



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
www.ufrgs.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

GERUSA BITTENCOURT

**DEMOCRACIA E CONTROLE SOCIAL: Participação dos Trabalhadores da
Saúde do Rio Grande do Sul nas Conferências de Saúde em 2019**

PORTO ALEGRE

2022

GERUSA BITTENCOURT

**DEMOCRACIA E CONTROLE SOCIAL: Participação dos Trabalhadores da
Saúde do Rio Grande do Sul nas Conferências de Saúde em 2019**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Frederico Viana Machado

Coorientadora: Érica Rosalba Mallmann Duarte

PORTO ALEGRE

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Bittencourt , Gerusa

DEMOCRACIA E CONTROLE SOCIAL: Participação dos
Trabalhadores da Saúde do Rio Grande do Sul nas
Conferências de Saúde em 2019 / Gerusa Bittencourt .

-- 2022.

86 f.

Orientador: Frederico Viana Machado.

Coorientador: Êrica Rosalba Mallmann Duarte.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, , Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Conferências de Saúde. 2. Controle Social. 3.
Trabalhadores da Saúde. I. Machado, Frederico Viana,
orient. II. Duarte, Êrica Rosalba Mallmann, coorient.
III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

GERUSA BITTENCOURT

DEMOCRACIA E CONTROLE SOCIAL:

Participação dos Trabalhadores da Saúde do Rio Grande do Sul nas Conferências
de Saúde em 2019

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Frederico Viana Machado (Orientador)
Presidente — PPGCol/UFRGS

Prof^a Dra. Izabella Barison Matos
Membro — PPGCol/UFRGS

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Membro — PPGCol/UFRGS

Prof^a Dra. Miriam Dias
Membro — UFRGS

Prof^a Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte (Coorientadora)
Membro — UFRGS

De acordo da Mestranda:

RESUMO

A Participação social e a Democracia são elementos fundamentais na organização do sistema de saúde brasileiro. As conferências e os conselhos de saúde foram regulamentados em 1990, o que possibilitou a criação dos espaços de participação da população e de controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Estas são experiências reconhecidas pela literatura como inovadoras, entretanto, ainda temos muitos desafios para seu fortalecimento. **Objetivos:** Este estudo se propôs a analisar a participação dos trabalhadores da saúde na Conferência Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul. Etapa preparatória da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa, que usou como método Estudo de Caso, para consolidar suas conclusões a respeito do fenômeno que foi investigado. **Resultados e Discussões:** Os achados buscaram ampliar o conhecimento sobre a temática da participação social e as políticas produzidas nesse espaço, especialmente sobre a inserção dos trabalhadores da saúde na construção do controle social do SUS no Estado do Rio Grande do Sul. O perfil sociodemográfico das/dos participantes da 16ª CNS e da 8ª CES/RS foram de mulheres, trabalhadoras na saúde e advindas de serviços públicos, sendo brancas no Rio Grande do Sul e pardas no Brasil. A faixa etária ficou entre 20 e 39 anos nos dois grupos. Em relação às propostas retiradas das conferências, todas as propostas da 8ª CES/RS foram absorvidas pela 16ª CNS/BR. Na discussão dos eixos, democracia era o tema central. Financiamento esteve presente nas discussões de todos os eixos. Apesar das diferentes bandeiras e grupos participantes, houve convergência na defesa da luta pelo Referendo de revogação das EC 85 e 96, além da contrarreforma Trabalhista e Previdenciária. Principais debates se deram em torno de propostas em defesa da democracia e manutenção dos conselhos de saúde. Defesa dos planos de carreira e atualização da tabela SUS. Além da discussão das políticas de saúde, num período pré-pandemia. **Conclusões:** O papel de controle social e seus posicionamentos se mostraram relevantes, e a participação dos trabalhadores foi fundamental, tendo em vista este segmento ter sido o maior em número absoluto de pessoas presentes na 8ª CES. Ou seja, sua participação na discussão e elaboração de propostas foi expressiva. **Palavras-Chave:** Conferências de Saúde. Controle Social. Trabalhadores da Saúde.

ABSTRACT

Social Participation and Democracy are fundamental elements in the organization of the Brazilian health system. Conferences and health councils were regulated in 1990, which made it possible to create spaces for population participation and social control in the Unified Health System (SUS). These are experiences recognized by the literature as innovative, however, we still have many challenges for their strengthening.

OBJECTIVE: This study aimed to analyze the participation of health workers in the State Health Conference in Rio Grande do Sul. Preparatory stage of the 16th National Health Conference. **METHODOLOGY:** Study with a qualitative approach, that used the Case Study method, to consolidate its conclusions about the phenomenon that was investigated. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The findings sought to expand knowledge on the subject of social participation and the policies produced in this space, especially on the insertion of health workers in the construction of social control of the SUS in the State of Rio Grande do Sul. The sociodemographic profile of the participants of the 16th CNS and the 8th CES/RS were women, health workers and coming from public services, being white in Rio Grande do Sul and brown in Brazil. The age group was between 20 and 39 years old in both groups. Regarding the proposals withdrawn from the conferences, all the proposals from the 8^oCES/RS were absorbed by the 16th CNS/BR. In the discussion of the axes, democracy was the central theme. Financing was present in the discussions on all axes. Despite the different flags and participating groups, there was convergence in the defense of the fight for the referendum to repeal EC 85 and 96, in addition to the counter-reform of Labor and Social Security. Main debates took place around proposals in defense of democracy and maintenance of health councils. Defense of career plans and updating of the SUS table. In addition to the discussion of health policies, in a pre-pandemic period. **CONCLUSIONS:** The role of social control and its positions proved to be relevant and the participation of workers was fundamental, considering that this segment was the largest in absolute number of people present at the 8th CES. In other words, their participation in the discussion and elaboration of proposals was expressive.

