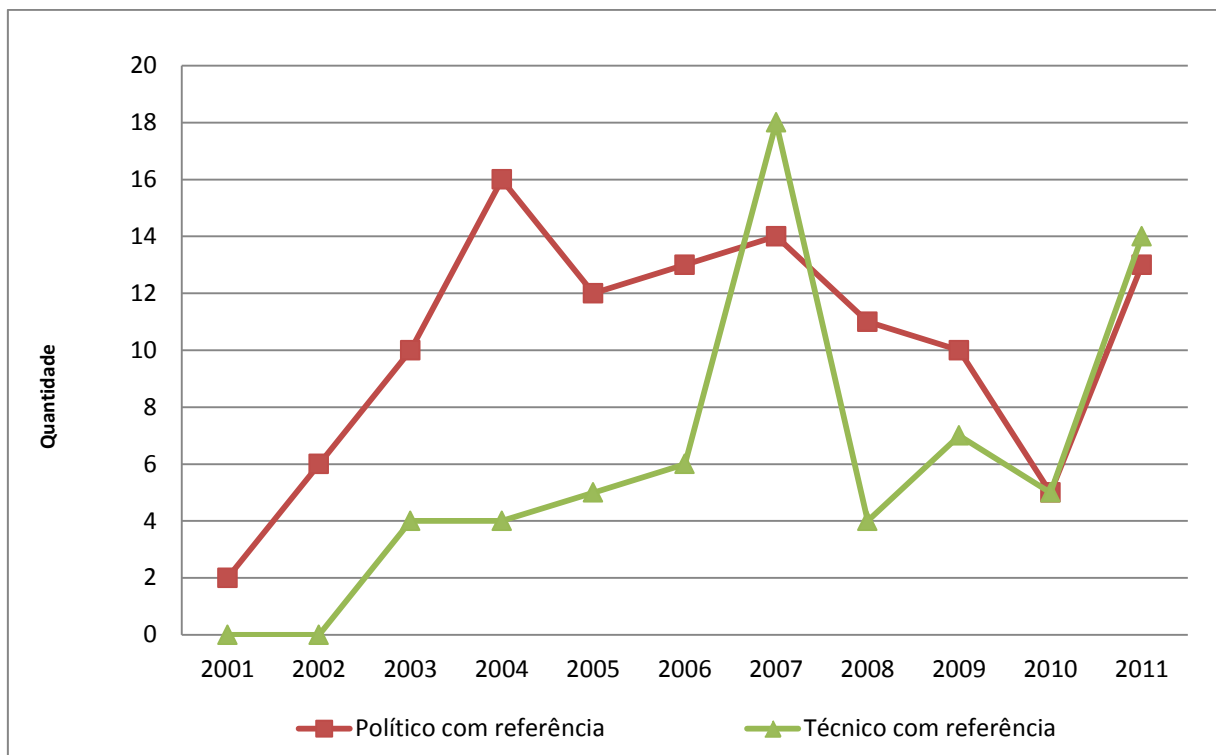
No contexto inicial da pesquisa, foram identificados 243 documentos, correspondendo a um total de 12.719 páginas. Após o recorte, quando se passou a trabalhar apenas com o grupo de documentos políticos do Conass, o material pesquisado compreendeu 159 documentos e 1.502 páginas. Apenas 7 atas não foram localizadas (6,8%). A análise foi realizada nos 112 documentos (70,4%) que continham referência aos descritores selecionados (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de documentos cadastrados, segundo grupo e tipo de posicionamento frente ao tema da pesquisa. 2001 a 2011

Ano	Grupo				Documento não localizado	Total
	Político		Técnico			
	Com referência	Sem referência	Com referência	Sem referência		
2001	2	7	0	0	3	12
2002	6	6	0	0	1	13
2003	10	5	4	1	0	20
2004	16	3	4	3	0	26
2005	12	7	5	1	0	25
2006	13	8	6	0	0	27
2007	14	1	18	1	0	34
2008	11	0	4	1	0	16
2009	10	3	7	0	3	23
2010	5	6	5	0	0	16
2011	13	1	14	3	0	31
Total Geral	112	47	67	10	7	243

Fonte: Produção própria a partir de dados do Conass

A análise do material coletado, com referência ao tema da regulamentação da EC 29, aponta que, de 2001 a 2004, o assunto evoluiu de forma crescente no grupo político, sendo que nesse último ano o tema aparece com a maior intensidade, seguido depois pelos anos de 2007 e 2011. Em 2008 o tema esteve presente em 100% do total de documentos políticos analisados (Figura 2).



Fonte: Produção própria a partir de dados do Conass

Figura 2 – Série histórica dos documentos identificados, nas categorias: Político e Técnico, segundo referência à regulamentação da EC 29. Conass 2001 a 2011

Conforme relatado nesse trabalho o PLC 01/2003 venceu todas as etapas regimentais da Câmara, comissões técnicas e inclusão em pauta de plenário até 2006, o que levou ao acompanhamento permanente do Conass nesse período. Em 2007 as atenções foram voltadas para a regulamentação da EC 29, atrelada à discussão da prorrogação da CPMF. Em 2008, com a extinção da CPMF, no ano de 2007, as atenções se voltaram para o PLS 121/2007, de autoria do senador Tião Viana e do substitutivo do senador Augusto Botelho que contou com a participação efetiva do Conass. Quanto a 2011 o tema ficou em evidência tendo em vista a tramitação para aprovação final do PLP 306/2008, de autoria do relator Pepe Vargas, que culminou com a regulamentação da EC 29, pela Lei 141/2012. Evidencia-se, nesse anos, a grande produção técnica do Conass relacionada ao tema.

Os resultados serão apresentados em duas etapas: Resultados 1 – DSC (1 a 5) construídos a partir de documentos políticos analisados e Resultados 2 – DSC (6 a 10) elaborados a partir dos questionários com os ex-dirigentes.

4.1 RESULTADO 1 – DSC A PARTIR DE DOCUMENTOS POLÍTICOS

Os resultados da análise dos documentos políticos selecionados foram consolidados em cinco discursos construídos a partir das IC, presentes em cada conjunto homogêneo das EC, e que resultaram nas cinco categorias selecionadas. Os discursos construídos com essas variáveis e que, em seu conjunto, respondem à pergunta inicial sobre qual o papel do Conass na regulamentação da EC 29, buscando-se identificar as estratégias adotadas no processo relacional do Conass com o Congresso Nacional e as entidades envolvidas e analisar o processo político-institucional, que levou à aprovação da EC 29, são apresentados a seguir.

4.1.1 DSC. 1 O Brasil Investe Pouco no Sistema Único de Saúde

É evidente que o Brasil investe poucos recursos na área da saúde. O SUS padece com o subfinanciamento desde a sua criação. Segundo dados do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde (OMS) dezenove governos de países americanos apresentam melhor desempenho que o Brasil, quando comparados os valores per capita despendidos; o Brasil é o 31º, quando comparados os gastos com saúde como percentual do gasto total do governo e o 33º, quando comparado os gastos de governo como percentual do gasto total com saúde. Outro dado apresentado é o aumento da participação das esferas subnacionais de governo no financiamento da saúde e concomitante redução da participação do governo federal. O gargalo central do SUS é o subfinanciamento e quem conhece o sistema mais a fundo sabe que sem um financiamento adequado essa máquina não se movimenta. A história tem mostrado que, em geral, a área econômica trata o sistema público de saúde brasileiro como “gastador”, que sempre pede mais e que gasta mal os recursos de que dispõe, apesar do gasto público, como percentual do gasto total em saúde, ser de apenas 41,6%; de que o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2012 não atendeu ao preceito constitucional e de que, com base em estudos realizados pelo Conass, o montante destinado ao MS no orçamento da União precisou ser complementado em pelo menos R\$ 3.696.871,39. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do MS, mostra um crescimento progressivo do financiamento da saúde por estados e municípios, a partir do ano 2000, mas assinala uma paulatina redução proporcional dos recursos federais. A solução definitiva deste problema passa pela superação do subfinanciamento, que depende da regulamentação da EC 29, pelo Congresso Nacional, destinando 10% da Receita Corrente Bruta da União para custear despesas da saúde, que, se aprovada, teria acrescido R\$ 30 bilhões já no orçamento de 2011.

4.1.2 DSC. 2 Há Necessidade de Financiamento Estável para o Setor

Após o ataque ao sistema de saúde com a retirada da contribuição de empregados e empregadores do financiamento da Assistência Social e da Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde realizou uma concentração no salão verde do Congresso, em 1993, para denunciar o subfinanciamento do SUS.

Apesar da aprovação da CPMF, na metade dos anos 1990, permaneciam as dificuldades para garantir uma estabilidade de recursos para o setor. Para fazer frente ao desafio do financiamento do SUS, foi aprovada pelo Congresso Nacional a EC 29 em setembro de 2000. O texto entrou na pauta de votação depois de um “grande acordo” na Casa. A necessidade da regulamentação da EC 29 foi amplamente defendida na solenidade de posse da diretoria do Conass, realizada na Câmara dos Deputados, inclusive com o compromisso público do seu presidente de colocá-la em votação ainda em 2007. A prorrogação da CPMF foi rejeitada pelo Senado Federal, em dezembro de 2007 depois de acirrada disputa entre o governo e a oposição, sob a alegação de que os recursos não estavam sendo utilizados na saúde. Ressaltando a urgência em regulamentar a EC 29 o presidente da Câmara dos Deputados se comprometeu a submeter o pleito ao colégio de líderes e afirmou ainda ter certeza que o Plenário estaria sensibilizado para aprovar o último destaque que faltava, já que se tratava de tema tão importante para o país. Houve manifestação da Caravana do SUS reconhecendo a urgência na definição do financiamento do sistema de saúde, sob a alegação da impossibilidade de administrá-lo com o financiamento disponível. “A regulamentação da EC 29 tornou-se para nós uma questão de honra”, disse o ministro José G. Temporão em 2009. A Câmara dos Deputados aprovou no dia 31 de outubro de 2008, por 291 votos a 111 e 1 abstenção, a regulamentação da EC 29. A matéria foi enviada ao Senado Federal. A atuação técnica e política do Conass na regulamentação da EC 29 foram reconhecidas pela liderança do governo no Senado Federal. Ao final de 2011 a presidência do Conass informou a Assembleia que a EC 29, após dez anos de espera, fora regulamentada pelo Congresso Nacional.

4.1.3 DSC. 3 A Repolitização do SUS é uma Necessidade

O Conass tem sido solidário com os governadores na busca pela suficiência de recursos e na luta pelo equilíbrio fiscal. É antiga a disputa por financiamento entre Fazenda e Saúde. Por isso o financiamento deve ser a bandeira do Conass, pois o rumo estratégico brasileiro na saúde é correto e agrega amplo consenso. A regulamentação da EC 29 acompanha as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde.. É necessário apoiar o MS para ampliar os recursos e retomar os rumos da saúde, enquanto direito de cidadania. O maior desafio dos gestores do SUS é convencer outros setores, de que a saúde precisa de mais recursos financeiros. É necessário politizar no sentido de envolver a sociedade como um todo na discussão sobre ampliação de investimentos para a saúde e no aperfeiçoamento das mudanças estruturais do setor. É importante também ter consciência de que se deve melhorar a qualidade do gasto, mas não é possível realizar o sonho constitucional com gastos inferiores a 220 dólares por habitante/ano no sistema público. Estados e municípios já estão no limite orçamentário, cumprindo as exigências da EC 29, enquanto o percentual da participação nos gastos com ações e serviços de saúde da União vem caindo nos últimos anos. A atuação dos secretários junto aos governadores e suas bancadas no Congresso é muito importante. Uma expressiva liderança do Congresso afirmou que: “as resistências são enormes para quem não é do setor saúde, principalmente na equipe econômica do governo e entre os governadores”. O financiamento é agora a questão central na luta pela saúde pública. Repolitizar o SUS, envolvendo a todos os atores sociais, é transparecer este problema seminal para o conjunto da população brasileira. Só assim teremos êxito na questão da sustentabilidade do sistema. Como disse o vice-presidente da República, à época, José Alencar, em audiência com Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) “trata-se de uma causa relevante e de interesse do país”. A saúde é percebida como um direito cada vez mais presente na consciência dos brasileiros. Assim reconheceu a candidata à

presidência da República, Dilma Rousseff, no XXVI Congresso do Conasems em Gramado, em 2010, ao afirmar que “o SUS é o mais expressivo sistema de universalização em curso no Brasil” e reafirmar seus compromissos com o SUS enquanto uma das maiores conquistas da sociedade brasileira nas últimas décadas. A regulamentação da EC 29 é absolutamente vital para o povo brasileiro e o desafio da superação do subfinanciamento o principal compromisso de todos os dirigentes do Conass.

4.1.4 DSC. 4 Articulação e Proposições do Conass na Regulamentação da EC 29 e em Defesa do SUS

A EC 29 vinculou recursos para serem gastos obrigatoriamente com ações e serviços de saúde, mas a eficácia da vinculação está na dependência da qualidade da informação, o que torna fundamental a realização de esforço conjunto para sistematizar e disponibilizar dados de orçamento e execução financeira dos recursos relativos à saúde. Outra consequência da EC 29 foi fomentar o planejamento no SUS, devido a capacidade de ordenar e instrumentalizar o processo no âmbito estadual, no momento da elaboração do plano de saúde e do plano plurianual. A EC 29 representou um horizonte estratégico e a sua regulamentação foi uma prioridade na agenda do Conass com o Congresso Nacional. Por isso foi importante para o Conass exercer a liderança na defesa dessas questões, abrindo espaço de interlocução com a sociedade e atuando, fortemente, junto ao Congresso Nacional para garantir a sobrevivência do SUS. Não há mágica: para conquistar o SUS constitucional, o Ministério da Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde, o Conass, o Conasems, os intelectuais e os profissionais da saúde têm de colocar o assunto de maneira clara e decisiva diante da sociedade e de suas lideranças. O Conass tem se destacado na construção de consensos, definindo agenda de prioridades com o MS pra discutir e reorganizar o sistema em redes e assim mudar a lógica do financiamento. Isso leva a uma atuação junto ao Congresso Nacional e ao Ministério do Planejamento em torno do financiamento e do direito ao acesso. Essa mensagem deverá ser transmitida, de forma intensa e continuada à população brasileira e constituirá a sinalização mais clara para o movimento de politização da Saúde no país. Nesse novo momento, entre os gestores do SUS, espera-se o aprofundamento dessa parceria, principalmente no que concerne a pontos decisivos para a área da Saúde. É preciso abrir essa discussão para a sociedade para que os investimentos públicos sejam cada vez maiores. O grande espaço de flexibilidade que existe para o aumento de gastos está com o governo federal. O Conass tomou a iniciativa de procurar a Frente Parlamentar para debater o assunto e apresentou aos parlamentares documento produzido pela entidade, com base no estudo sobre os principais pontos de estrangulamento orçamentário nos estados. O Conass propôs realizar uma grande mobilização junto ao Congresso Nacional, para desencadear um movimento político em defesa do SUS, ampliando o diálogo com a sociedade brasileira e inserindo decisivamente a saúde na pauta política. Para isso a secretaria executiva do Conass produziu documentos, que serviram de base para negociações com as entidades representativas dos diversos segmentos da saúde. Após várias discussões, ficou definido que o Conass continuaria a exercer ação política junto à Câmara, para a votação contrária aos quatro destaques apresentados ao Projeto de Lei Parlamentar 306/2008 (PLP 306/08), e trabalhar junto ao relator, no Senado, para garantir pontos fundamentais para o Conass como aumento da aplicação de recursos da União. O Conass encaminhou mensagens de apelo ao Congresso Nacional, que reconheceu a importância de pautar o assunto, o quanto antes,

principalmente depois da rejeição da prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF).

4.1.5 DSC. 5 Normatização: um Longo Percurso

Considerando a EC 29 como definidora de critérios de vinculação de recursos orçamentários das três esferas de governo para serem gastos em ações e serviços de saúde, faz-se necessário a revisão da legislação do SUS e, a partir dela, a de alguns aspectos ainda controversos, como as atribuições e as responsabilidades dos entes federados. A Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei Complementar (PLC 01/2003) de autoria do deputado Roberto Gouveia atualizando os percentuais mínimos de participação da União, dos estados e dos municípios para o financiamento da saúde, garantidos pela Emenda Constitucional n. 29. É necessário clarear de forma definitiva, eficaz e inequívoca, quais são as receitas e quais são as despesas elegíveis que entram no cálculo para o cumprimento da EC 29. Uma alternativa encontrada pelo Ministro da Saúde, em 1997, para minimizar o problema do financiamento foi a criação de uma contribuição que incidisse sobre as movimentações financeiras, cujos recursos arrecadados deveriam ser utilizados na área da saúde. A Lei n. 9311, de 24 de outubro de 1996, criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, extinta dez anos depois pelo Senado Federal, sob a alegação de não está sendo usada totalmente na saúde, mesmo com a garantia do presidente Lula de que “Uma vez aprovada nos termos da PEC 50/2007, o governo respaldaria um acordo parlamentar que destinasse valores correspondentes da CPMF, de forma progressiva até 2010, à exceção dos recursos abrangidos pela DRU” para o setor. O Senado Federal aprovou, por unanimidade, em maio de 2008, a harmonização do artigo 2º do PLS n. 121/07, de autoria do senador Tião Viana, definindo percentuais para estados, municípios e 10% das RCB da União para a saúde, além de definir o que são serviços de saúde. Em 2008, pelo PLP 306/08 propõe-se nova contribuição para a saúde, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), uma alíquota de 0,1% que incidiria sobre toda a movimentação financeira e que, segundo cálculos do governo, aumentaria a arrecadação em aproximadamente 12 bilhões de reais por ano. Os recursos seriam exclusivos para a saúde e a nova contribuição seria permanente. O mesmo Projeto excluía da base de cálculo a distribuição de recursos definidos, para compor o Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB). A exclusão vigoraria pelo prazo de cinco exercícios financeiros.

4.2 RESULTADO 2 - DSC ELABORADOS A PARTIR DOS QUESTIONÁRIOS COM OS DIRIGENTES

Em relação ao estudo complementar, no mesmo período, que utilizou as questionários enviados aos ex-dirigentes do Conass, sete foram enviados e seis foram respondidos, correspondendo a 85,7% do total da amostra. A maioria dos entrevistados (83,3%) era do sexo masculino.

Foi consenso entre os discursos dos ex-dirigentes, com 100% de participação em suas respostas, as seguintes IC: O Conass “teve ação organizada e consistente, participando ativamente dos fóruns onde o assunto foi discutido” e “o tema foi item de pauta permanente no Conass”. A “definição clara do que são ações e serviços de saúde”, presente em 66,6% das EC, foi uma ideia central reconhecida como avanço da regulamentação da EC 29 e como sendo um ponto, identificado pelos dirigentes como atuação do Conass, que contemplou os gestores ao longo dos dez anos de luta. Estiveram presentes em metade dos discursos como IC: “a articulação do Conass junto ao Congresso Nacional e/ou Ministérios”; “a dificuldade do Conass no processo de regulamentação da EC 29, dado a interesses diversos ou por diferenças ideológicas”; a proposta identificada pelo Conass de que “a regulamentação era a solução para o subfinanciamento”; a “necessidade de elevação do gasto com saúde pela União” e a “obrigatoriedade do transito dos recursos pelos fundos de saúde”. Entre as IC com 33% de citações destacaram-se: “o bom relacionamento entre os atores do SUS”; a articulação com outras entidades e áreas afins”; “reconhecimento do Conass como órgão de representação dos secretários estaduais”; “a permanente divulgação pela mídia de “que saúde não precisa de mais recursos e sim de mais gestão”; “a ausência de mobilização da sociedade em defesa do SUS”; “O SUS é uma ideia bem concebida, mas mal executada”, entre outras. (Tabela 1 - Apêndice B)

O consolidado das respostas dos questionários possibilitou a construção de cinco Discursos do Sujeito Coletivo, enumerados de 6 a 10, a partir das expressões chave selecionadas, que sintetizaram, na visão de cada ex-dirigente, a atuação do Conass na regulamentação da EC 29 e a análise do resultado obtido.

4.2.1 DSC. 6 A Atuação do Conass na Regulamentação da EC 29

O Conass teve uma ação extremamente organizada, consistente e muito bem equilibrada, sobretudo entre o posicionamento técnico e o político. Promoveu debates; realizou um trabalho de convencimento dos governadores, no sentido de sensibilizá-los da importância do assunto (financiamento do SUS); travou várias discussões internas entre os Secretários de Estado da Saúde; colocou a regulamentação da EC 29 como item de pauta permanente no Conass, como centro das ações políticas e como prioridade número um dos gestores de saúde do Brasil, tendo sido um protagonista vigoroso na luta política por sua aprovação mobilizando, além dos secretários estaduais de saúde, outros segmentos para tal. Teve atuação determinada quando da discussão do PLS 121/2007, que definia 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde e

participou ativamente das articulações pela permanência da CPMF, em 2007, chegando, inclusive, a redigir o texto, a pedido do senador Pedro Simon, afirmando que o governo colocaria todos os recursos na área da saúde. O Conass fez esse texto, é importante dizer isso, isso é um registro histórico, e ele veio sem nenhuma modificação do Palácio do Planalto, assinado pelo ministro Guido Mantega e pela área econômica do governo. A CPMF foi uma luta do ministro Adib Jatene para ser um recurso extra para a saúde. Essa contribuição, na época, orçava em torno de 40 bilhões de reais, dos quais só metade acabava indo para a saúde, metade era gasta em outras prioridades do governo, outras áreas. A nossa luta era para que viesse esse recurso todo para a saúde como um acréscimo, não substituindo recurso. O Conass atuou dentro e fora de seu território, participando nos últimos dez anos dos principais movimentos para a regulamentação da EC 29 se fazendo presente em todos os fóruns onde esse assunto ia ser discutido. A agenda da entidade para essa conquista passou por intenso processo de articulação com congressistas – participando, diretamente, das negociações com a Frente Parlamentar da Saúde; entidades da área e em manifestações públicas. Suas ações se deram em consonância com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias do controle social, bem como com agentes públicos do Ministério da Saúde. Realizou estudos, ano a ano, sobre a proposta orçamentária do Ministério da Saúde, constatando o subfinanciamento do SUS, apontando as deficiências e reivindicando mais recursos para a saúde, vez que a área econômica do governo sempre restringiu os recursos para saúde. O Brasil, em termos proporcionais, tinha a metade do per capita pra saúde pública que o Chile e muitas vezes menos do que o Canadá e a Inglaterra, que dão atendimento universal como o Brasil se propõe a dar. Quando há deficiência nessa área, quando o orçamento fica a quem das necessidades reais e até do mercado de trabalho pra segurar profissionais dentro do Sistema Único de Saúde, ele passa a responder cada vez menos e cada vez é mais difícil garantir a universalidade com atendimento integral e gratuito. Logramos êxito na aprovação da emenda, mas não da forma desejada e, atualmente, o Conass continua a sua luta por mais recursos para a saúde, participando de forma muito ativa de uma grande mobilização da sociedade voltada para a coleta de assinaturas para projeto de lei de iniciativa popular para alterar a Lei.

4.2.2 DSC. 7 Facilidades e Dificuldades Identificadas pelos Dirigentes na Defesa da Regulamentação da EC 29

Facilidades: a boa relação com os técnicos do MS; a boa relação entre todos os secretários de estado da saúde e o reconhecimento de todos de que o Conass realmente é o órgão que nos representa; a credibilidade do Conass e a capacidade técnica de seu escritório em apresentar análises e propostas visando viabilizar as negociações com setores da esfera federal e as parcerias com o Congresso Nacional por meio da Frente Parlamentar da Saúde. A articulação política, a prática de diálogo e o processo de pactuação construído ao longo da experiência vivida, através da CIT e das instâncias do controle social, foram facilitadores desse processo e permitiram alcançar os mínimos contemplados na EC 29. Entre as dificuldades destacam-se: a mudança de gestores à frente de Secretarias de Saúde em alguns Estados, cuja alternância prejudicava e muito a atuação do Conass; o desarranjo do pacto federativo com uma exagerada concentração tributária nos cofres do governo federal e uma assunção progressiva de responsabilidades e ônus para estados e municípios, sem a devida repartição tributária; o endividamento de muitos estados impedia um

maior interesse em se aprovar algo que gerasse obrigações imediatas, sem que as questões relacionadas ao déficit dos estados tivessem sido solucionadas; a dificuldade muito grande por ser um assunto que transitava em todos os grupos políticos e, por isso, sofria muitas pressões e dificuldades para fixação dos percentuais de vinculação por parte da união. Convencer a área econômica das três esferas de governo da necessidade de recursos para a saúde sempre transformou-se num embate permanente. Essa resistência se refletia também na posição dos chefes do executivo. Outras dificuldades, ainda nesse processo, foram: a ausência de mobilização da sociedade em defesa do SUS e de seu financiamento; o entendimento da própria sociedade que rejeitou e ainda rejeita uma contribuição social voltada para a saúde; a permanente versão dos meios de comunicação de que a área de saúde não precisa de mais recursos e sim de melhor gestão; a falta de uma posição favorável do Governo Federal em defesa de mais recursos para a saúde, principalmente quanto a mais recursos vinculados a União; a percepção política dos parlamentares que rejeitam recursos adicionais para a saúde, no caso da CPMF, para não confrontar o entendimento da sociedade que não está disposta a pagar mais impostos/contribuições e a baixa capacidade de comunicação dos gestores na defesa de mais recursos para a saúde. As dificuldades colocadas pela área econômica do governo foram muitas, fruto da confusão ideológica e acirrada disputa política.

4.2.3 DSC. 8 Ideias mais Importantes para o Fortalecimento do SUS Surgidas no Processo de Regulamentação da EC 29

O SUS é muito bem desenhado, mas mal aplicado pelos três entes federados que o compõe. O subfinanciamento da saúde pública brasileira ainda é uma realidade e a única forma de se melhorar o seu financiamento em bases estáveis, passa obrigatoriamente, pela regulamentação da EC 29. O financiamento da saúde não permite a integralidade do cuidado e a universalidade do acesso, pontos fundamentais do nosso SUS. É necessário, portanto, que o financiamento federal, através de seus repasses, contemple as desigualdades regionais, em defesa veemente do princípio da equidade e do acesso universal e igualitário, além de nova norma operacional, sem perda do conceito de regionalização. É necessária a criação de mecanismos mais transparentes de prestação de contas dos resultados assim como dos gastos. O aumento, significativo, da União na participação proporcional no financiamento da saúde pública, que já foi mais de 75% e hoje fica em torno de 45%; a questão de colocar, à época, a CPMF toda para a saúde, como um valor a mais em seu orçamento e fazer, por iniciativa popular, a retomada da questão dos 10% na área da saúde são fatos que contribuiriam para o fortalecimento do SUS.

4.2.4 DSC. 9 Avanços e Retrocessos Identificados na LC N.141/2012, na Opinião dos Ex-Dirigentes do Conass

A aprovação da EC 29 foi uma conquista por: clarificar e definir o conceito de gastos com ações e serviços públicos de saúde, além de estabelecer fluxos e instrumentos de prestação de contas e de fortalecimento do controle social; pelo processo de planejamento em saúde do SUS ter sido enriquecido e se incorporado, efetivamente, nas responsabilidades da gestão; pela conquista da vinculação de receitas e seus percentuais para estados e municípios (12% e 15%, respectivamente); pela definição de que as transferências entre entes públicos devem ser

obrigatoriamente Fundo a Fundo e excepcionalmente na forma de Convênio e de que a União e Estados devem definir critérios para transferência de recursos financeiros, devendo estes, observar a redução das desigualdades regionais. O único avanço que teve que eu reputo como um avanço, é que os estados que não colocavam os 12% na saúde serão obrigados agora, a partir desse ano, a colocar. O grande retrocesso identificado foi o vazio do aporte de recursos federais, ainda insuficientes, mantendo a forma de cálculo para a participação da União, com crescimento nominal do PIB, ao invés dos 10% da RCB pleiteados, que colocaria em valores, para 2013, cerca de R\$ 40 bilhões para a área da saúde.

4.2.5 DSC.10 Pontos da LC N.141/2012 que mais se Identificam com as Propostas Apresentadas pelo Conass

A definição clara do que são ações e serviços de saúde para os fins de cumprimento da EC 29; a obrigatoriedade de trânsito dos recursos pelos fundos de saúde; a valorização do relatório anual de gestão como instrumento de prestação de contas; a inclusão na legislação dos Planos Regionais de Saúde e a definição clara dos critérios de distribuição de recursos federais, que contemplassem entre eles a redução das desigualdades regionais; o fortalecimento do modelo tripartite de gestão do SUS, no que diz respeito à definição dos rumos que se quer dar à saúde pública brasileira e a vinculação dos percentuais mínimos de receitas, mesmo o da união sendo aquém do desejado.

5 DISCUSSÃO

O Conass em seu discurso (DSC. 1) ressalta o baixo investimento em saúde no Brasil, a redução na participação proporcional pelo governo federal no financiamento do setor e o esforço dos níveis subnacionais para superar o problema. A afirmação é sustentada por Vasquez²⁵ ao constatar que a participação da União no financiamento da política de saúde diminuiu passando de 60% em 2000 para 48% em 2006. Franzese²⁶ define esta condição como um *jogo de empurra*, cuja causa é o ajuste fiscal do Estado e a indefinição de competências e responsabilidades constitucionais entre os entes federados, fruto da redefinição do federalismo brasileiro quando da elaboração da CF 1988.

Além do subfinanciamento, fica evidente pelo olhar do Conass (DSC. 2) que é preciso garantir no arcabouço jurídico do Brasil uma fonte estável de financiamento para o Sistema Único de Saúde que responda à necessidade de que “a saúde tem que ter um financiamento, definido, definitivo e suficiente” como afirma Carvalho²⁷.

A repolitização do SUS é vista pelos gestores estaduais (DSC. 3) como uma necessidade. A repolitização, como posta no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão²⁸, expressa o compromisso dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e com a afirmação do SUS como política pública. No entanto, para que ela realmente se efetive é necessário utilizar-se da cidadania como estratégia de mobilização social e ter a convicção de que saúde é um direito garantido mediante financiamento adequado. O que é possível desde que todos os atores envolvidos se engajem nessa luta. O discurso apresentado sustenta a ideia que é necessário envolver toda a sociedade no sentido de pertencimento em relação ao sistema de saúde brasileiro e o que ele representa realmente, ou seja, a expressão materializada do direito à saúde a cada cidadão. A materialização do SUS como sistema público universal implicará definir que opção valorativa a sociedade brasileira irá tomar para o seu desenvolvimento econômico e social nos anos futuros¹².

O Conass entendeu (DSC. 4) que a EC 29, desde a sua implantação, além de regularizar o financiamento da saúde, poderia fomentar o planejamento, tornando-se um “horizonte estratégico”. Com essa visão, estreitou a interlocução com o Congresso, parceiros e sociedade e apresentou propostas aos candidatos à

presidência da República, em 2006, como atesta Paim¹¹. Lutou pela regulamentação da EC 29 e pela politização da saúde, mesmo sabendo ser o alicerce bastante irregular, já que cimentado na incoerência da política brasileira e na desmobilização das forças que lutaram para a implantação do sistema. A busca por consensos fortaleceu esta estratégia que teve como prioridade discutir e reorganizar o sistema em redes, e, através dela, mudar a lógica do financiamento.