Keywords: Health Conferences. Social Control. Health Workers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - 16ª CNS e seu tema central: Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS, 2019	44
Quadro 2 - Saúde como Direito	56
Quadro 3 - Consolidação dos princípios do SUS	60
Quadro 4 - Financiamento adequado e suficiente para o SUS	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de participantes, vagas totais de delegados e total de delegados credenciados na 8ªCES/RS e vagas de delegados aptos a participar e que participaram na 16ª CNS/BR, Brasil-2019.....	36
Tabela 2 - Identificação de Raça/Cor dos participantes em geral e trabalhadores da 8ª CES/RS e 16ª CNS/BR, Brasil-2019.....	37
Tabela 3 - Identificação dos participantes, por vínculo empregatício, na 8ª CES/RS e 16ª CNS/BR, Brasil-2019	38
Tabela 4 - Identificação de profissões e vínculos dos delegados trabalhadores que participaram da 8ª CES/RS	39
Tabela 5 - Identificação quanto ao sexo masculino e feminino, entre os participantes na 8ª CES/RS e 16ª CNS/BR, Brasil-2019.....	40
Tabela 6 - Identidade de gênero apresentado no relatório final dos participantes da 16ª CNS, 2019	41
Tabela 7 - Orientação sexual dos participantes da 16ª CNS, 2019.....	41
Tabela 8 - Identificação por faixa etária dos delegados participantes da 8ª CES/RS, 2019	42

LISTA DE SIGLAS

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CES/RS - Conferência Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
EAD - Educação a Distância
EC - Emenda Constitucional
EPI - Equipamento de Proteção Individual
HIV - Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IR - Imposto de Renda
LGBTQI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queers, Intersexos e outros grupos e variações de sexualidade e gênero
MS - Ministério da Saúde
OP - Orçamento Participativo
OSS - Organização Social de Saúde
SES - Secretaria do Estado da Saúde
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SUS - Sistema Único de Saúde
STF - Supremo Tribunal Federal
TCU - Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Trabalho em saúde	15
3.2 Democracia	20
3.3 Movimentos sociais, Participação e Controle Social	22
3.3.1 O Processo de Redemocratização, Saúde e Capitalismo	25
3.4 Histórico e Evolução das Conferências da Saúde	28
3.4.1 A Conferência Nacional de Saúde 2019.....	29
3.4.2 A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 2019	30
4 METODOLOGIA	33
4.1 Aspectos Éticos	34
5 RESULTADOS ENCONTRADOS NOS RELATÓRIOS DA 8ªCES/RS, 16ª CNS/BR, E DA PESQUISA REALIZADA NA 16ª CNS/BR, BRASIL-2019	35
6 ANÁLISE E DISCUSSÕES DAS PROPOSTAS DA 8ª CES/RS E 16ª CNS	43
6.1 Propostas encaminhadas pela 8ª CES/RS e aceitas na 16ª CNS	43
6.1.1 Sobre as propostas	43
6.1.2 Como se deu o processo de formulação e organização das propostas	43
6.2 Tema Central da 16ª CNS	44
6.2.1 Referendo revogatório das EC 86 e EC 95	45
6.2.2 A Contrarreforma Trabalhista	46
6.2.3 As terceirizações da prestação do serviço de saúde	48
6.2.4 Pré-sal e a desvinculação de receita à saúde	51
6.2.5 As outras propostas baseadas no Tema Central	51

6.3 Impacto na vida dos trabalhadores	53
6.4 Propostas dos demais eixos, encaminhadas pela 8ª CES/RS e incluídas na 16ª CNS	55
6.4.1 Eixo 1 - Saúde como direito	55
6.4.1.1 Impacto na vida dos trabalhadores da saúde, baseado na discussão do Eixo 1	59
6.4.1.2 As outras propostas que discutem saúde encaminhadas à 16ª CNS no Eixo 1	59
6.4.2 Eixo 2 - Consolidação dos Princípios do SUS	60
6.4.2.1 Outras propostas no Eixo 2	62
6.4.3 Eixo 3 - Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS	62
6.4.3.1 Outras propostas baseadas no Eixo 3.....	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXO 1.....	80

1 INTRODUÇÃO

Aos 33 anos de idade, posso afirmar que nunca vivi sem democracia. A maior experiência democrática que vivenciei foi a do orçamento participativo (OP), em 2004, aos 16 anos, quando morava na cidade de Vera Cruz, onde pude participar pela primeira vez. Nessa oportunidade, fiz o meu título de eleitora e me envolvi nas discussões do OP. Era um processo de escolha das ações prioritárias a serem implementadas pelo governo do estado do Rio Grande do Sul com recursos próprios do estado. Uma nova forma de fazer gestão pública. E todo eleitor e eleitora, com título, poderia participar e votar.

Até aquele momento, a concepção de controle social não havia sido inserida na minha formação de vida, por isso a vivência do OP foi tão fundamental. Hoje, consigo fazer essa análise, mesmo que tardia. Após aquela experiência, pude compreender que as assembleias do OP foram um exercício de cidadania, pois vi pessoas expressando suas opiniões, sugerindo onde poderiam investir os recursos e votando as prioridades, com as mais variadas justificativas.