O caminho percorrido para a aprovação da regulamentação da EC 29 pelo Congresso Nacional deixa evidente (DSC.5) as dificuldades políticas enfrentadas no período. A impassibilidade do governo federal e a tibieza do parlamento colaboraram para que a regulamentação da EC 29 demorasse uma década. O Congresso Nacional, que parecia reagir ao subfinanciamento da saúde ao criar a EC 29, revelou-se pusilânime ao regulamentar a Emenda e, ainda assim, fazê-la sem os 10% da RCB da União para a saúde. O “grande acordo na Casa” não se efetivou na prática, como evidencia em edição especial sobre a regulamentação da EC 29 a revista RET-SUS²⁹ quando traz o dep. Darcísio Perondi (PMDB-RS) – referindo-se a criação da EC 29 – avaliando que os parlamentares não tiveram uma compreensão da macroeconomia, à época, ao considerarem a vinculação do PIB nominal como um avanço para o SUS.

Fica evidenciado que a condução do processo de regulamentação da EC 29 pelo Congresso Nacional foi feita de forma desconexa com um movimento de pressão e contrapressão por conta de uns que defendiam maior participação da União no financiamento da saúde, enquanto outros se empenharam em impedi-la²¹.

A percepção individual dos ex-dirigentes do Conass se aproxima da percepção do coletivo de Discursos construídos a partir da análise dos documentos políticos usados no estudo. Fica evidente, na percepção dos ex-dirigentes, que o Conass teve uma atuação de caráter técnico e político na regulamentação da EC 29. No Campo político, com o tema em agenda permanente, exerceu o protagonismo das ações voltadas à regulamentação da Emenda com forte articulação junto aos parlamentares e demais parceiros, especialmente o Conasems e o Conselho Nacional de Saúde. Na parte técnica forneceu subsídios importantes para o fortalecimentos dos argumentos visando a ampliação dos recursos financeiros para o SUS, nas discussões dos Projetos de Lei Orçamentária Anual e nos projetos de lei relacionados a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29.

A atuação do Conass foi facilitada pela boa relação com os membros da Frente Parlamentar da Saúde, que demonstravam reconhecimento à importância do papel técnico e político da entidade nas negociações para a regulamentação da EC 29. No obstante, pode-se concentrar as dificuldades na resistência à ampliação dos recursos financeiros para o setor advindas, principalmente, das áreas econômicas dos governos e da própria sociedade.

Os ex-dirigentes ressaltaram que uma das ideias mais importantes surgidas no processo de regulamentação da EC 29 foi a necessidade de elevação dos gastos com saúde por parte da União, acompanhada de uma distribuição que contemple as desigualdades regionais, dada a grande extensão territorial e iniquidades observadas no país..

Ao analisar os avanços e retrocessos obtidos com a Lei 141/2012 é unânime a percepção entre os ex-dirigentes de que a manutenção da forma de cálculo para a União, com base em variação nominal do PIB, representou a grande decepção da regulamentação EC 29, a ponto de ensejar, de forma quase imediata, um movimento nacional (Saúde + 10), visando a modificação da Lei através de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular, com inclusão de artigo que vincule o equivalente a 10% das Receitas Correntes Brutas para a saúde.

Os ex-dirigentes identificaram na Lei 141/2012 as propostas defendidas pelo Conass ao longo do processo de regulamentação da EC 29, que, na sua maioria, coincidem com o entendimento deles do que foram os principais avanços obtidos para o Sistema Único de Saúde.

6 CONCLUSÕES

O estudo comprova a atuação do Conass quando se identificam, na Lei 141/2012, temas recorrentes no discurso da entidade, defendidos durante o processo de regulamentação, tais como: definição clara do que são ações e serviços de saúde; transferência obrigatória de recursos fundo a fundo; valorização do processo de planejamento do SUS; e distribuição de recursos federais que contemple a redução das desigualdades regionais.

A constatação acima justifica a determinação do Conselho que atuou durante os últimos dez anos na defesa da regulamentação da EC 29 por considerá-la uma oportunidade para a superação das dificuldades do financiamento da saúde pública e, para tanto, agiu em todos os espaços onde o embate se deu, com forte relação interinstitucional, procurando fortalecer as convicções sobre a sua importância para a vida do SUS.

A Lei 141/2012, entretanto, não contempla a grande bandeira identificada em todos os discursos: a necessidade da ampliação dos recursos financeiros federais, com a respectiva vinculação dos 10% da Receita Corrente Bruta para a saúde, o que se constitui em uma ideia permanente e estratégica para a efetivação do caráter universal do Sistema Único de Saúde.

O Conass, como entidade representativa das secretarias estaduais de saúde, coerente com o seu discurso, mantém agenda permanente de atuação técnica e política visando obter um financiamento suficiente e estável para a saúde pública do Brasil, que permita que o SUS constitucional seja, de fato, efetivado. Contudo, alguns pontos relevantes não se manifestaram com a evidência necessária nos discursos dos sujeitos de pesquisa, mas foram observados no decorrer do estudo do material selecionado.

Por ter sido colocada timidamente, não emergiu como deveria a defesa dos governantes pelos próprios gestores da saúde, quando da detecção do não cumprimento da EC 29 pelos estados. Nesse caso, a interpretação da lei sobrepôs-se ao imperativo ético da necessidade da resposta sanitária condicionada ao seu cumprimento. Talvez aí resida a fragilidade do argumento na defesa da proposta de mais recursos para a saúde junto ao Congresso Nacional e a ausência da discussão do 'financiamento suficiente' por parte do Ministério da Saúde quando da elaboração

da cada nova política. Foi assim no Pacto pela Saúde e, agora, com o Decreto 7508/2011 que regulamentou a Lei 8080/1990 e criou o Contrato de Ação Pública da Saúde (COAP), que estabeleceu nova governança para o SUS.

Chamou atenção do pesquisador que no íntimo do processo de regulamentação as estratégias de atuação do Conass, desenvolvidas quase sempre em parceria com o Conasems e CNS, tenham obtido apoio tênue de prefeitos e governadores. Por deficiência do pesquisador ou por insuficiência do material estudado faltam elementos que possibilitem uma análise aprofundada deste fato. Aí talvez resida, pela sua relevância, um importante tema a ser estudado.

Como contribuição, é importante afirmar que a reiterada tática de mobilização com foco quase sempre apenas no Congresso; o discurso repetido para “convertidos”; o baixo poder de mobilização interna, principalmente entre os trabalhadores do SUS; a dissociação de ações entre secretários municipais e prefeitos e secretários estaduais e governadores, foram determinantes para a vitória, apenas parcial, na regulamentação da EC 29.

A troca de informações fortalece o caráter associativo dos atores envolvidos em processos comuns; o contrário fragiliza e dificulta a obtenção desse fim. Por deficiência de comunicação os avanços do sistema são negados e o que prevalece é a percepção do fracasso do sistema público de saúde. O Conass afirma que “o SUS vem perdendo a batalha da comunicação com a sociedade brasileira”¹² o que dificulta, sobremaneira, a conquista de aliados na defesa do SUS. Essa questão, pela importância que tem para o fortalecimento do SUS, merece ser mais bem avaliada.

A certeza nunca estará presente, mas dialogar com os atores desse processo permite acostar-se da verdade. Refazer o percurso em sentido inverso traz à tona os ideais que forjaram o Sistema Único de Saúde e a possibilidade de novo recomeço, cujo fim seja compatível com o respeito ao direito constitucional e com a necessidade das pessoas. Afinal, como diz Fleury⁴, “a constatação de que a iniquidade estrutural da sociedade brasileira atravessa hoje o sistema de saúde é a possibilidade de retomar o combate pelas ideias igualitárias que orientaram a construção desse projeto”.

7 REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Estatuto do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. [acesso em 2012 Nov 9]. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/ESTATUTO_CONASS.pdf.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass 25 anos. Brasília: Conass; 2007.
3. Brasil. Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011. Dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dá outras providências. [lei na internet]. [acesso em 2013 Jan 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm.
4. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(3):743-52.
5. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Jul;25(7):1620-5.
6. Organização Pan-americana de Saúde (Opas). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasil: [editor desconhecido]; 2011.
7. Silva JF. A gestão do Sistema Único de Saúde. Brasil: UNESCO; 2010.
8. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*. 2011 Jun 11;377(9782):2042-53.
9. Harris M, Haines A. Brazil's family health programme. *BMJ*. 2012;341:c4945 (published 29 november 2010).
10. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. 148p. Coleção Temas em Saúde.
11. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). SUS: Avanços e Desafios. Brasília: Conass; 2006.
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O financiamento da saúde. Brasília: Conass; 2011. Para Entender a Gestão do SUS, v.2.

14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. [acesso em 2012 Nov 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
15. Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Caderno de Saúde Pública. 2006 Ago;22(8):1597-609.
16. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. Ciência Saúde Coletiva. 2009 Jun;14(3).
17. Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 no Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2007 Jul;23(7):1613-23.
18. Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. [lei na internet]. [acesso em 2012 Nov 9]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.
19. Brasil. Lei complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. [acesso em 2012 Nov 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
20. Dilma sanciona lei que eleva gastos com saúde. Jornal O Globo. 2012 Jan 17. Disponível em: <http://odireitosanitario.blogspot.com.br/2012/01/alguns-comentarios-de-ligia-bahia-sobre.htm>.
21. Santos NR. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. Saúde em Debate. 2009 Jan/Abr;33(81):13-26.
22. Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. 2004 Maio/Ago;30(2):289-300.
23. Lefevre F, Lefebvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo. 2. ed. Brasília: Liber Livro; 2012. 224p. (Série Pesquisa: 20)

24. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2006 Jul/Dez;10(20):512-24.
25. Vasquez DA. Efeitos da regulamentação federal sobre o financiamento da saúde. *Caderno de Saúde Pública.* 2011 Jun;27(6):1201-12, graf,tab.
26. Franzese C, Abrucio FL. A combinação entre federalismos e políticas públicas no Brasil pós 1988: os resultados na área da Saúde, Assistência Social e Educação. *Reflexões para Ibero-América: Avaliação e Programas Sociais; ENAP,* 2009. 168p. Disponível em: www.enap.gov.br/files/Caderno_EIAPP_Programas_Sociais.pdf.
27. Carvalho G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. *Tempos – Actas de Saúde Coletiva.* 2008 Jul/Dez;2(1):39-51.
28. Ministério da Saúde. *Séries Pacto pela saúde, 2006, v.1 – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais.* Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf>.
29. REVISTA RET-SUS. Especial Regulamentação da EC 29. 2011 Out;VI(48). (Órgão oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde). Brasil. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista48.pdf>.

Para Cadernos de Saúde Pública

ARTIGO ARTICLE

Título completo: A atuação do CONASS na regulamentação da Emenda Constitucional N° 29/00, no período de 2001 a 2011

The performance of CONASS in regulating Constitutional Amendment No. 29/00 in the period 2001 to 2011

Título corrido: Emenda Constitucional N°29 - caminhos da regulamentação na visão do CONASS

Constitutional Amendment No. 29 - pathways of regulation in view of CONASS

Jurandi Frutuoso Silva

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Leonor Maria Pacheco Santos

Professora Adjunta da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB), Brasil

Ana Valéria Machado Mendonça

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB), Brasil

Correspondência

Jurandi.frutuoso@gmail.com

RESUMO

O presente artigo traz uma análise da atuação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no processo de regulamentação da Emenda Constitucional n°29 (EC 29), que ocorreu no Congresso Nacional, de 2001 a 2011. Para tanto, utiliza-se da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, metodologia que permite organizar e tabular os dados postos nas atas e jornais do período sob estudo. Os resultados são apresentados em cinco discursos-síntese, expressos na primeira pessoa do singular, que exprimem a opinião do coletivo de secretários

estaduais de saúde sobre o financiamento da saúde no Brasil e os caminhos percorridos para sua normatização.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Financiamento da Saúde; Conselhos de Saúde; Legislação.

ABSTRACT

This article evaluates the actions of the National Council of Health Secretaries (CONASS) in the regulatory process of the 29th Constitutional Amendment (EC 29), which took place at the Congress from 2001 to 2011. To this end, it uses the technique of Collective Subject Discourse, methodology that allows organizing and tabulating the data from the acts and newspapers of the period under study. The results are presented in five synthetic discourses, expressed in the first person singular, comprising the opinion of all state health secretaries on health financing in Brazil and the taken paths for its normalization.

Keywords: Unified Health System; Health Financing; Health Councils; Legislation.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde¹. Fruto da concepção e da militância política dos sanitaristas brasileiros nas décadas de 1970 e 1980, o SUS carrega consigo os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, que orientam a conformação de uma rede descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com direção única em cada esfera de governo.

Os resultados obtidos por esse sistema, em duas décadas, confirmam a inteligência dos que o conceberam, a sensatez dos que o acolheram na Constituição Federal de 1988 (CF-1988), o compromisso dos responsáveis pela sua implantação e a responsabilidade dos que o conduzem no percurso instituído.

Apesar do êxito, reconhecido inclusive em recentes publicações internacionais como “*The Lancet*”² e “*British Medical Journal*”³, o SUS dá sinais claros de estagnação que preocupam os gestores, incomodam governantes e desafiam os sanitaristas e estudiosos a fazerem o diagnóstico de suas causas e a oferecerem soluções factíveis para os problemas identificados. O financiamento é um dos mais relevantes.

Até 1988, o orçamento da saúde disputava recursos, na esfera federal, em duas arenas distintas: na órbita previdenciária (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) e no orçamento fiscal, concorrendo com educação, justiça, transportes, defesa nacional, previdências dos servidores públicos, inclusive o Poder Legislativo e o Judiciário. A CF-1988 incluiu a saúde no Sistema de Seguridade Social e o seu financiamento no Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais, definindo ainda, nas suas disposições transitórias que 30% dos recursos do OSS seriam destinados ao SUS. Os eventos econômicos da década de 1990, como inflação e baixo crescimento da economia, associados a decisões políticas como a eliminação da folha de salário como fonte da saúde em 1993 contribuíram para comprometer o orçamento da saúde idealizado na Constituição de 1988⁴.

Fica evidente que o SUS foi idealizado para ser um sistema de saúde inserido no Sistema de Seguridade Social, inspirado em padrões conceituais do Estado de bem-estar social.

Tratando-se de um sistema de saúde inserido em um sistema de seguridade social inspirado nos padrões welfaristas, em que o acesso esteja definido pela necessidade e não pela capacidade de pagamento, é desejável que o financiamento setorial seja um sistema pautado pela progressividade, isto é, que penalize mais do que proporcionalmente aqueles que mais têm ou, em outras palavras, que o ônus do financiamento do setor saúde seja inversamente proporcional à renda das pessoas⁵.

A sucessão de problemas surgidos na década de 1990 e que se prolongaram pelos anos 2000 minou a sustentação financeira do SUS. A inflação persistente, o baixo crescimento econômico, o aumento dos gastos com pagamento de pensões e aposentadorias e o próprio incremento de gastos com o crescimento do sistema aprofundaram a crise. Em 1993, sua existência foi ameaçada com a retirada abrupta da Contribuição de Empregados e Empregadores do financiamento da Assistência Social e da Saúde, sua principal fonte de financiamento para tornar-se exclusiva da Previdência Social.

Na tentativa de se encontrar saídas para o impasse, setores da saúde e da Câmara dos Deputados, liderados pelo Ministério da Saúde, criaram transitoriamente, em 1996, o Imposto sobre Movimentação Financeira (Lei n. 9311, de 24 de outubro de 1996), que vigorou a partir de 1997 com o nome de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), cuja alíquota de 0,3% incidia sobre o valor dos cheques. A CPMF não gerou o impacto desejado no financiamento da saúde devido as substituição de fontes, deixando, inclusive, de ser exclusiva da saúde para financiar à Previdência (2001) e o Fundo de Combate a Pobreza⁶.