Dessa forma, no Brasil, o exercício político de cidadania no cotidiano se dá pelo voto. As gestões nos três níveis federativos são eleitas pelo voto, e desde a Constituição Federal de 1988 tornou-se obrigatório, o que ampliou ainda mais a participação dos cidadãos na escolha dos seus representantes.

Diante disso, a discussão da reforma sanitária e o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, segundo Paiva (2014), contribuíram para a reforma democrática do Estado. Logo, o movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Nesse cenário, Paim (2008) esclarece que o movimento sanitário, na busca pela implantação de um estado de bem-estar social, fortaleceu a visão de saúde como direito social. Lendo Faria (2006), entendo da mesma forma, que o processo de decisão de um governo deve ocorrer mediante a participação e a deliberação de indivíduos racionais, em fóruns amplos de debate e negociação.

Nessa perspectiva, minhas preocupações e questionamentos sobre o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) começaram somente quando iniciei a faculdade. Naquele momento, percebi que havia uma dificuldade em mobilizar pessoas de todos os segmentos, fossem usuários, trabalhadores ou gestores, para o processo participativo no controle social. Nas minhas vivências, na maioria das vezes,

participando das reuniões de conselho municipal ou local de saúde, o segmento dos trabalhadores fazia sua parte como representante institucional de entidades de classe. Essa situação sempre me chamou a atenção, ou seja, para estar naquele espaço do controle social era necessário estar organizado em algum outro espaço ou movimento social. Indivíduos independentes não estavam ali ou nem poderiam disputar uma vaga. Somente pessoas vinculadas a entidades. A questão de investigação deste estudo surge por consequência dessa dificuldade em forjar representação dos cidadãos, independentemente do segmento. Quer seja usuário, seja trabalhador da saúde ou gestor. Por ser enfermeira e trabalhadora da saúde, achei pertinente investigar a participação dos trabalhadores da saúde no controle social. Por isso, trataremos desta questão.

Nesse sentido, em agosto de 2019, foi realizada a 16^a (8^a+8) Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹, em Brasília. Espaço importante para reflexão sobre as políticas públicas de saúde. O estudo proposto está justificado tanto pelo momento histórico mundial e brasileiro, como pela busca do fortalecimento da democracia, da participação social e do controle social do SUS, pois no mundo se discutem as crises de representação, e no Brasil se discute a nossa democracia, incluindo movimentos, em larga escala, pela volta da ditadura militar, mesmo sendo inconstitucional.

Além disso, este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16^a Conferência Nacional de Saúde” aprovado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 14851419.0.0000.0008 e Parecer nº 3.383.727. Na pesquisa, um dos objetivos específicos era o de identificar e coletar dados e relatos para caracterizar o perfil dos participantes e as especificidades das etapas municipais e estaduais preparatórias para a 16^a CNS.

A partir do objetivo específico do estudo principal, a questão norteadora desta pesquisa foi: Como os trabalhadores da saúde se inseriram na Conferência Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul (CES/RS), e como essa conferência se relaciona com a 16^a CNS?

¹ Por quê 8^a + 8? A proposta temática para o evento foi de realizar um resgate da memória da 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o primeiro evento de participação social na saúde, em âmbito nacional, aberto à sociedade. A partir deste momento usaremos a sigla 16^a CNS para designar a 16^a (8^a+8) Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Assim, os resultados encontrados buscaram ampliar o conhecimento sobre a temática da participação social e produzir análises sobre a 8ª Conferência Estadual do Rio Grande do Sul (8ª CES/RS), de 2019, preparatória para a 16ª CNS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a participação do segmento trabalhador da saúde na etapa estadual, no estado do Rio Grande do Sul, da 16ª CNS.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar dados sociodemográficos dos representantes do segmento trabalhador da saúde e que participaram da conferência estadual de saúde no RS em 2019;
- b) identificar as linhas de ação e diretrizes escolhidas e elencadas como prioritárias pelos participantes dos encontros, nos relatórios da etapa estadual e nacional; descrever os resultados da etapa estadual que se tornaram diretrizes na 16ª CNS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico buscou aprofundar alguns conceitos necessários para o desenvolvimento do estudo, suas análises e conclusões.

Primeiramente, apresentaremos um breve esboço conceitual sobre Trabalho e seus significados para esta pesquisa. Posteriormente, será realizada uma discussão sobre democracia e suas interfaces com o estudo. Após, abordaremos o tema do controle social, seguido da Reforma Sanitária, o surgimento do SUS e as Conferências de Saúde. Essas abordagens prepararão o caminho do leitor sobre os achados e as análises que apresentaremos a seguir, pois tanto o tema das conferências como do estudo se referem ao processo de democracia. O pano de fundo e cenário são os trabalhadores da saúde e sua interlocução com o mundo do trabalho em saúde e do controle social.

3.1 Trabalho em saúde

As definições conceituais sobre o trabalho são importantes para compreensão de como os trabalhadores da saúde se veem e como se inserem nos espaços do controle social. Estar em um espaço de participação social, conseguir usá-lo com a potência possível e com a intensidade capaz de gerar impactos para a sociedade, sem ser atingido negativamente pelos posicionamentos, em uma sociedade despreparada ainda no processo político cidadão, é um desafio aos trabalhadores. Infelizmente, não raras vezes, acabam ocorrendo, por gestores e chefias, certas perseguições ou represálias a quem se posiciona. Geralmente, motivados pela prepotência, incompetência, ou inabilidade de discutir com a opinião diferente e bancar isso. Por isso, também, nem sempre teremos uma participação efetiva e massiva dos trabalhadores, por medo de retaliações.