A CPMF chegou a representar 30% do orçamento do Ministério da Saúde e foi extinta dez anos depois pelo Senado Federal, em virtude da não aprovação de projeto de lei que a prorrogava.

A necessidade de um financiamento estável para o setor levou à criação da Emenda Constitucional número 29 (EC-29), promulgada em 13 de setembro de 2000, que definiu as regras de participação das três esferas de governo no financiamento da saúde. A EC-29 definiu, no caso da União, que o valor mínimo seria o montante empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB); para os estados e o Distrito Federal, os recursos mínimos equivaleriam a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios; no caso destes, os recursos mínimos corresponderiam a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais. Portanto, vinculou recursos ao setor saúde.

Com a sua promulgação, surgiu a necessidade de regulamentação, para definir o que são ações e serviços de saúde, e, conseqüentemente, normalizar os fluxos financeiros entre o tesouro de cada unidade federada e o setor saúde e orientar os respectivos tribunais de contas no processo de fiscalização do seu cumprimento. Outro objetivo, tão relevante quanto os anteriores, era estabelecer vinculação de receita da União para ser usada em saúde, assim como foi estabelecido para estados (12%) e municípios (15%).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), entidade que congrega os secretários estaduais de saúde e do Distrito Federal, fundada em 3 de fevereiro de 1982 e regulamentado pela Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, conforme observa-se nos seus documentos políticos, definiu, entre outros, o desafio do financiamento como um dos obstáculos a serem transpostos para que a evolução do sistema se dê continuamente (Conass⁴). O Conselho entende que o financiamento adequado e estável é vital para a manutenção do SUS. Convicto da necessidade de restabelecer a regularização do financiamento da saúde no Brasil, o Conass atuou, no decorrer da última década, na defesa da regulamentação da EC-29, por considerá-la uma janela de oportunidade para superação das dificuldades já explicitadas.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a atuação do Conass no processo de regulamentação da EC-29, que ocorreu em 2011, buscando identificar as estratégias adotadas no processo relacional do Conass com o Congresso Nacional e as entidades envolvidas; analisar o

processo político-institucional que levou à aprovação da Emenda Constitucional n. 29 e organizar o registro histórico da atuação do Conass no período da pesquisa.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso de natureza descritiva que envolve pesquisa qualitativa, definida por como “aquela que utiliza a análise de microprocessos através do estudo das ações sociais, individuais e grupais, realizando um exame intensivo de dados e caracterizados pela heterodoxia no momento da análise”⁷.

Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada na Teoria das Representações Sociais, que consiste em reunir, em discursos síntese escritos na primeira pessoa do singular, o conteúdo e os argumentos que conformam opiniões semelhantes, ou seja, conteúdos mais significativos de diferentes depoimentos com sentidos semelhantes, podendo ser utilizado para tal, depoimentos individuais ou outro tipo de material verbal (artigos de jornais, revistas, discussões em grupo, etc.⁸. Essa técnica apresenta, ainda, um componente quantitativo por tratar-se de um “pensamento coletivo, na medida em que tem de expressar as opiniões compartilhadas por um quantitativo de indivíduos, que configuram a coletividade pesquisada compondo o Discurso do Sujeito Coletivo”⁹.

O estudo correspondeu ao período entre 2001 e 2011 e envolveu pesquisa de documentos coletados nos arquivos do Conselho. Os documentos – atas, jornal Consensus, livro SUS 20 Anos, Coleção Progestores, livro SUS Avanços e Desafios, dentre outros - disponibilizados pelo Conass em seu formato original foram digitalizados, discriminados por tipo, codificados com siglas alfanuméricas e identificados por ordem cronológica, com os respectivos números de páginas. O teor dos documentos foi produto da busca de sete descritores específicos, definidos previamente: financiamento; Emenda Constitucional n. 29 (EC 29); Regulamentação da Emenda; Subfinanciamento; Recursos Financeiros; Contribuição Provisória da Movimentação Financeira (CPMF) e Contribuição Social para a Saúde (CSS). A busca dos descritores, nos respectivos documentos deu-se em formato *word*, pela função “localizar” e cada resultado de pesquisa, ou seja, a cada documento analisado os dados eram transferidos ao *qualiquantisoft* – software auxiliar utilizado. Após inserir nele todos os resultados, conforme apresentação dos documentos eles foram classificados em dois grupos

distintos político e técnico, indicando quais tinham ou não referências aos descritores. O grupo político continha todos os discursos relativos ao posicionamento oficial do conjunto de secretários estaduais de saúde – produto de discussões, debates e apresentações nas Assembleias do Conass durante 11 anos – postos em atas e divulgados pelo Jornal Consensus, e o grupo técnico, os referentes à produção da equipe da Secretaria Executiva do Conass e que refletem orientações técnicas para a gestão do SUS.

Dado a extensão dos dados obtidos, utilizaram-se apenas os resultados do grupo político em compatibilidade com a pergunta da pesquisa: Como o Conass atuou na regulamentação da EC 29?

Com os dados, já inseridos no *qualiquantisoft* foi construída uma matriz de análise, contendo todos os discursos, considerados como sujeitos de pesquisa, especificados por anos e selecionados em três critérios de análise: política-administrativa-financeira; propositiva e normativa. Assa matriz possibilitou a análise do material coletado com a identificação das expressões chave (EC) – pedaços ou trechos contínuos ou descontínuos do discurso - mais relevantes, identificando-se as suas ideias centrais (IC), que sintetizavam o sentido ou os sentidos das EC de cada um dos discursos analisados e que, posteriormente, foram consolidadas em cinco categorias. Foram, então, construídos cinco discursos do sujeito coletivo, a partir do conjunto homogêneo de EC, selecionadas segundo o tipo de abordagem presentes nos discursos.

A tabulação dos dados deu-se de forma manual, de forma que a fala coletiva presente nos discursos das assembleias e jornais do Conass fosse representada como a fala de um só indivíduo.

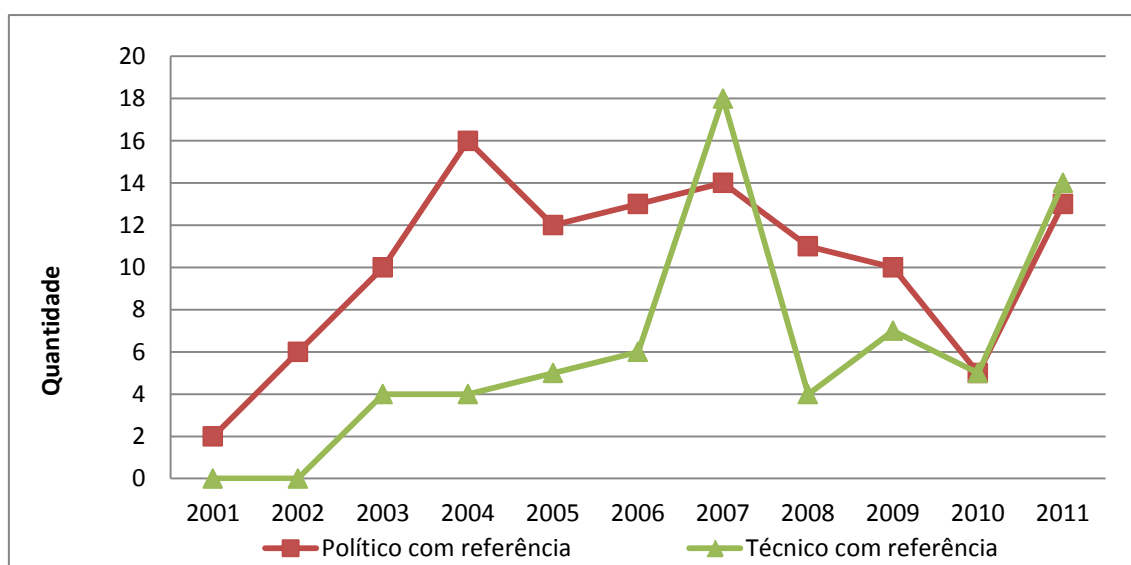
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília – UNB (CEP) e aprovado por ele sob o Registro 090/12. O acesso ao banco de dados se deu com a autorização por escrito do presidente do Conass, no Termo de Autorização para Pesquisa em Registro.

RESULTADOS

No contexto inicial da pesquisa, foram identificados 243 documentos, classificados em políticos e técnicos, correspondendo a um total de 12.719 páginas. A grande quantidade de documentos levou a opção de se trabalhar apenas com o grupo de documentos políticos, que correspondeu a 153 documentos e 1.502 páginas.

A análise dos documentos políticos, com referência ao tema da regulamentação da EC 29, aponta que, de 2001 a 2004, o assunto evoluiu de forma crescente, seguido dos anos de 2007 e 2011, sendo que, em 2008, esteve presente em 100% do total de documentos analisados. Essa análise coincide com os períodos de tramitação dos diversos projetos de lei que tratavam da regulamentação da EC 29. O PLC 01/2003 venceu todas as etapas regimentais da Câmara, comissões técnicas e inclusão em pauta de plenário até 2006, o que levou ao acompanhamento permanente do Conass nesse período. Em 2007 as atenções foram voltadas para a regulamentação da EC 29, atrelada à discussão da prorrogação da CPMF. Em 2008, com a extinção da CPMF, em dezembro de 2007, as atenções se voltaram para o PLS 121/2007, de autoria do senador Tião Viana e do substitutivo do senador Augusto Botelho que contou com a participação efetiva do Conass. Quanto a 2011 o tema ficou em evidência, tendo em vista a tramitação para aprovação final do PLP 306/2008, de autoria do relator Pepe Vargas, que culminou com a regulamentação da EC 29, pela Lei 141/2012. Evidencia-se, nesse período, a grande produção técnica do Conass relacionada ao tema, conforme se observa no gráfico 1.

Gráfico 1 Série histórica dos documentos identificados, nas categorias: Político e Técnico, segundo referência à regulamentação da EC 29/00. Conass 2001 a 2011



Fonte: Produção própria a partir de dados do Conass

Os resultados foram consolidados em cinco discursos construídos a partir das ideias centrais, presentes em cada conjunto homogêneo das expressões chave, evidenciadas na análise

documental e que resultaram nas categorias, a saber: 1) O Brasil investe pouco no Sistema Único de Saúde; 2) A necessidade de financiamento estável para o setor 3) A repolitização do SUS é uma necessidade; 4) Articulação e proposições do Conass para a regulamentação EC 29 e em defesa do SUS e 5) Normatização: um longo percurso.

A seguir são apresentados os discursos construídos com essas variáveis e que, em seu conjunto, respondem à pergunta inicial sobre qual o papel/atuação do Conass na regulamentação da EC 29, buscando-se identificar as estratégias adotadas no processo relacional do Conass com o Congresso Nacional e as entidades envolvidas e analisar o processo político-institucional que levou à aprovação da EC 29.

DSC.1 O Brasil Investe Pouco no Sistema Único de Saúde

É evidente que o Brasil investe poucos recursos na área da saúde. O SUS padece com o subfinanciamento desde a sua criação. Segundo dados do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde (OMS) dezenove governos de países americanos apresentam melhor desempenho que o Brasil, quando comparados os valores per-capita despendidos; o Brasil é o 31º, quando comparados os gastos com saúde como percentual do gasto total do governo e o 33º, quando comparado os gastos de governo como percentual do gasto total com saúde. Outro dado apresentado é o aumento da participação das esferas subnacionais de governo no financiamento da saúde e concomitante redução da participação do governo federal. O gargalo central do SUS é o subfinanciamento e quem conhece o sistema mais a fundo sabe que sem um financiamento adequado essa máquina não se movimenta. A história tem mostrado que, em geral, a área econômica trata o sistema público de saúde brasileiro como “gastador”, que sempre pede mais e que gasta mal os recursos de que dispõe, apesar do gasto público, como percentual do gasto total em saúde, ser de apenas 41,6%; de que o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2012 não atendeu ao preceito constitucional e de que, com base em estudos realizados pelo Conass, o montante destinado ao MS no orçamento da União precisou ser complementado em pelo menos R\$ 3.696.871,39. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do MS, mostra um crescimento progressivo do financiamento da saúde por estados e municípios, a partir do ano 2000, mas assinala uma paulatina redução proporcional dos recursos federais. A solução definitiva deste problema passa pela superação do subfinanciamento, que depende da regulamentação da EC-29, pelo Congresso Nacional, destinando 10% da Receita Corrente Bruta da União para custear despesas da saúde, que, se aprovada, teria acrescido R\$ 30 bilhões já no orçamento de 2011.

DSC.2 Há Necessidade de Financiamento Estável para o Setor

Após o ataque ao sistema de saúde com a retirada da contribuição de empregados e empregadores do financiamento da Assistência Social e da Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde realizou uma concentração no salão verde do Congresso, em 1993, para denunciar o subfinanciamento do SUS. Apesar da aprovação da CPMF, na metade dos anos 1990, permaneciam as dificuldades para garantir uma estabilidade de recursos para o setor. Para fazer frente ao desafio do financiamento do SUS, foi aprovada pelo Congresso Nacional a EC-29 em setembro de 2000. O texto entrou na pauta de votação depois de um “grande acordo” na Casa. A necessidade da regulamentação da EC-29 foi amplamente defendida na solenidade de posse da diretoria do Conass, realizada na Câmara dos Deputados, inclusive com

o compromisso público do seu presidente de colocá-la em votação ainda em 2007. A prorrogação da CPMF foi rejeitada pelo Senado Federal, em dezembro de 2007 depois de acirrada disputa entre o governo e a oposição, sob a alegação de que os recursos não estavam sendo utilizados na saúde. Ressaltando a urgência em regulamentar a EC-29 o presidente da Câmara dos Deputados se comprometeu a submeter o pleito ao colégio de líderes e afirmou ainda ter certeza que o Plenário estaria sensibilizado para aprovar o último destaque que faltava, já que se tratava de tema tão importante para o país. Houve manifestação da Caravana do SUS reconhecendo a urgência na definição do financiamento do sistema de saúde, sob a alegação da impossibilidade de administrá-lo com o financiamento disponível. “A regulamentação da EC-29 tornou-se para nós uma questão de honra”, disse o ministro José G. Temporão em 2009. A Câmara dos Deputados aprovou no dia 31 de outubro de 2008, por 291 votos a 111 e 1 abstenção, a regulamentação da EC-29. A matéria foi enviada ao Senado Federal. A atuação técnica e política do Conass na regulamentação da EC-29 foram reconhecidas pela liderança do governo no Senado Federal. Ao final de 2011 a presidente do CONASS informou a Assembleia que a EC-29, após dez anos de espera, fora regulamentada pelo Congresso Nacional.

DSC.3 A Repolitização do SUS é uma Necessidade

O Conass tem sido solidário com os governadores na busca pela suficiência de recursos e na luta pelo equilíbrio fiscal. É antiga a disputa por financiamento entre Fazenda e Saúde. Por isso o financiamento deve ser a bandeira do Conass, pois o rumo estratégico brasileiro na saúde é correto e agrega amplo consenso. A regulamentação da EC-29 acompanha as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. É necessário apoiar o MS para ampliar os recursos e retomar os rumos da saúde, enquanto direito de cidadania. O maior desafio dos gestores do SUS é convencer outros setores, de que a saúde precisa de mais recursos financeiros. É necessário politizar no sentido de envolver a sociedade como um todo na discussão sobre ampliação de investimentos para a saúde e no aperfeiçoamento das mudanças estruturais do setor. É importante também ter consciência de que se deve melhorar a qualidade do gasto, mas não é possível realizar o sonho constitucional com gastos inferiores a 220 dólares por habitante/ano no sistema público. Estados e municípios já estão no limite orçamentário, cumprindo as exigências da EC-29, enquanto o percentual da participação nos gastos com ações e serviços de saúde da união vem caindo nos últimos anos. A atuação dos secretários junto aos governadores e suas bancadas no Congresso é muito importante. Uma expressiva liderança do Congresso afirmou que: “as resistências são enormes para quem não é do setor saúde, principalmente na equipe econômica do governo e entre os governadores”. O financiamento é agora a questão central na luta pela saúde pública. Repolitizar o SUS, envolvendo a todos os atores sociais, é transparecer este problema seminal para o conjunto da população brasileira. Só assim teremos êxito na questão da sustentabilidade do sistema. Como disse o vice-presidente da República, à época, José Alencar, em audiência com Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) “trata-se de uma causa relevante e de interesse do país”. A saúde é percebida como um direito cada vez mais presente na consciência dos brasileiros. Assim reconheceu a candidata à presidência da República, Dilma Rousseff, no XXVI Congresso do Conasems em Gramado, em 2010, ao afirmar que “o SUS é o mais expressivo sistema de universalização em curso no Brasil” e reafirmar seus compromissos com o SUS enquanto uma das maiores conquistas da sociedade brasileira nas últimas décadas. A regulamentação da EC-29 é absolutamente vital para o povo brasileiro e o desafio da superação do subfinanciamento o principal compromisso de todos os dirigentes do Conass.