A educação política consiste em um processo de transmissão de conhecimentos cuja finalidade é disponibilizar ao cidadão um repertório que lhe permita compreender as nuances dos debates políticos no Brasil e no mundo, e que também o capacite para participar ativamente da política. (BLUME, 2016).

À vista disso, nas palavras de Marx (1983, p. 149) “O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. O mesmo

autor classifica em três os elementos que compõem o trabalho, e são eles: o trabalho em si, o objeto de trabalho e o instrumental de trabalho.

Ao exemplificarmos², dizemos que o trabalho seria a atividade realizada com um fim – cuidar de uma pessoa enferma, por exemplo; o objeto de trabalho é a matéria na qual se aplica essa vontade humana, a pessoa enferma; e o instrumental são os meios do trabalho, conhecimento, equipamentos, fármacos e outros. O resultado da combinação desses componentes é o produto, resultado da combinação dos três elementos anteriores, pessoa curada, parcialmente curada ou com uma morte atendida.

Por conseguinte, o trabalho é uma atividade estruturante da sociedade e das organizações sociais. A vida humana se organiza a partir dele, seja pelo trabalho privado e doméstico ou trabalho público e externo ao domicílio. As atividades econômicas e produtivas da sociedade se dão em três grandes segmentos: o primário – que estão ligados à agricultura, pecuária e extrativismo; o secundário – que são as indústrias; e o terciário – que são os serviços formais e informais e as atividades comerciais. A finalidade social do trabalho é a razão pela qual ele é feito, ou seja, atender as necessidades humanas (SANNA, 2007).

Portanto, o trabalho em saúde caracteriza-se como um serviço que se funda em relações interpessoais. Sendo que um serviço se caracteriza essencialmente pela interação entre usuário/consumidor/cliente e o sistema de produção. Nessa relação, o usuário/consumidor/cliente está fisicamente presente, e a produção e o consumo ocorrem simultaneamente (DUARTE, 1995, p. 28).

Em razão disso, é necessário afirmar que a saúde é tida como um serviço essencial, pois é um bem imaterial. Ao identificar algumas características dos serviços, observa-se que elas são intangíveis e perecíveis, não estocáveis, de grande contato com usuários/consumidores/clientes, e sua localização depende do usuário/consumidor/clientes. A Constituição Federal de 1988 conceitua saúde como algo a ser ofertado como um direito, em forma de serviço, pois trata-se de ações de pessoas (trabalhadores) sobre pessoas (usuários/consumidores/clientes).

Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles

² exemplo está relacionado a um processo na saúde.

hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. (BRASIL, 1988, p. 10).

Nessa conjuntura, para que o processo tenha eficácia, é necessário que o usuário seja copartícipe, sendo corresponsável pelo resultado da ação terapêutica. Trabalho em saúde parte da premissa que o nosso objeto é ao mesmo tempo nosso sujeito, ou seja, o paciente recebe a ação (objeto de trabalho) e é onde o resultado ocorre, pela corresponsabilidade implicada no processo de cura, o paciente é quem também segue a prescrição ou não, ou seja, o sujeito da ação.

Desse modo, Merhy (2002) chama o trabalho em saúde de trabalho vivo e classifica as tecnologias que utilizamos para realizar esse trabalho em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leves-duras, que são os saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiologia); e duras, os equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais e outros.

Dessa maneira, compreende-se os profissionais da saúde – os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, etc –, quanto os trabalhadores de apoio – os recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros –, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços direto de assistência à saúde das pessoas (BRASIL, 2020, p. 10). O Ministério da Saúde estima em 6.649.307 trabalhadores do setor saúde no Brasil. (BRASIL, 2021, p. 7).

Todavia, é importante entender, segundo Souza *et al.* (2017), que nos últimos anos têm ocorrido no Brasil a deterioração das condições de trabalho em saúde, e isso influencia diretamente na desmobilização das diferentes categorias em fazer controle social e se envolver em atividades que demandem tempo, interesse, sem necessariamente render ganhos, que não são só financeiros, mas de causa social, pois existe um certo descrédito. Após a crise financeira iniciada em 2008, justificaram-se no mundo todo mudanças nas legislações trabalhistas. No Brasil, não foi diferente.

O significado atual da austeridade é, portanto, em meu entender, o de um modelo político-econômico punitivo em relação aos indivíduos, orientado pela crença de que os excessos do passado devem ser reparados pelo sacrifício presente e futuro, enquanto procede à implantação de um arrojado projeto de erosão dos direitos sociais e de liberalização econômica da sociedade. A sociedade da austeridade capta esta dinâmica caracterizada por uma perturbação coletiva dos padrões institucionais e individuais. Estes deslocam-

se para os valores da resignação, desilusão, culpa, desconfiança, dúvida e medo, a partir dos quais tudo o que é positivo está mesmo assim minado por um desespero latente, onde o provisório, a incerteza e o meio termo estão na base de todas as estratégias públicas e privadas. O complexo da austeridade é a designação deste fenómeno. (FERREIRA, 2014, p. 13).

Além do mais, o setor de serviço de saúde, nos últimos quatro anos no Brasil, foi bruscamente reduzido quantitativamente e qualitativamente em seus recursos humanos e financeiros. Os trabalhadores tiveram seus vínculos empregatícios fragilizados, com perdas de direitos e redução de salários. Destarte, autores como Druck (2016), Guerra (2020), Passos e Lupatini (2020) apresentam elementos que comprovam essa deterioração e dados que fundamentam seus argumentos de análise. Assim, por meio da reforma trabalhista, promulgada por meio da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017.

Mais alarmante que o número elevado de alterações produzidas pela reforma trabalhista é o teor dessas alterações, que, entre outras coisas, subtraíram direitos antes legalmente previstos aos trabalhadores, retirando-lhes, inclusive, o efeito pansalarial de muitas de suas verbas retributivas, introduziram condições e formas de contratação mais precarizadas, fragilizaram a estrutura institucional de entidades sindicais, esmaeceram a importância e o papel das negociações coletivas e dificultaram a judicialização de conflitos trabalhistas na Justiça do Trabalho. (GUERRA, 2020, p. 114).

Ainda nesse sentido, segundo Guerra (2020, p. 114), a lei da reforma trabalhista no Brasil trouxe flexibilização das relações entre empregado e empregador (modernização), com a perspectiva de redução da taxa de desemprego (decorrentes de ganhos de produtividade e expansão da economia) e combate ao “emprego informal” (permitido pela redução dos “custos do trabalho”). Entretanto, apesar do prometido, o que tivemos na realidade é que:

[...] não houve redução significativa na taxa de desocupação e, ainda, contrário ao defendido no momento da ‘reforma’, houve um aumento do emprego com relações de trabalho informais no país. Desse modo, ao que se percebe, a nova legislação contribuiu tão somente para a precarização das relações de trabalho e a supressão dos direitos sociais, não atingindo os resultados anunciados. Além disso, após a ‘reforma’, constata-se a limitação na atuação da Justiça do Trabalho nas relações empregatícias, decorrência da prevalência do negociado sobre o legislado, das delimitações ao acesso gratuito ao Judiciário, das condenações em honorários advocatícios sucumbenciais, além do enfraquecimento sindical, que perdeu o seu poder de representatividade. (PASSOS; LUPATINI, 2020, p. 133).

Sobre a questão sindical, as entidades de classe representam as categorias profissionais, logo uma vaga no conselho de saúde representando uma entidade de

classe, simboliza um conjunto de trabalhadores e trabalhadoras de determinada profissão. Fato é, que representações de profissões podem gerar interesses corporativos, já expresso em literatura, a respeito das lutas sindicais e história dos sindicatos.

Nessa conjuntura, Santos *et al.* (2006, p. 90) ressalta que “[...] a concepção de sindicalismo que havia sido imposta pela ditadura Vargas, fundamentada na Carta de Mussolini, prescrevia aos sindicatos uma estrutura e funcionamento corporativo e assistencialista”. Apesar disso, o papel dos sindicatos é relevante para a classe trabalhadora. Ao mesmo tempo, a democracia e a discussão de sociedade, que é papel dos Conselhos de saúde, impõem a ampliação dos debates sobre a sociedade a todas as entidades de classe.

Importante fazer essa relação com o mundo do trabalho e o mundo sindical, pois estão diretamente relacionados, uma vez que só existe sindicato onde há trabalhadores. Apesar da nova legislação permitir a negociação patrão-empregado, importa dizer que existe correlação de forças antagônicas ou até injustas do ponto de vista do poder de decisão dos envolvidos na negociação: patrão-empregado, uma vez que o risco de coação, ou até mesmo assédio, pode ocorrer.

Em relação ao tema do estudo, controle e participação social, os trabalhadores são os que prestam o serviço em um momento, e em outro, eles são os usuários, uma vez que todo cidadão brasileiro tem o direito de utilizar o SUS. Esse contexto é interessante de ser enfatizado, porque permite ao trabalhador em saúde criar um sentimento de empatia pelo usuário, na luta por democracia e controle social. No cotidiano do controle social isso se traduz em diferentes possibilidades, pois o trabalhador de saúde pode ocupar a vaga de representação num espaço de conselho ou delegado em uma conferência. Como vai ser sua representação e qual entidade ele vai representar é o que varia. Ele pode ser representante do segmento trabalhador da saúde, ou ainda pode ocupar uma vaga como usuário do SUS, quando ele participa de movimentos sociais ou junto a alguma entidade, para além das de classe.

Desse modo, espaços de participação necessitam ambientes propícios para seu desenvolvimento e no caso do Brasil, o direito à participação previsto na Constituição Federal de 1988 desponta como recurso determinante na luta pela melhoria da qualidade de vida da maior parte da população (JUCÁ, 2007).

3.2 Democracia

A democracia, como traz Cabral Neto (1997), foi evidenciada desde a antiguidade até os dias atuais, como um conjunto de contradições que redundou em uma maior ou menor incorporação da população ao jogo democrático. A primeira experiência de democracia que temos registro no mundo, foi em Atenas entre três e cinco séculos antes de Cristo, onde foi desenvolvida, pela primeira vez, a noção de democracia direta, exercida pelos seus cidadãos. (PENTEADO, 2005).

Ainda nesse aspecto, Cabral Neto (1997) destaca que a democracia ateniense assegurava, no plano formal, a igualdade política a todos os cidadãos, entretanto no plano real convivia com uma desigualdade profunda, pois era uma sociedade escravocrata com muitas diferenças sociais e econômicas. Essas situações expressavam o caráter limitador da participação política, onde a democracia era outorgada a quem era cidadão. Logo, a cidadania está implicada no processo democrático e ser cidadão, naquela época, era sinônimo de ter posses (por exemplo: terras, escravos...) e ser homem (sexo masculino). A experiência democrática foi derrotada pela guerra desencadeada nos anos 431 a 404 a. C, e durante toda a Idade Média, em um longo período histórico. Dois mil anos depois, a democracia ressurgiu dentro do movimento constitucionalista dos federalistas. No Brasil, também se constituiu em forma de federação.