DSC.4 Articulação e Proposições do Conass na Regulamentação da EC 29 e em Defesa do SUS

A EC-29 vinculou recursos para serem gastos obrigatoriamente com ações e serviços de saúde, mas a eficácia da vinculação está na dependência da qualidade da

informação, o que torna fundamental a realização de esforço conjunto para sistematizar e disponibilizar dados de orçamento e execução financeira dos recursos relativos à saúde. Outra consequência da EC-29 foi fomentar o planejamento no SUS, devido a capacidade de ordenar e instrumentalizar o processo no âmbito estadual, no momento da elaboração do plano de saúde e do plano plurianual. A EC-29 representou um horizonte estratégico e a sua regulamentação foi uma prioridade na agenda do Conass com o Congresso Nacional. Por isso foi importante para o Conass exercer a liderança na defesa dessas questões, abrindo espaço de interlocução com a sociedade e atuando, fortemente, junto ao Congresso Nacional para garantir a sobrevivência do SUS. Não há mágica: para conquistar o SUS constitucional, o Ministério da Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde, o Conass, o Conasems, os intelectuais e os profissionais da saúde têm de colocar o assunto de maneira clara e decisiva diante da sociedade e de suas lideranças. O Conass tem se destacado na construção de consensos, definindo agenda de prioridades com o MS pra discutir e reorganizar o sistema em redes e assim mudar a lógica do financiamento. Isso leva a uma atuação junto ao Congresso Nacional e ao Ministério do Planejamento em torno do financiamento e do direito ao acesso. Essa mensagem deverá ser transmitida, de forma intensa e continuada à população brasileira e constituirá a sinalização mais clara para o movimento de politização da Saúde no país. Nesse novo momento, entre os gestores do SUS, espera-se o aprofundamento dessa parceria, principalmente no que concerne a pontos decisivos para a área da Saúde. É preciso abrir essa discussão para a sociedade para que os investimentos públicos sejam cada vez maiores. O grande espaço de flexibilidade que existe para o aumento de gastos está com o governo federal. O Conass tomou a iniciativa de procurar a Frente Parlamentar para debater o assunto e apresentou aos parlamentares documento produzido pela entidade, com base no estudo sobre os principais pontos de estrangulamento orçamentário nos estados. O Conass propôs realizar uma grande mobilização junto ao Congresso Nacional, para desencadear um movimento político em defesa do SUS, ampliando o diálogo com a sociedade brasileira e inserindo decisivamente a saúde na pauta política. Para isso a secretaria executiva do Conass produziu documentos, que serviram de base para negociações com as entidades representativas dos diversos segmentos da saúde. Após várias discussões, ficou definido que o Conass continuaria a exercer ação política junto à Câmara, para a votação contrária aos quatro destaques apresentados ao Projeto de Lei Parlamentar 306/2008 (PLP 306/08), e trabalhar junto ao relator, no Senado, para garantir pontos fundamentais para o CONASS como aumento da aplicação de recursos da União. O Conass encaminhou mensagens de apelo ao Congresso Nacional, que reconheceu a importância de pautar o assunto, o quanto antes, principalmente depois da rejeição da prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF).

DSC. 5 Normatização: Um Longo Percorso

Considerando a EC-29 como definidora de critérios de vinculação de recursos orçamentários das três esferas de governo para serem gastos em ações e serviços de saúde, faz-se necessário a revisão da legislação do SUS e, a partir dela, a de alguns aspectos ainda controversos, como as atribuições e as responsabilidades dos entes federados. A Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei Complementar (PLC 01/2003) de autoria do deputado Roberto Gouveia atualizando os percentuais mínimos de participação da União, dos estados e dos municípios para o financiamento da saúde, garantidos pela Emenda Constitucional nº 29. É necessário clarear de forma definitiva, eficaz e inequívoca, quais são as receitas e quais são as despesas elegíveis que entram no cálculo para o cumprimento da EC-29. Uma alternativa encontrada pelo Ministro da Saúde, em 1997, para minimizar o problema do financiamento foi a criação de uma contribuição que incidisse sobre as movimentações financeiras, cujos recursos arrecadados deveriam ser utilizados na área da saúde. A Lei nº 9311, de 24 de outubro de 1996, criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, extinta dez anos depois pelo Senado Federal, sob a alegação de não está sendo usada totalmente na saúde, mesmo com a garantia do presidente Lula de que “Uma vez aprovada nos termos da PEC 50/2007, o governo respaldaria um acordo parlamentar que

destinasse valores correspondentes da CPMF, de forma progressiva até 2010, à exceção dos recursos abrangidos pela DRU” para o setor. O Senado Federal aprovou, por unanimidade, em maio de 2008, a harmonização do artigo 2º do PLS n. 121/07, de autoria do senador Tião Viana, definindo percentuais para estados, municípios e 10% das RCB da União para a saúde, além de definir o que são serviços de saúde. Em 2008, pelo PLP 306/08 propõe-se nova contribuição para a saúde, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), uma alíquota de 0,1% que incidiria sobre toda a movimentação financeira e que, segundo cálculos do governo, aumentaria a arrecadação em aproximadamente 12 bilhões de reais por ano. Os recursos seriam exclusivos para a saúde e a nova contribuição seria permanente. O mesmo Projeto excluía da base de cálculo a distribuição de recursos definidos, para compor o Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação-FUNDEB. A exclusão vigoraria pelo prazo de cinco exercícios financeiros.

DISCUSSÃO

O Conass em seu discurso (DSC.1) ressalta o baixo investimento em saúde no Brasil, a redução na participação proporcional pelo governo federal no financiamento do setor e o esforço dos níveis subnacionais para superar o problema. A afirmação é sustentada por Vasquez¹⁰ ao constatar que a participação da União no financiamento dessa política diminuiu passando de 60% em 2000 para 48% em 2006. Franzese¹¹ define esta condição como um *jogo de empurra*, cuja causa é o ajuste fiscal do Estado e a indefinição de competências e responsabilidades constitucionais entre os entes federados, fruto da redefinição do federalismo brasileiro quando da elaboração da CF-1988.

Além do subfinanciamento fica evidente pelo olhar do Conass (DSC. 2) que é preciso garantir no arcabouço jurídico do Brasil uma fonte estável de financiamento para o Sistema Único de Saúde que responda à necessidade de que “a saúde tem que ter um financiamento, definido, definitivo e suficiente” como afirma Carvalho¹².

A repolitização do SUS é vista pelos gestores estaduais (DSC.3) como uma necessidade. A repolitização, como posta no Pacto em Defesa do SUS¹³, expressa o compromisso dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e com a afirmação do SUS como política pública. No entanto, para que ela realmente se efetive é necessário utilizar-se da cidadania como estratégia de mobilização social e ter a convicção de que saúde é um direito garantido mediante financiamento adequado, o que é possível desde que todos os atores envolvidos se engajem nessa luta. O discurso apresentado sustenta a ideia que é necessário envolver toda a sociedade no sentido de pertencimento em relação ao sistema de saúde brasileiro e o que ele representa realmente, ou seja, a expressão materializada do direito à saúde a cada cidadão. A materialização do SUS como sistema público universal implicará

definir que opção valorativa a sociedade brasileira irá tomar para o seu desenvolvimento econômico e social nos anos futuros¹⁴.

O Conass entendeu (DSC.4) que a EC-29, desde a sua implantação, além de regularizar o financiamento da saúde, poderia fomentar o planejamento, tornando-se um ‘horizonte estratégico’. Com essa visão, estreitou a interlocução com o Congresso, parceiros e sociedade e apresentou propostas aos candidatos à presidência da República, em 2006, como atesta Paim¹⁵. Lutou pela regulamentação da EC 29 e pela politização da saúde, mesmo sabendo ser o alicerce bastante irregular, já que cimentado na incoerência da política brasileira e na desmobilização das forças que lutaram para a implantação do sistema. A busca por consensos fortaleceu esta estratégia que teve como prioridade discutir e reorganizar o sistema em redes e, através dela, mudar a lógica do financiamento.

O caminho percorrido para a aprovação da regulamentação da EC 29 pelo Congresso Nacional deixa evidente (DSC.5) as dificuldades políticas enfrentadas no período. A impassibilidade do governo federal e a tibieza do parlamento colaboraram para que a regulamentação da EC 29 demorasse uma década. O Congresso Nacional, que parecia reagir ao subfinanciamento da saúde ao criar a EC 29, revelou-se pusilânime ao regulamentar a Emenda e, ainda assim, fazê-la sem os 10% da RCB da União para a saúde. O “grande acordo na Casa” não se efetivou na prática, como evidencia em edição especial sobre a regulamentação da EC 29 a revista RET-SUS¹⁶ quando traz o dep. Darcísio Perondi (PMDB-RS) - referindo-se a criação da EC-29 - avaliando que os parlamentares não tiveram uma compreensão da macroeconomia, à época, ao considerarem a vinculação do PIB nominal como um avanço para o SUS.

Fica evidenciado que a condução do processo de regulamentação da EC 29 pelo Congresso Nacional foi feita de forma desconexa com um movimento de pressão e contrapressão por conta de uns que defendiam maior participação da União no financiamento da saúde, enquanto outros se empenhavam em impedi-la¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo comprova a atuação do Conass, quando se identifica na Lei 141/2012 temas recorrentes no discurso da entidade, defendidos durante o processo de regulamentação, tais

como: definição clara do que são ações e serviços de saúde; transferência obrigatória de recursos fundo a fundo; valorização do processo de planejamento do SUS e distribuição de recursos federais que contemple a redução das desigualdades regionais.

O Conselho atuou durante os últimos dez anos na defesa da regulamentação da EC 29 por considerá-la uma oportunidade para a superação das dificuldades do financiamento da saúde pública e agiu em todos os espaços onde o embate se deu, com forte relação interinstitucional, procurando fortalecer as convicções sobre a importância da mesma para a vida do SUS.

A Lei 141/2012 não contempla a grande bandeira, identificada em todos os discursos, quanto a necessidade da ampliação dos recursos financeiros federais com a respectiva vinculação dos 10% da Receita Corrente Brutas para a saúde, que constitui-se em uma ideia permanente e estratégica para a efetivação do caráter universal do Sistema Único de Saúde.

O Conass como entidade representativa das secretarias estaduais de saúde, coerente com o seu discurso, mantém uma agenda permanente de atuação técnica e política visando obter um financiamento suficiente e estável para a saúde pública do Brasil, que permita que o SUS constitucional seja, de fato, efetivado.

REFERÊNCIAS

1. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009 Jul;25(7):1620-5.
2. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. The Lancet. 2011 Jun 11;377(9782):2042-53.
3. Harris M, Haines A. Brazil's family health programme. BMJ. 2012;341:c4945 (published 29 november 2010).
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Para entender a gestão do SUS. Brasília: Conass;2003.
5. Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Caderno de Saúde Pública. 2006 Ago;22(8):1597-609.
6. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva. 12(Sup.). 2007. p.1853.
7. Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. 2004 Maio/Ago;30(2):289-300.

8. Lefevre F, Lefebvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. 2. ed. Brasília: Liber Livro; 2012. 224p. (Série Pesquisa: 20)
9. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2006 Jul/Dez;10(20):512-24.
10. Vasquez DA. Efeitos da regulamentação federal sobre o financiamento da saúde. *Caderno de Saúde Pública.* 2011 Jun;27(6):1201-12.
11. Franzese C, Abrucio FL. A combinação entre federalismos e políticas públicas no Brasil pós 1988: os resultados na área da Saúde, Assistência Social e Educação. Reflexões para Ibero-América: Avaliação e Programas Sociais; ENAP, 2009. 168p. Disponível em: www.enap.gov.br/files/Caderno_EIAPP_Programas_Sociais.pdf.
12. Carvalho G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. *Tempos – Actas de Saúde Coletiva.* 2008 Jul/Dez;2(1):39-51.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: [editor desconhecido]; 2006. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). SUS: Avanços e Desafios. Brasília: Conass; 2006.
15. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
16. REVISTA RET-SUS. Especial Regulamentação da EC 29. 2011 Out;VI(48). (Órgão oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde). Brasil. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista48.pdf>.
17. Santos NR. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate.* 2009 Jan/Abr;33(81):13-26.

APÊNDICE A – MODELO DO QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS DIRIGENTES DO CONASS NO PERÍODO DO ESTUDO

PESQUISA

A Atuação do Conass na Regulamentação da Emenda Constitucional N. 29, no Período de 2001 a 2011

Pesquisador: Jurandi Frutuoso Silva

1 – Como ex-dirigente do Conass o(a) senhor(a) vivenciou as ações pela aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº29/2.000. Descreva a atuação do Conselho nesse processo.

2 – Durante esse périplo quais as facilidades e dificuldades do Conass identificadas pelo(a) senhor(a) na defesa dos interesses do SUS e dos gestores estaduais em busca da regulamentação?

3 – À medida em que as negociações prosseguiam e, por tratar-se de conjunturas políticas distintas (governos diferentes), novas ideias iam surgindo e tornando o debate mais intenso. Do seu ponto de vista enumere as mais importantes para o fortalecimento do SUS.

4 – Tomando como base o projeto original (PLC 01/2003) analise a Lei 141/2012 (que regulamentou a Emenda Constitucional nº29), do ponto de vista de avanços ou retrocessos para o SUS.

5 – Ainda com base na Lei 141/2012 que pontos o(a) senhor(a) mais identifica com a atuação do Conass e que, portanto, contemplaram os gestores ao longo dos dez anos de luta?

APÊNDICE B – RESULTADO QUANTITATIVO DA ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Tabela 1. Distribuição nominal e proporcional das ideias centrais, segundo categorias dos conteúdos temáticos, identificadas nos questionários enviados aos Ex-Presidentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), das gestões 2001 a 2012.

Categoria	Ideia Central	Resposta por total de questionário	
		Número (N)	Proporção(%)
Atuação do CONASS pela aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional n° 29/2000 (EC29)	Teve ação organizada e consistente, participando ativamente dos fóruns onde o assunto foi discutido.	6/6	100
	O tema foi item de pauta permanente no CONASS.	6/6	100
	Articulação com Congresso Nacional e/ou Ministérios.	3/6	50
	Articulação com outras entidades e/ou áreas afins.	2/6	33,3
	Utilização dos meios de comunicação para divulgar a importância da matéria.	1/6	16,6
Facilidades da atuação do CONASS na defesa dos interesses do SUS e dos gestores estaduais no processo de regulamentação da EC 29	Bom relacionamento entre os atores do SUS.	2/6	33,3
	Reconhecimento do CONASS como órgão máximo de representação.	2/6	33,3
	Bom relacionamento entre os secretários.	1/6	16,6
	Capacidade técnica do escritório do CONASS.	1/6	16,6
	Parceria permanente com a Frente Parlamentar da Saúde (FPS).	1/6	16,6
Dificuldades da atuação do CONASS na defesa dos interesses do SUS e dos gestores estaduais no processo de regulamentação da EC 29	Interesses diversos (dif. ideológicas) quanto a regulamentação da EC-29.	3/6	50
	Resistência da área econômica e dos governos em aumentar o investimento em saúde, sobretudo da União.	3/6	50
	A permanente divulgação pela mídia de que a saúde não precisa de mais recursos e sim de mais gestão.	2/6	33,3
	Ausência de mobilização da sociedade em defesa do SUS.	2/6	33,3
	Mudança frequente de gestores.	1/6	16,6
	Iniquidade do Pacto federativo brasileiro.	1/6	16,6
	Série histórica do gasto dos estados com saúde muito aquém do exigido pela vinculação com a EC-29.	1/6	16,6
	Indisposição do Congresso Nacional em assumir posições a	1/6	16,6

Continua

Tabela 1. Distribuição nominal e proporcional das ideias centrais, segundo categorias dos conteúdos temáticos, identificadas nos questionários enviados aos Ex-Presidentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), das gestões 2001 a 2012.

Categoria	Ideia Central	Resposta por total de questionário	
		Número (N)	Proporção(%)
	favor do SUS e contra a opinião pública (CPMF/CSS).	1/6	16,6
	Baixa capacidade de comunicação dos gestores junto a sociedade na defesa de mais recursos para o SUS.	1/6	16,6
Elenco de ideias mais importantes para o fortalecimento do SUS, durante a evolução do processo de discussão e aprovação da EC 29	A regulamentação é a solução para o subfinanciamento.	3/6	50
	Necessidade de elevação do gasto com saúde pela União.	3/6	50
	O SUS é uma ideia bem concebida, mas mal executada.	2/6	33,3
	O subfinanciamento da saúde é uma realidade.	1/6	16,6
	Necessidade do financiamento contemplar as desigualdades regionais.	1/6	16,6
	Necessidade de nova norma operacional sem perda do conceito de regionalização).	1/6	16,6
	Mais transparência na prestação de contas levando em conta gastos e resultados.	1/6	16,6
	A dificuldade dos estados em gastar os 12% constitucionais com saúde foi motivo de dissenso.	1/6	16,6
	A proposta de colocar todo dinheiro da CPMF para a saúde.	1/6	16,6
	Análise da Lei 141/12 que regulamentou a EC-29, tomando como base o Projeto de Lei Complementar 01/2003, na perspectiva de Avanços	A regulamentação da EC-29 com a definição do que são ações e serviços de saúde.	4/6
Fortalecimento dos instrumentos de planejamento e de controle.		2/6	33,3
Definição de que as transferências tem que ser obrigatoriamente fundo a fundo.		1/6	16,6
Definição de que a União e Estados levem em conta as diferenças regionais na transferência de recursos financeiros.		1/6	16,6
Análise da Lei 141/12 que regulamentou a EC-29, tomando como base o Projeto de Lei Complementar 01/2003, na perspectiva de Retrocessos	A manutenção da forma de cálculo para a participação da União	6/6	100

Continua

Tabela 1. Distribuição nominal e proporcional das ideias centrais, segundo categorias dos conteúdos temáticos, identificadas nos questionários enviados aos Ex-Presidentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), das gestões 2001 a 2012.

Categoria	Ideia Central	Resposta por total de questionário	
		Número (N)	Proporção(%)
Pontos mais identificados com o CONASS, presentes na Lei 141/12.	Definição clara do que são ações e serviços de saúde.	4/6	66,6
	Obrigatoriedade do transito dos recursos pelos fundos de saúde.	3/6	50
	A valorização dos instrumentos de Planejamento do SUS, com ênfase para Planos de Saúde e Relatório Anual de Gestão.	2/6	33,3
	Inclusão na legislação dos Planos Regionais de Saúde.	2/6	33,3
	Critérios de distribuição de recursos visando a redução das desigualdades regionais.	2/6	33,3
	Fortalecimento da gestão tripartite	1/6	16,6
	A reafirmação do que são portas de entrada do sistema.	1/6	16,6
	A vinculação dos percentuais mínimos das receitas.	1/6	16,6
	Reafirmação do artigo 6º da Lei 8080/90.	1/6	16,6

Fonte: Questionário elaborado pelo pesquisador e enviado aos Presidentes do CONASS das gestões 2001 a 2012.

APÊNDICE C – RESULTADO QUALITATIVO DA ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Quadro 1. Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir expressões chaves.

Categoria 1 Atuação do CONASS pela aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00.	
Expressões Chaves	<p>“Ação extremamente organizada e consistente” D1</p> <p>“Várias foram as discussões internas travadas entre os Secretários de Estado da Saúde” D1</p> <p>“Uma ação muito bem equilibrada entre o posicionamento técnico e o político”. D1</p> <p>“Fizemos um trabalho de convencimento de nossos governadores no sentido de sensibilizá-los da importância do assunto”.D2</p> <p>“Era item de pauta permanente no CONASS” D1</p> <p>“Promoveu debates, levantou a situação dos estados por diversas vezes”...D3</p> <p>“Foi protagonista vigoroso na luta política pela aprovação da EC-29”. D4</p> <p>... “Quando da aprovação do PLS que definia 10% das receitas corrente bruta da União da saúde participou ativamente da elaboração do PL...” D5</p> <p>“...mobilizou os Secretários Estaduais de Saúde e outros segmentos para a sua aprovação por unanimidade pelos senadores à época”.D5</p> <p>“...sempre foi a luta central de todos os gestores de saúde do Brasil a regulamentação da Emenda n. 29.”D6</p> <p>“... a Emenda n. 29 – aprovada em 2000, que não tinha sido regulamentada ainda, passou a ser o centro das ações políticas. A prioridade n. 1 dos gestores de saúde do Brasil.” D6</p> <p>E nós movimentamos a área da saúde, em que o CONASS teve um aspecto protagonista...” D6</p> <p>“...trouxe esse pleito do senador Simom – ele pediu pra que nós redigíssemos o texto, então, do governo, que o governo colocaria todos os recursos na área da saúde – o CONASS fez esse texto, é importante dizer isso, isso é um registro histórico. O CONASS redigiu o texto que veio sem nenhuma modificação do Palácio do Planalto, voltou assinado pelo ministro Mântega e pela área econômica do governo”.D6</p> <p>“O CONASS se fez presente em todos os fóruns, onde esse assunto ia ser discutido” D1</p> <p>“O CONASS atuou dentro e fora de seu território”. D3</p> <p>“Batalhou junto ao Poder Legislativo, seja pelas interlocuções pessoais com relatores de orçamento ou com autores de projetos modificadores da proposta original de regulamentação”. D3</p> <p>“A agenda da entidade para essa conquista passou por intenso processo de articulação com congressistas, entidades da área, manifestações públicas frequentes”...D4 OU</p> <p>“... as ações do CONASS se deram em consonância com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, com o Conselho Nacional de Saúde e outras instâncias do controle social, bem como com agentes públicos do Ministério da Saúde”. D4</p> <p>“participou nos últimos dez anos dos principais movimentos para a regulamentação da Emenda Constitucional número 29/2000”. D5</p>

Continua

Quadro 1. Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir expressões chaves.

Categoria 1 Atuação do CONASS pela aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00.	
Expressões Chaves	<p>“Teve participação direta nas discussões para a aprovação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei”... D5</p> <p>“esteve junto com Conasems e Frente Parlamentar da Saúde participando das negociações”. D5</p> <p>“Logramos êxito na aprovação da emenda, mas não da forma desejada...” D2</p> <p>“Já na gestão do ministro Humberto Costa, foi muito decepcionante perceber o desinteresse do Ministério da Saúde em lutar para que a emenda fosse regulamentada”. D2</p> <p>“... e, principalmente, realizou estudos, ano a ano, sobre a proposta orçamentária do Ministério da Saúde, apontando as deficiências”. D3</p> <p>“... entre outras estratégias, como a permanente reivindicação por mais recursos para a saúde”. D4</p> <p>“Atualmente o CONASS continua a sua luta por mais recursos para a saúde”... D5</p> <p>“O Brasil tem, em termos proporcionais, a metade do <i>per capita</i> pra saúde pública que tem o Chile – e muitas vezes menos do que tem o Canadá e a Inglaterra, que dão atendimento universal como o Brasil se propõe a dar.” D6</p> <p>“...quando há uma deficiência nessa área, quando um orçamento fica a quem das necessidades reais e até do mercado de trabalho pra segurar profissionais dentro do Sistema Único de Saúde, ele passa a responder cada vez menos e cada vez ser mais difícil garantir essa universalidade, o atendimento integral, gratuito”.D6</p> <p>“...a questão da CPMF (Contribuição para Movimentação Financeira), que foi criada ainda no tempo do governo Fernando Henrique, uma luta do ministro Adib Jatene para ser um recurso extra para a saúde. Essa contribuição, na época, orçava em torno de 40 bilhões de reais, dos quais só metade acabava indo para a saúde, metade era gasta em outras prioridades do governo, outras áreas. A nossa luta era para que viesse esse recurso todo para a saúde como um acréscimo, não substituindo recurso.” D6</p> <p>“No começo, a área econômica do governo foi contra, sempre restringiu os recursos da saúde, em qualquer governo.” D6</p> <p>... “participando de forma muita ativa de uma grande mobilização da sociedade voltada para a coleta de assinaturas para projeto de lei de iniciativa popular para alterar a Lei 141/2012”...</p>
Discurso do Sujeito Coletivo	<p>O Conass teve uma ação extremamente organizada, consistente e muito bem equilibrada, sobretudo entre o posicionamento técnico e o político. Promoveu debates; realizou um trabalho de convencimento dos governadores, no sentido de sensibilizá-los da importância do assunto (financiamento do SUS); travou várias discussões internas entre os Secretários de Estado da Saúde; colocou a regulamentação da EC – 29 como item de pauta permanente no Conas, como centro das ações políticas e como prioridade número um dos gestores de saúde do Brasil, tendo sido um protagonista vigoroso na luta política por sua aprovação mobilizando, além dos secretários estaduais de saúde, outros segmentos para tal. Teve atuação determinada quando da discussão do PLS 121/2007, que definia 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde e participou ativamente das articulações pela permanência da CPMF, em 2007, chegando, inclusive, a redigir o texto, a pedido do senador Pedro Simon, afirmando que o governo colocaria todos os recursos na área da saúde. O Conass fez esse texto, é importante dizer isso, isso é um registro histórico, e ele veio sem nenhuma modificação do Palácio do Planalto, assinado pelo ministro Guido Mântega e pela área econômica do governo. A CPMF foi uma luta do ministro Adib Jatene para ser um recurso extra para a saúde. Essa contribuição, na época, orçava em torno de</p>

Continua

Quadro 1. Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir expressões chaves.

Categoria 1 Atuação do CONASS pela aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/00.	
Discurso do Sujeito Coletivo	40 bilhões de reais, dos quais só metade acabava indo para a saúde, metade era gasta em outras prioridades do governo, outras áreas. A nossa luta era para que viesse esse recurso todo para a saúde como um acréscimo, não substituindo recurso. O Conass atuou dentro e fora de seu território, participando nos últimos dez anos dos principais movimentos para a regulamentação da E C - 29/00, se fazendo presente em todos os fóruns onde esse assunto ia ser discutido. A agenda da entidade para essa conquista passou por intenso processo de articulação com congressistas – participando, diretamente, das negociações com a Frente Parlamentar da Saúde; entidades da área e em manifestações públicas. Suas ações se deram em consonância com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias do controle social, bem como com agentes públicos do Ministério da Saúde. Realizou estudos, ano a ano, sobre a proposta orçamentária do Ministério da Saúde, constatando o subfinanciamento do SUS, apontando as deficiências e reivindicando mais recursos para a saúde, vez que a área econômica do governo sempre restringiu os recursos para saúde. O Brasil, em termos proporcionais, tinha a metade do per capita pra saúde pública que o Chile e muitas vezes menos do que o Canadá e a Inglaterra, que dão atendimento universal como o Brasil se propõe a dar. Quando há deficiência nessa área, quando o orçamento fica a quem das necessidades reais e até do mercado de trabalho pra segurar profissionais dentro do Sistema Único de Saúde, ele passa a responder cada vez menos e cada vez é mais difícil garantir a universalidade com atendimento integral e gratuito. Logramos êxito na aprovação da emenda, mas não da forma desejada e, atualmente, o Conass continua a sua luta por mais recursos para a saúde, participando de forma muito ativa de uma grande mobilização da sociedade voltada para a coleta de assinaturas para projeto de lei de iniciativa popular para alterar a Lei.
Categoria 2 Facilidades e Dificuldades Apontadas pelos Dirigentes na Defesa da Regulamentação da EC 29	
Expressões Chaves	<p>“...a boa relação que o CONASS tem com os técnicos do MS”... D1</p> <p>“... a boa relação entre todos os secretários de estado da saúde”... D1</p> <p>“...o reconhecimento de todos, de que o CONASS realmente era o órgão máximo que os representava...” D1</p> <p>“Havia a facilidade da credibilidade do CONASS e a capacidade técnica do nosso Escritório em apresentar análises e propostas...” D3</p> <p>“O processo de pactuação construído ao longo da experiência vivida através da CIT e da participação junto ao controle social, permitiu alcançar os mínimos contemplados na EC-29,além, evidente ,da articulação política como um todo, sem dúvida essas instâncias com a prática de diálogo e pactuação foram facilitadoras desse processo”.D4</p> <p>“Chegou-se também ao consenso, visando viabilizar a negociação com setores da esfera federal...” D4</p> <p>“permanente parceria dentro do Congresso Nacional com os parlamentares da Frente Parlamentar da Saúde.” D5</p> <p>“... mudança de gestores a frente de Secretarias de Saúde em alguns Estados... . Esta alternância prejudicava e muito a atuação do CONASS”D1</p> <p>“... foi o desarranjo do pacto federativo, com uma exagerada concentração tributária nos cofres do governo federal e uma assunção</p>

Continua

Quadro 1. Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir expressões chaves.

Categoria 2 Facilidades e Dificuldades Apontadas pelos Dirigentes na Defesa da Regulamentação da EC 29	
Expressões Chaves	<p>progressiva de responsabilidades e ônus para estados e municípios, sem a devida repartição tributária.” D2</p> <p>“... além do mais, o endividamento de muitos estados impedia que houvesse um interesse em se aprovar algo que geraria obrigações imediatas, sem que as questões relacionadas à dívida e ao déficit dos estados tivessem sido solucionadas.”D2</p> <p>“...a dificuldade era muito grande no sentido de ser um assunto que transitava em todos os grupos políticos e, por isso, sofria muitas pressões”.D3</p> <p>“...dificuldades para fixação dos percentuais de vinculação”.D4 (Uma das razões mais forte foi o fato dos municípios já terem sido contemplados na Constituição de 1988 com reforma tributária que promoveu expressiva descentralização de receita para os mesmos, o que não ocorreu com os estados. Da mesma forma que o processo de descentralização das ações e serviços de saúde privilegiou o ente municipal e portanto gerou novos recursos descentralizados.)</p> <p>“Convencer a área econômica das três esferas de governo sempre representou um embate no processo de debate. Essa resistência se refletia também na posição dos chefes do executivo”. D4</p> <p>“A imagem distorcida que a maior parte da mídia dava ao desempenho do SUS também se traduzia em dificuldades, o que ficou muito evidente na extinção da CPMF”. D4</p> <p>“... as dificuldades foram inúmeras: a) A ausência de uma mobilização da sociedade em defesa do SUS e de seu financiamento. b) O entendimento da própria sociedade que rejeitou e ainda rejeita uma contribuição social voltada para a saúde. c) A permanente versão dos meios de comunicação de que a área de saúde não precisa de mais recursos e sim de melhor gestão. d) A falta de uma posição favorável do Governo Federal em defesa de mais recursos para a saúde, principalmente quando se coloca a necessidade de mais recursos vinculados da União. e) A percepção política dos parlamentares que rejeitam recursos adicionais para a saúde, no caso da CPMF, para não confrontar o entendimento da sociedade que não está disposta a pagar mais impostos/contribuições. f) A baixa capacidade de comunicação dos gestores junto a sociedade para defender mais recursos para a saúde.”D5</p> <p>“...as dificuldades foram muitas, colocadas pela área econômica do governo, colocadas pela confusão ideológica e política de setores atrelados partidariamente ao governo na sociedade civil, que demoraram muito a apoiar ou não apoiaram a mobilização na questão da CPMF e na própria mobilização pelos 10% da saúde”.D6</p>
Discurso do Sujeito Coletivo	<p>Facilidades: a boa relação com os técnicos do MS; a boa relação entre todos os secretários de estado da saúde e o reconhecimento de todos de que o Conass realmente é o órgão que nos representa; a credibilidade do Conass e a capacidade técnica de seu escritório em apresentar análises e propostas visando viabilizar as negociações com setores da esfera federal e as parcerias com o Congresso Nacional por meio da Frente Parlamentar da Saúde. A articulação política, a prática de diálogo e o processo de pactuação construído ao longo da experiência vivida, através da CIT e das instâncias do controle social, foram facilitadores desse processo e permitiram alcançar os mínimos contemplados na EC 29. Entre as dificuldades destacam-se: a mudança de gestores à frente de Secretarias de Saúde em alguns Estados, cuja alternância prejudicava e muito a atuação do CONASS; o desarranjo do pacto federativo com uma exagerada concentração tributária nos cofres do governo federal e uma assunção progressiva de responsabilidades e ônus para estados e municípios, sem a devida repartição tributária; o endividamento de muitos estados impedia</p>

Continua

Quadro 1. Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir expressões chaves.