[...] no primeiro artigo da Constituição do Brasil de 1988, está insculpida a forma federativa de Estado, cujo texto enuncia: 'Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal [...]' (LIMA, 2011, p.125-136).

À vista disso, o federalismo surge em um contraponto à democracia direta, pois em Atenas o formato era democracia direta, cada cidadão se autorrepresentava, cada pessoa era um voto, eles propunham a democracia representativa, como nova forma de fazer um governo popular. Nela, o povo não participava diretamente da tomada de decisão, sobre os temas de seu interesse, mas escolhia os seus representantes, e estes tomam a decisão pelo povo.

Ainda nessa perspectiva, as revoluções burguesas dos séculos XVII e XVIII na Europa foram o ventre da geração desse modelo. Junto à ideia de liberalismo econômico, a democracia representativa nasce colada ao capitalismo. Ambos, tanto democracia (participação eleitoral) quanto capitalismo (liberalismo econômico), se

atravessam nesse período histórico. Entretanto, “o liberalismo e a democracia, apesar das contraposições históricas, durante uma longa fase, uniram-se para a formação da democracia liberal” (CABRAL NETO, 1997, p. 292).

Além disso, estamos há séculos com diversas nações adeptas à democracia no mundo. Democracia representativa, porém, em modelos governamentais diferentes (presidencialismo, federalismo, parlamentarismo, algumas monarquias). Todas têm o propósito comum, ou seja, eleger seus representantes. Todavia, esse conceito tem sofrido bastante desgaste, o que gera novas perspectivas sobre o tema. Ressalto ainda que nem todos os países têm sistema democrático, a exemplo do Iraque, Vietnã e Venezuela. Cabe ressaltar que dentro das categorias existem diferenças entre os países. Os principais tópicos observados são os referentes aos direitos políticos, como o processo eleitoral e o pluralismo político, e as liberdades civis (ZIMERMANN, 2021).

Portanto, quando pensamos ou falamos em Democracia pensamos no seu oposto que é a ditadura. Eles são tipos diferentes de regimes de governo que possuem características opostas. Mas, afinal o que é uma ditadura? Ditadura é uma forma de governo em que uma pessoa ou um pequeno grupo possui poder absoluto sem limitações constitucionais efetivas. Basicamente, existem dois tipos de ditaduras comuns hoje: as militares e as socialistas. As ditaduras militares ocorrem quando as forças militares tomam o poder, com o uso de seu próprio arsenal bélico. O motivo para haver tantas ditaduras militares na história é justamente a força que tal segmento do Estado possui (ZIMERMANN, 2021).

Ainda em relação ao desgaste do modelo democrático lê-se que:

A baixa participação eleitoral, a desmobilização partidária, a diminuição do número de associações e de participação voluntária serviriam de elementos para sustentar o argumento da crise da democracia representativa [...] a teoria deliberativa tem sido objeto de críticas e de novas propostas em relação aos seus pressupostos teóricos. (PEREIRA, 2012, p. 70).

Essa perspectiva gera problemas como método de organização social, uma vez que obriga participações de pessoas em fórum para serem considerados um cidadão participativo.

A imposição da participação em determinados fóruns participativos ou deliberativos busca somente a legitimação do processo dito "democrático" e procura desqualificar outras formas de participação política, de mobilização e de ação coletiva, tais como passeatas, manifestos virtuais, greves,

caminhadas, manifestações, desobediência civil, etc. (PEREIRA, 2012, p. 72).

Diante do exposto, dependendo de cada situação pode-se excluir atores, como acontecia em Atenas. Grupos marginalizados da política têm dificuldade em relação à participação efetiva e contundente na democracia. Outro viés interessante trazido por Cabral Neto (1997) é de que o defeito de tais sistemas não é o de ser representativo, mas de não o ser o bastante. Bitencourt e Pase (2015) levanta a discussão do conceito de democracia “não amadurecida” e ressalta que para que haja controle social necessita de participação social. A autora explica que a participação social só é forte em estados que se organizam para formar cidadãos participativos, criando espaços sociais e culturais férteis à democracia e à participação.

3.3 Movimentos sociais, Participação e Controle Social

Seria importante e desejável que todos os afetados e envolvidos em políticas públicas participassem o máximo possível de todas as fases de um processo decisório. Assim, Cortes e Gugliano (2010) concebem que existe um tipo de democracia que poderíamos nomear de democracia deliberativa, cujo potencial seria expandir o poder da comunidade.

Desse modo, Participação é uma das palavras mais utilizadas no vocabulário político, científico e popular da modernidade. Gohn (2019) salienta que ‘Participação Social’ está dentro das categorias de análise sociológica e política, que tem implicações em comportamentos e atitudes, que levam a ações de mobilizações do sujeito, seja nos aspectos emocionais, intuitivos ou racionais. Esses olhares vão em direção a um conhecimento que pode variar pelo tipo de sociedade que estão inseridos e na época histórica que acontece.

Já sob o ponto de vista político, observa-se democratização ou participação ampla pelos cidadãos, em processos que decidem os caminhos da sociedade ao longo de sua história. Participação social simboliza a força que os indivíduos têm de modificar a organização de uma sociedade, essencial para a construção de um processo de mudança.