Categoria 2 Facilidades e Dificuldades Apontadas pelos Dirigentes na Defesa da Regulamentação da EC 29	
Discurso do Sujeito Coletivo	um maior interesse em se aprovar algo que gerasse obrigações imediatas, sem que as questões relacionadas ao déficit dos estados tivessem sido solucionadas; a dificuldade muito grande por ser um assunto que transitava em todos os grupos políticos e, por isso, sofria muitas pressões e dificuldades para fixação dos percentuais de vinculação por parte da união. Convencer a área econômica das três esferas de governo da necessidade de recursos para a saúde sempre transformou-se num embate permanente. Essa resistência se refletia também na posição dos chefes do executivo. Outras dificuldades, ainda nesse processo, foram: a ausência de mobilização da sociedade em defesa do SUS e de seu financiamento; o entendimento da própria sociedade que rejeitou e ainda rejeita uma contribuição social voltada para a saúde; a permanente versão dos meios de comunicação de que a área de saúde não precisa de mais recursos e sim de melhor gestão; a falta de uma posição favorável do Governo Federal em defesa de mais recursos para a saúde, principalmente quanto a mais recursos vinculados a União; a percepção política dos parlamentares que rejeitam recursos adicionais para a saúde, no caso da CPMF, para não confrontar o entendimento da sociedade que não está disposta a pagar mais impostos/contribuições e a baixa capacidade de comunicação dos gestores na defesa de mais recursos para a saúde. As dificuldades colocadas pela área econômica do governo foram muitas, fruto da confusão ideológica e acirrada disputa política.
Categoria 3 Ideias mais Importantes para o Fortalecimento do SUS Surgidas no Processo de Regulamentação da EC 29	
Expressões Chaves	<p>“...o SUS é muito bem desenhado, mas mal aplicado pelos três entes federados que o compõe.”D1</p> <p>“...o sub-financiamento da saúde pública brasileira ainda é uma realidade”.D1</p> <p>“..o mais importante foi o convencimento de que a única forma de se melhorar o financiamento para a saúde em bases estáveis passava, obrigatoriamente, pela regulamentação”. D2</p> <p>“...o financiamento da saúde não permite a integralidade do cuidado e a universalidade do acesso, pontos fundamentais do nosso SUS”.D3</p> <p>“... a necessidade de que o financiamento federal , através de seus repasses, contemplasse as desigualdades regionais logo, defesa veemente do princípio da equidade, na garantia de verdadeiro acesso universal e igualitário”.D4</p> <p>»..a necessidade de nova norma operacional, sem perda do conceito de regionalização...4</p> <p>“...criação de mecanismos mais transparentes de prestação de contas dos resultados assim como dos gastos.”D4</p> <p>“a União precisa aumentar significativamente sua participação proporcional no financiamento da saúde pública, que já foi mais de 75% e hoje fica em torno de 45%.Esse sem dúvida foi o ponto central de todas as discussões desde o primeiro projeto de lei que visava regulamentar a EC 29”. D5</p> <p>“A participação dos estados também foi objeto de dissenso tendo em vista a dificuldade destes de aplicar de imediato os 12% previstos, sem um período de transição.”D5</p> <p>“a questão de colocar a CPMF toda para a saúde, como um valor a mais no orçamento da saúde...”D6</p> <p>“fazer, por iniciativa popular, a retomada da questão dos 10% na área da saúde”.D6</p>

Continua

Quadro 1. Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir expressões chaves.

Categoria 3 Ideias mais Importantes para o Fortalecimento do SUS Surgidas no Processo de Regulamentação da EC 29	
Discurso do Sujeito Coletivo	O SUS é muito bem desenhado, mas mal aplicado pelos três entes federados que o compõe. O subfinanciamento da saúde pública brasileira ainda é uma realidade e a única forma de se melhorar o seu financiamento em bases estáveis, passa obrigatoriamente, pela regulamentação da EC 29. O financiamento da saúde não permite a integralidade do cuidado e a universalidade do acesso, pontos fundamentais do nosso SUS. É necessário, portanto, que o financiamento federal, através de seus repasses, contemple as desigualdades regionais, em defesa veemente do princípio da equidade e do acesso universal e igualitário, além de nova norma operacional, sem perda do conceito de regionalização. É necessária a criação de mecanismos mais transparentes de prestação de contas dos resultados assim como dos gastos. O aumento, significativo, da União na participação proporcional no financiamento da saúde pública, que já foi mais de 75% e hoje fica em torno de 45%; a questão de colocar, à época, a CPMF toda para a saúde, como um valor a mais em seu orçamento e fazer, por iniciativa popular, a retomada da questão dos 10% na área da saúde são fatos que contribuiriam para o fortalecimento do SUS.
Categoria 4 Avanços e Retrocessos Identificados na Lei 141/2012, na Opinião dos Ex-Dirigentes do Conass	
Expressões Chaves	<p>“..avanço, sem dúvida a aprovação da Emenda 29.”D1</p> <p>“...clarificar o conceito de gastos com saúde, além de estabelecer fluxos e instrumentos de prestação de contas e controle social”. D3</p> <p>“O processo de planejamento em saúde foi enriquecido e se incorporou efetivamente nas responsabilidades da gestão”.D3</p> <p>”... a conquista da vinculação de receitas e seus percentuais para estados e municípios; os critérios de rateio dos recursos contemplando</p> <p>progressiva redução das disparidades regionais; a normatização da fiscalização ,avaliação e controle das despesas; os critérios para apuração</p> <p>da aplicação- definindo as ações e serviços de saúde- voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.D4</p> <p>“Definição das despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde para efeito do cumprimento da EC 29”.D5</p> <p>“Fortalecimento dos instrumentos de planejamento e de controle social. Definição de que as transferência entre entes públicos deve ser obrigatoriamente Fundo a Fundo e excepcionalmente na forma de Convênio. Definição da base de receitas sobre a qual deve ser aplicado o respectivo percentual em cada esfera de governo (12% e e 15%). Definição de que a União e estados devem definir critérios para transferência de recursos financeiros e que estes devem observar a redução das desigualdades regionais”.D5</p> <p>“O único avanço que teve, que eu reputo como um avanço, é que os estados que não colocavam os 12% na saúde, como foi o caso até do meu estado Rio Grande do Sul, serão obrigados agora a partir desse ano a colocar”...D6</p> <p>“... retrocesso a não definição do percentual que deveria ser repassado pela União”.D1</p> <p>“...o descompromisso da União em aportar recursos financeiros à saúde.”D2</p> <p>“...não contemplou nossa grande aspiração de contar com 10% da receita corrente bruta da União aplicados na saúde”. D3</p> <p>“Essa significativa perda na Lei 141]2012 diz respeito a não fixação dos pleiteados 10% da receita bruta da União”. D4</p> <p>“o maior retrocesso foi a manutenção da forma de cálculo para a participação da União, com o crescimento nominal do PIB ao invés</p>

Continua

Quadro 1. Consolidado da análise dos questionários, para a construção do discurso do sujeito coletivo, por categorias e a partir expressões chaves.

Categoria 4 Avanços e Retrocessos Identificados na Lei 141/2012, na Opinião dos Ex-Dirigentes do Conass	
Expressões Chaves	de 10% da RCB que colocaria em valores para 2013 cerca de R\$ 40 bilhões para a área da saúde”. D5 “...mas fica esse vazio aí dos recursos federais ainda insuficientes”.D6
Discurso do Sujeito Coletivo	A aprovação da EC 29 foi uma conquista por: clarificar e definir o conceito de gastos com ações e serviços públicos de saúde, além de estabelecer fluxos e instrumentos de prestação de contas e de fortalecimento do controle social; pelo processo de planejamento em saúde do SUS ter sido enriquecido e se incorporado, efetivamente, nas responsabilidades da gestão; pela conquista da vinculação de receitas e seus percentuais para estados e municípios (12% e 15%, respectivamente); pela definição de que as transferências entre entes públicos devem ser obrigatoriamente Fundo a Fundo e excepcionalmente na forma de Convênio e de que a União e Estados devem definir critérios para transferência de recursos financeiros, devendo estes, observar a redução das desigualdades regionais. O único avanço que teve que eu reputo como um avanço, é que os estados que não colocavam os 12% na saúde serão obrigados agora, a partir desse ano, a colocar. O grande retrocesso identificado foi o vazio do aporte de recursos federais, ainda insuficientes, mantendo a forma de cálculo para a participação da União, com crescimento nominal do PIB, ao invés dos 10% da RCB pleiteados, que colocaria em valores, para 2013, cerca de R\$ 40 bilhões para a área da saúde.
Categoria 5 Pontos da Lei 141/2012 que mais se Identificam com as Propostas Apresentadas pelo Conass	
Expressões Chaves	“...o fortalecimento do modelo tripartite no que diz respeito a definição dos rumos que queremos dar à Saúde Pública Brasileira”.D1 “...a definição clara do que são ações e serviços de saúde para os fins de cumprimento da EC-29, assim como a obrigatoriedade de trânsito dos recursos pelos fundos de saúde”.D2 “A explicitação de que as ações da gestão em saúde são gastos com saúde”...D3 “...a valorização do relatório anual de gestão como instrumento de prestação de contas”.D3 “A conquista da vinculação dos percentuais mínimos das receitas ,mesmo o da União sendo aquém do desejado”.D4 “A inclusão na legislação dos Planos Regionais de Saúde”.D4 “...a definição clara dos critérios de distribuição de recursos federais que contemplassem entre eles a redução das desigualdades regionais”.D5
Discurso do Sujeito Coletivo	A definição clara do que são ações e serviços de saúde para os fins de cumprimento da EC-29; a obrigatoriedade de trânsito dos recursos pelos fundos de saúde; a valorização do relatório anual de gestão como instrumento de prestação de contas; a inclusão na legislação dos Planos Regionais de Saúde e a definição clara dos critérios de distribuição de recursos federais, que contemplassem entre eles a redução das desigualdades regionais; o fortalecimento do modelo tripartite de gestão do SUS, no que diz respeito à definição dos rumos que se quer dar à saúde pública brasileira e a vinculação dos percentuais mínimos de receitas, mesmo o da união sendo aquém do desejado.

Fonte: Questionário construído pelo pesquisador e enviado aos Presidentes do CONASS das gestões 2001 a 2012.

* D1; D2; D3; D4; D5 e D6 referem-se à cada expressão chave, identificando o discurso a que pertence, presentes nas entrevistas com os seis ex-dirigentes do Conass.

APÊNDICE D – CADASTRO DOS DOCUMENTOS NO QUALIQUANTSOFT

Quadro 2. Relação de documentos do Conass cadastrados no software, especificando-os por tipo de documento, por ano de produção e por codificação alfa-numérica, 2001 a 2011.

N.	Entrevistado	Código de Cadastramento no QualiQuantiSoft
1	ATA 01/01	ATA 01/01
2	ATA 01/02	ATA 01/02
3	ATA 01/03	ATA 01/03
4	ATA 01/04	ATA 01/04
5	ATA 01/05	ATA 01/05
6	ATA 01/06	ATA 01/06
7	ATA 01/07	ATA 01/07
8	ATA 01/08	ATA 01/08
9	ATA 01/09	ATA 01/09
10	ATA 01/10	ATA 01/10
11	ATA 01/11	ATA 01/11
12	ATA 02/01	ATA 02/01
13	ATA 02/02	ATA 02/02
14	ATA 02/03	ATA 02/03
15	ATA 02/04	ATA 02/04
16	ATA 02/05	ATA 02/05
17	ATA 02/06	ATA 02/06
18	ATA 02/07	ATA 02/07
19	ATA 02/08	ATA 02/08
20	ATA 02/09	ATA 02/09
21	ATA 02/10	ATA 02/10
22	ATA 02/11	ATA 02/11
23	ATA 03/01	ATA 03/01
24	ATA 03/02	ATA 03/02
25	ATA 03/03	ATA 03/03
26	ATA 03/04	ATA 03/04
27	ATA 03/05	ATA 03/05
28	ATA 03/06	ATA 03/06
29	ATA 03/07	ATA 03/07
30	ATA 03/08	ATA 03/08
31	ATA 03/09	ATA 03/09
32	ATA 03/10	ATA 03/10
33	ATA 03/11	ATA 03/11
34	ATA 04/01	ATA 04/01
35	ATA 04/02	ATA 04/02
36	ATA 04/03	ATA 04/03
37	ATA 04/04	ATA 04/04
38	ATA 04/05	ATA 04/05
39	ATA 04/06	ATA 04/06
40	ATA 04/07	ATA 04/07
41	ATA 04/08	ATA 04/08

Continua

Quadro 2. Relação de documentos do Conass cadastrados no software, especificando-os por tipo de documento, por ano de produção e por codificação alfa-numérica, 2001 a 2011.

N.	Entrevistado	Código de Cadastramento no QualiQuantSoft
42	ATA 04/09	ATA 04/09
43	ATA 04/10	ATA 04/10
44	ATA 04/11	ATA 04/11
45	ATA 05/01	ATA 05/01
46	ATA 05/02	ATA 05/02
47	ATA 05/03	ATA 05/03
48	ATA 05/04	ATA 05/04
49	ATA 05/05	ATA 05/05
50	ATA 05/06	ATA 05/06
51	ATA 05/07	ATA 05/07
52	ATA 05/08	ATA 05/08
53	ATA 05/09	ATA 05/09
54	ATA 05/10	ATA 05/10
55	ATA 05/11	ATA 05/11
56	ATA 06/01	ATA 06/01
57	ATA 06/02	ATA 06/02
58	ATA 06/03	ATA 06/03
59	ATA 06/04	ATA 06/04
60	ATA 06/05	ATA 06/05
61	ATA 06/06	ATA 06/06
62	ATA 06/07	ATA 06/07
63	ATA 06/08	ATA 06/08
64	ATA 06/09	ATA 06/09
65	ATA 06/10	ATA 06/10
66	ATA 06/11	ATA 06/11
67	ATA 07/01	ATA 07/01
68	ATA 07/02*	ATA 07/02
69	ATA 07/03	ATA 07/03
70	ATA 07/04	ATA 07/04
71	ATA 07/05	ATA 07/05
72	ATA 07/06	ATA 07/06
73	ATA 07/07	ATA 07/07
74	ATA 07/09	ATA 07/09
75	ATA 07/11	ATA 07/11
76	ATA 08/01	ATA 08/01
77	ATA 08/03	ATA 08/03
78	ATA 08/04	ATA 08/04
79	ATA 08/05	ATA 08/05
80	ATA 08/06	ATA 08/06
81	ATA 08/07	ATA 08/07
82	ATA 08/09	ATA 08/09
83	ATA 08/11	ATA 08/11
84	ATA 09/03	ATA 09/03
85	ATA 09/04	ATA 09/04

Continuação

Quadro 2. Relação de documentos do Conass cadastrados no software, especificando-os por tipo de documento, por ano de produção e por codificação alfa-numérica, 2001 a 2011.