Diante disso, a Constituição brasileira, promulgada em cinco de outubro de 1988, conhecida como “constituição cidadã”, rege todo o ordenamento jurídico brasileiro até os dias de hoje. Desde Sete de Setembro de 1822 quando tivemos

proclamada a independência brasileira, esta é a sétima constituição do Brasil e a sexta em um Estado republicano. Está com 33 anos e é um marco dos direitos dos cidadãos brasileiros, por garantir as liberdades civis e os deveres do Estado. Essa constituição garantiu a participação da sociedade na gestão de políticas e programas promovidos pelo governo federal, chamado de controle social. Entretanto, para que haja uma real participação da sociedade temos que ter estrutura, ferramentas e organização que facilitem o Controle Social.

No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado e gestão, controle administrativo-financeiro e no monitoramento de planos e programas. Este movimento ficou associado à redemocratização do país, como um passo além da influência, que é a ação direta.

Além disso, o surgimento de novos canais de comunicação entre a sociedade civil e o Estado passou a constituir um instrumento essencial da gestão pública, evidenciando aspectos da dinâmica política democrática (MARTINS, 2010).

Ademais, no Brasil, a cada quatro anos ocorrem eleições para a presidência da república e governos estaduais. O modelo democrático que temos é de democracia representativa. Entretanto, dados os mecanismos e legislação de participação o presidente eleito tem a possibilidade de implementar tal representação como seu plano de governo prevê, ampliando ou não a participação social.

Em 1 de janeiro de 2019, houve no Brasil a posse de um novo presidente e em 11 de abril de 2019, foi assinado o Decreto nº 9.759, estabelecido a partir de uma justificativa, assinada pelo então Ministro de Estado Chefe da Casa Civil. Entre as justificativas destacava-se a crítica a grupos que podiam exercer pressão, tanto internos como externos e que pensavam diferente das autoridades eleitas, podendo a partir de fóruns democráticos, organizar e levantar suas pautas. Posteriormente, foi alterado pelo Decreto nº 9.812, que extinguiu órgãos colegiados da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, inclusive aqueles instituídos por ato infralegal, dentre eles os Conselhos ligados ao Ministério da Saúde (MS).

Dentro de um contexto democrático, entende-se que, a exposição de conflitos permite que certos temas sejam explicitados, seja pela mídia ou pela opinião pública, e não fiquem esquecidos ou ignorados. Um dos principais objetivos dos movimentos sociais tem sido desenvolver uma nova concepção de democracia e reconhecer o conflito como um elemento fundamental dos processos políticos sendo a democracia

como a melhor forma para tratá-lo e colocar em xeque determinados processos e/ou decisões políticas, colaborando no processo de canalização de tensões e expectativas em relação ao sistema político vigente.

Assim, os movimentos sociais tanto influenciam como são influenciados pelas conjunturas. Os questionamentos das decisões políticas, a exigência por mais espaços de decisão são alguns exemplos de possibilidades da participação social dos movimentos sociais.

Mas, a conexão entre democracia e movimentos sociais não é necessariamente positiva. Movimentos sociais também podem ser antidemocráticos, a exemplo das experiências na Europa, onde o fascismo se desenvolveu, em parte, através da apropriação de estratégias de movimentos sociais (GIUGNI, 2004). Apesar dessas experiências históricas, fica evidente a influência recíproca de fortalecimento tanto da democracia quanto dos movimentos sociais (IBARRA, 2002).

Logo, nesses movimentos, temos que reconhecer que há setores que preferem a pressão política, sem intervir pelo meio instituído e há outras formas de fazer política sem ser pelos mecanismos institucionais. As razões para a não participação são diversas, desde receio de cooptação até discordância do próprio mecanismo de participação (PEREIRA, 2012).

Interessante lembrar que a democracia surgiu em Atenas justamente para proporcionar a discussão das ideias diferentes. E retomando o Decreto nº 9.759, que extinguiu os conselhos a nível federal, outra justificativa alegada foi a de impedir a proliferação de novos colegiados.

O reconhecimento da importância do número de apoiadores de determinados grupos políticos também possui um papel importante dentro da disputa democrática, permitindo um reconhecimento de futuros aliados ou opositores dentro do cálculo eleitoral. A ampliação de direitos tais como a manifestação e a organização durante os processos eleitorais também favoreceram o surgimento de movimentos sociais. (PEREIRA, 2012, p. 80).

Além disso, o Decreto nº 9.759, ao ser apresentado ao Senado Federal, foi sustado e uma das justificativas foi à repressão no conteúdo da participação da sociedade, mesmo que de forma consultiva sobre as políticas públicas.

Na área da saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” em seu art. 2º destaca que saúde é um direito fundamental do ser

humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Conseqüentemente, essa lei se tornou um instrumento fundamental dentro da democracia brasileira, pois democratizou o acesso à saúde para todo/a cidadão brasileiro/a. Em seus art.12, 13, 14 e 14-A, a lei se refere à criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade.

Portanto, a ideia ao criar conselhos foi para estimular a discussão por meio de fóruns, grupos colegiados e a participação dos diferentes movimentos sociais, proporcionando discussões contraditórias e discordantes na busca do melhor consenso para a sociedade.

Ademais, uma das maneiras de avaliarmos a participação social pode ser visualizando as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e refletindo a respeito dos instrumentos de controle social que o SUS possui. Entendemos serem frágeis, pois a legislação coloca na mão dos gestores a decisão final de manter ou não os órgãos colegiados e as instâncias decisórias funcionando, o que reforça a importância desta pesquisa.

3.3.1 O Processo de Redemocratização, Saúde e Capitalismo

A Constituição Cidadã de 1988, na visão de Teixeira (2007), instaurou elementos democráticos na gestão das políticas públicas e propôs um novo desenho de participação da sociedade civil após o fim da ditadura militar no Brasil. Nasceu naquele período o SUS, com os mesmos pilares da democracia: igualdade, universalidade e equidade. O sistema ao ser criado foi pensado e escrito para garantir que a participação e o controle social pudessem ser vistos como parte do processo constitutivo da saúde.