N.	Entrevistado	Código de Cadastramento no QualiQuantiSoft
86	ATA 09/05	ATA 09/05
87	ATA 09/06	ATA 09/06
88	ATA 09/07	ATA 09/07
89	ATA 09/09	ATA 09/09
90	ATA 09/11	ATA 09/11
91	ATA 10/03	ATA 10/03
92	ATA 10/04	ATA 10/04
93	ATA 10/05	ATA 10/05
94	ATA 10/06	ATA 10/06
95	ATA 10/09	ATA 10/09
96	ATA 10/11	ATA 10/11
97	ATA 11/04	ATA 11/04
98	ATA 11/06	ATA 11/06
99	ATA 11/11	ATA 11/11
100	ATA 12/06	ATA 12/06
101	ATA 12/11	ATA 12/11
102	ATA AE 01/06	ATA AE 01/06
103	Caderno de apresentação: oficinas de planificação da APS nos estados 01/09	COP 01/09
104	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 01/07	CEGS II 01/07
105	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 02/07	CEGS II 02/07
106	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 03/07	CEGS II 03/07
107	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 04/07	CEGS II 04/07
108	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 05/07	CEGS II 05/07
109	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 06/07 - T II	CEGS II 06/07 - T II
110	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 06/07 Tomo I	CEGS II 06/07 Tomo I
111	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 07/07	CEGS II 07/07
112	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 08/07	CEGS II 08/07
113	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 09/07	CEGS II 09/07
114	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 10/11	CEGS II 10/11
115	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 11/07	CEGS II 11/07
116	Coleção Para Entender a Gestão do SUS II 12/07	CEGS II 12/07
117	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 01/11	CEGS III 01/11
118	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 02/11	CEGS III 02/11
119	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 03/11	CEGS III 03/11
120	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 04/11	CEGS III 04/11
121	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 05/11	CEGS III 05/11
122	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 06/11	CEGS III 06/11
123	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 07/11	CEGS III 07/11
124	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 08/11	CEGS III 08/11
125	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 09/11	CEGS III 09/11
126	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 10/11	CEGS III 10/11

Continuação

Quadro 2. Relação de documentos do Conass cadastrados no software, especificando-os por tipo de documento, por ano de produção e por codificação alfa-numérica, 2001 a 2011.

N.	Entrevistado	Código de Cadastramento no QualiQuantiSoft
127	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 11/11	CEGS III 11/11
128	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 12/11	CEGS III 12/11
129	Coleção Para Entender a Gestão do SUS III 13/11	CEGS III 13/11
130	Coleção Progestores 01/03	PG 01/03
131	Coleção Progestores 02/03	PG 02/03
132	Coleção Progestores 03/03	PG 03/03
133	Coleção Progestores 04/03	PG 04/03
134	Coleção Progestores 05/03	PG 05/03
135	Conass 25 anos 01/07	C25 01/07
136	Conass Documenta 01/04	CD 01/04
137	Conass Documenta 02/04	CD 02/04
138	Conass Documenta 03/04	CD 03/04
139	Conass Documenta 04/04	CD 04/04
140	Conass Documenta 05/04	CD 05/04
141	Conass Documenta 06/04	CD 06/04
142	Conass Documenta 07/04	CD 07/04
143	Conass Documenta 08/05	CD 08/05
144	Conass Documenta 09/05	CD 09/05
145	Conass Documenta 10/05	CD 10/05
146	Conass Documenta 11/06	CD 11/06
147	Conass Documenta 12/06	CD 12/06
148	Conass Documenta 13/07	CD 13/07
149	Conass Documenta 14/08	CD 14/08
150	Conass Documenta 15/07	CD 15/07
151	Conass Documenta 16/08	CD 16/08
152	Conass Documenta 17/08	CD 17/08
153	Conass Documenta 18/09	CD 18/09
154	Conass Documenta 19/09	CD 19/09
155	Conass Documenta 20/09	CD 20/09
156	Conass Documenta 21/10	CD 21/10
157	Conass Documenta 22/11	CD 22/11
158	Conass Documenta 23/11	CD 23/11
159	Consensus – Jornal 01/04	CJ 01/04
160	Consensus – Jornal 02/04	CJ 02/04
161	Consensus – Jornal 03/04	CJ 03/04
162	Consensus – Jornal 04/04	CJ 04/04
163	Consensus – Jornal 05/04	CJ 05/04
164	Consensus – Jornal 06/04	CJ 06/04
165	Consensus – Jornal 07/04	CJ 07/04
166	Consensus – Jornal 08/04	CJ 08/04
167	Consensus – Jornal 09/05	CJ 09/05

Continuação

Quadro 2. Relação de documentos do Conass cadastrados no software, especificando-os por tipo de documento, por ano de produção e por codificação alfa-numérica, 2001 a 2011.

N.	Entrevistado	Código de Cadastramento no QualiQuantiSoft
168	Consensus – Jornal 10/05	CJ 10/05
169	Consensus – Jornal 11/05	CJ 11/05
170	Consensus – Jornal 12/05	CJ 12/05
171	Consensus – Jornal 13/05	CJ 13/05
172	Consensus – Jornal 14/05	CJ 14/05
173	Consensus – Jornal 15/05	CJ 15/05
174	Consensus – Jornal 16/05	CJ 16/05
175	Consensus – Jornal 17/05	CJ 17/05
176	Consensus – Jornal 18/06	CJ 18/06
177	Consensus – Jornal 19/06	CJ 19/06
178	Consensus – Jornal 20/06	CJ 20/06
179	Consensus – Jornal 21/06	CJ 21/06
180	Consensus – Jornal 22/06	CJ 22/06
181	Consensus – Jornal 23/06	CJ 23/06
182	Consensus – Jornal 24/06	CJ 24/06
183	Consensus – Jornal 25/06	CJ 25/06
184	Consensus – Jornal 26/07	CJ 26/07
185	Consensus – Jornal 27/07	CJ 27/07
186	Consensus – Jornal 28/07	CJ 28/07
187	Consensus – Jornal 29/07	CJ 29/07
188	Consensus – Jornal 30/07	CJ 30/07
189	Consensus – Jornal 31/07	CJ 31/07
190	Consensus – Jornal 32/08	CJ 32/08
191	Consensus – Jornal 33/08	CJ 33/08
192	Consensus – Jornal 34/08	CJ 34/08
193	Consensus – Jornal 35/08	CJ 35/08
194	Consensus – Jornal 36/08	CJ 36/08
195	Consensus – Jornal 37/08	CJ 37/08
196	Consensus – Jornal 38/09	CJ 38/09
197	Consensus – Jornal 39/09	CJ 39/09
198	Consensus – Jornal 40/09	CJ 40/09
199	Consensus – Jornal 41/09	CJ 41/09
200	Consensus – Jornal 42/09	CJ 42/09
201	Consensus – Jornal 43/09	CJ 43/09
202	Consensus – Jornal 44/10	CJ 44/10
203	Consensus – Jornal 45/10	CJ 45/10
204	Consensus – Jornal 46/10	CJ 46/10
205	Consensus – Jornal 47/10	CJ 47/10
206	Consensus – Jornal 48/10	CJ 48/10
207	Jornal do Conass 31/01	JC 31/01
208	Jornal do Conass 32/01	JC 32/01

Continuação

Quadro 2. Relação de documentos do Conass cadastrados no software, especificando-os por tipo de documento, por ano de produção e por codificação alfa-numérica, 2001 a 2011.

N.	Entrevistado	Código de Cadastramento no QualiQuantiSoft
209	Jornal do Conass 33/01	JC 33/01
210	Jornal do Conass 34/01	JC 34/01
211	Jornal do Conass 35/02	JC 35/02
212	Jornal do Conass 36/02	JC 36/02
213	Jornal do Conass 37/02	JC 37/02
214	Jornal do Conass 38/02	JC 38/02
215	Jornal do Conass 39/02	JC 39/02
216	Jornal do Conass 40/02	JC 40/02
217	Jornal do Conass 41/03	JC 41/03
218	Jornal do Conass 42/03	JC 42/03
219	Jornal do Conass 43/03	JC 43/03
220	Jornal do Conass 44/03	JC 44/03
221	Jornal do Conass 45/03	JC 45/03
222	Livro FESP 01/07	LF 01/07
223	Nota Técnica 01/06	NT 01/06
224	Nota Técnica 03/09	NT 03/09
225	Nota Técnica 03/10	NT 03/10
226	Nota Técnica 06/06	NT 06/06
227	Nota Técnica 06/11	NT 06/11
228	Nota Técnica 08/05	NT 08/05
229	Nota Técnica 08/10	NT 08/10
230	Nota Técnica 13/07	NT 13/07
231	Nota Técnica 15/10	NT 15/10
232	Nota Técnica 16/05	NT 16/05
233	Nota Técnica 20/08	NT 20/08
234	Nota Técnica 21/06	NT 21/06
235	Nota Técnica 22/05	NT 22/05
236	Nota Técnica 24/07	NT 24/07
237	Nota Técnica 24/11	NT 24/11
238	Nota Técnica 33/09	NT 33/09
239	Nota Técnica 40/10	NT 40/10
240	Revista Conass 01/11	RC 01/11
241	Revista Conass 02/11	RC 02/11
242	SUS 20 Anos 01/09	S20A 01/09
243	SUS Avanços e Desafios 01/06	SAD 01/06

APÊNDICE E – MODELO DA MATRIZ UTILIZADA PARA ARQUIVAR OS DISCURSOS DE TRECHOS DOS DOCUMENTOS POLÍTICOS QUE CONTINHAM OS DESCRITORES ESTABELECIDOS NA PESQUISA (Contém um exemplo do conteúdo)

Quadro 3. Expressões-chave dos discursos do grupo político, por ano e por critérios de análise, 2001 a 2011.

Ano	Tipo de Abordagem		
	Político-Administrativo-Financeiro	Propositiva	Normativa
2001	<p>Ata.1/01 - ... apresentando uma série de planilhas com estimativas de impacto da Ec.29 solicitou particular empenho dos secretários no sentido de disponibilizar dados relativos aos orçamentos estaduais aprovados para a saúde em 2001</p> <p>..</p> <p>Ata.4/01 – ...”Apresentou um documento referente aos “Parâmetros Consensuais sobre implementação e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29”. Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde efetuou uma apresentação dos instrumentos do SIOPS para o nível estadual, realizou avaliação da implantação do SIOPS nas UF’s e distribuiu uma planilha de acompanhamento do cumprimento da EC.29/2000.</p>	<p>Ata.4/01 ...”Tornam fundamental a realização de esforço conjunto para a sistematização e disponibilização das informações de orçamento e execução financeira dos recursos relativos a saúde”. De acordo com a expositora aEC.29 vincula recursos para serem gastos obrigatoriamente com ações e serviços de saúde , mas que a vinculação está na dependência da qualidade da informação colhida e que sua efetiva aplicação pelos Estados e Municípios depende, todavia, da efetiva estruturação dos Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS, previsto na Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. ... “Solicitou que cada secretaria indicasse um técnico para participar do treinamento Desenvolvimento para Operacionalização do Núcleo de Apoio ao SIOPS”.</p>	<p>Ata 1/01 – “Considerando a entrada da Emenda Constitucional nº 29, que estabelece critérios de vinculação de recursos orçamentários das três esferas de governo para serem gastos em ações e serviços de saúde”...</p> <p>Ata 4 /01 – “A Emenda Constitucional nº 29/2000 vincula recursos da união, Estados, Distrito Federal e Municípios, para serem gastos obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde”. “O SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde viabiliza o recebimento, a organização e a distribuição de informações para este desafio”.</p>

Fonte: Produção própria a partir de dados do Conass

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a). está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de quaisquer desconforto ou constrangimento o(a) Sr.(a). poderá se recusar a participar, não sendo penalizado(a) de forma alguma, por essa decisão. Em caso de dúvida, o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, pelo telefone (61) 3107 1947.

Informações sobre a pesquisa

Título do Projeto: A atuação do Conass na Regulamentação da Emenda Constitucional N. 29, no período de 2001 a 2011.

Pesquisador Responsável: Jurandi Frutuoso Silva – Telefone para contato: (61) 8177 3515.

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade de Brasília

Telefone para contato: (61) 3107 1702

Esta pesquisa tem como objetivo, analisar a atuação do Conass na regulamentação da Emenda Constitucional N. 29 (EC 29), no período compreendido entre 2001 e 2011. Para tanto, será necessário o acesso às atas das Assembleias dos Secretários e das Câmaras Técnicas de Gestão e Financiamento, bem como o registro de participação do Conass em congressos, seminários, simpósios, e das publicações do Conass Documenta e Revista CONSENSUS, que abordem a questão do financiamento, especificamente relacionadas a EC 29, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2011. Esta pesquisa documental possibilitará uma análise político-institucional das ações identificadas. Será analisado, também, no estudo o teor das perguntas feitas aos ex-dirigentes do Conass no período de estudo. Para o levantamento dessas informações será elaborado um

questionário com perguntas abertas, que será enviado via Correios ou entregues pessoalmente e que deverão ser respondidos num prazo de vinte dias.

A divulgação dos resultados obtidos, ao término dessa pesquisa, possibilitará avaliar os diversos momentos do processo político que levou à aprovação da EC 29; entender o papel da entidade de representação das Secretarias Estaduais de Saúde nas discussões Inter federativas; calibrar a atuação do Conass para os futuros embates e enxergar em que medida as ações adotadas pelo Conass refletem a necessidade de se avançar nas discussões sobre o Pacto Federativo Brasileiro.

Será garantida a privacidade sobre a identidade dos participantes, em relação a todas as informações levantadas pelo questionário, bem como fornecidas todas as orientações e esclarecimentos que julgarem necessários.

Local e Data

Consentimento de participação
(Assinatura)

Pesquisador responsável
(Assinatura)

ANEXO A – TERMO DE CONCORDÂNCIA DO PRESIDENTE DO CONASS AUTORIZANDO A UTILIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS COMO FONTE DA PESQUISA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM REGISTROS

Eu, WILSON DUARTE ALECRIM, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS autorizo ao pesquisador JURANDI FRUTUOSO SILVA a realizar sua coleta de dados por meio dos registros internos dessa entidade, tais como atas das Assembleias dos Secretários e das Câmaras Técnicas de Gestão e Financiamento e todas as publicações, que possam subsidiá-lo em sua pesquisa intitulada “A atuação do CONASS na regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29, no período de 2001 a 2011”.

Brasília, 18 de junho de 2012.

dp Wilson Duarte Alecrim

ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **090/12**


Título do Projeto: “A atuação do CONAS na regulamentação da emenda constitucional nº29/00, no período de 2001 a 20011”.

Pesquisadora Responsável: Jurandi Frutuoso Silva
Data de Entrada: 20/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **090/12** com o título: “A atuação do CONAS na regulamentação da emenda constitucional nº29/00, no período de 2001 a 20011”, analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03 de julho de 2012.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de julho de 2012.


Prof. Natália Wionsores
Coordenador do CEP-FS/UnB