Dessa maneira, dois anos depois, tivemos a criação da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. É importante entender também o contexto econômico onde nasceu o SUS, pois assim como a redemocratização influenciou a forma que o sistema se

estabeleceu, o sistema econômico moldou a forma que o financiamento a este sistema se daria.

Nessa perspectiva, valores como igualdade, universalidade e equidade, em modelos econômicos capitalistas são mais trabalhosos de serem atingidos e no período de redemocratização do Brasil e instituição do SUS, o sistema econômico e social vigente no país era o capitalismo. O capitalismo é um sistema econômico baseado na legitimidade dos bens privados e na irrestrita liberdade de comércio e indústria, com o principal objetivo de adquirir lucro. A democratização do acesso aos serviços de saúde, a expansão de pontos de atenção e equipes encontraram entraves justamente em uma lógica na qual, até o momento entendemos, que serviço de saúde não se estabelece para dar lucro, mas sim produzir um bem imaterial: saúde à população.

Por isso, a disputa por um financiamento justo aos serviços de saúde, necessita da luta diária do controle social dentro do orçamento público estatal. O financiamento no Brasil, em relação aos serviços de saúde, é de extrema importância para que não haja a mercantilização da vida e garantia de saúde como um direito e dever do Estado. Por isso, a Constituição de 1988 foi tão essencial, na forma como está proposta, pois garantiu a saúde como um direito humano e ainda estabeleceu a criação do sistema, que depois foi legalmente instituído, como já falado, pela Lei Orgânica nº 8.080/1990.

Assim, quando reconhecemos que o sistema econômico e social brasileiro é capitalista, e que, portanto, se organiza para gerar lucro, é possível entender a batalha social das políticas públicas de saúde para garantir que o serviço de saúde seja um direito e não uma mercadoria. Para ampliar e avançar em recursos humanos e tecnologias de cuidado nos serviços de saúde, nas equipes de saúde e nas redes de atenção, fundamentalmente precisamos dispor de recursos financeiros.

Além disso, o registro histórico existente no site do conselho nacional de saúde (<http://conselho.saude.gov.br/>), traz o relatório de todas as conferências nacionais de saúde, desde a 8ª CNS, de 1986, e lá se discute o tema financiamento, fundos de saúde, crise financeira e subfinanciamento. Logo, pressupomos a importância que temas como capitalismo e democracia têm para o SUS.

Houve mudanças importantes na legislação brasileira nos últimos anos. A criação das Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 (BRASIL, 2015) e a nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016). Elas introduziram novos dispositivos para o planejamento e execução orçamentária, fixando o orçamento por

vinte anos. No final de 2016, o “teto” financeiro de despesas federais até 2036 permanecerá o mesmo, aumentando, dessa forma, a pressão pela alocação adicional de recursos estaduais e municipais para o financiamento do SUS.

Logo, há um inegável subfinanciamento federal do SUS há muitos anos, gerando distorções e desvios na sua implementação; culminado com a aprovação no Congresso Nacional da Emenda Constitucional 95/2016 que congelou a correção anual do financiamento federal da área social, inclusive do SUS, zerando o crescimento real ao substituir o piso vinculado à evolução da receita pública pelo teto vinculado à inflação do ano anterior (SILVA, 2018, p.1732). Essas medidas fizeram com que o orçamento municipal para o SUS fosse abalado, abrindo uma larga porta para a terceirização de mão de obra.

Nesse cenário, Funcia (2019) salienta que, a participação da União no processo de financiamento do SUS foi reduzida de 73% para 43% no período 1991-2017, compensada pelo aumento da alocação de recursos das esferas estaduais (de 15% para 26%) e, principalmente, municipal (que cresceu 2,5 vezes nesse período – de 12% para 31%).

À vista disso, os municípios têm ampliado esse modelo de contratação, especialmente porque desonera a folha de pagamento dos funcionários no setor público, não ficando acima do limite fiscal permitido. Essa tem sido uma das grandes justificativas.

Estes dois temas, o subfinanciamento e a terceirização, são muito frequentes nas discussões do controle social, viu-se na 8ª CES e na 16ª CNS. Logo, reforça a importância de pensar e refletir sobre controle social, capitalismo e recursos públicos nesse contexto. A democracia representativa que temos, forjada num sistema capitalista, limita o poder popular de decisão sobre o orçamento público.

Mesmo as conferências de saúde elaborando as suas diretrizes, na hora de alocar recursos, não necessariamente o controle social consegue atingir seus objetivos. Assim, a emenda constitucional 95, de 2016, conhecida como a “emenda da Morte” (PEC 241/2016, quando em tramitação na Câmara dos Deputados e PEC 55/2016, no Senado Federal, congelou o aumento de receita para o SUS até 2036 sem passar por fórum ou colegiado do controle social).

3.4 Histórico e Evolução das Conferências da Saúde

A participação social dentro do que a legislação prevê, pode ocorrer no cotidiano dos serviços de saúde ou em fóruns já estabelecidos, tais como conselho local, conselho distrital ou conselho municipal de saúde, bem como em ouvidorias do SUS. Já as Conferências Nacionais de Saúde, constituem espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS a cada 4 anos (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Dessa maneira, as conferências vêm sendo realizadas no Brasil desde 1941, tendo sido alteradas do caráter consultivo para o deliberativo com a tarefa de direcionar suas ações para todo o setor sanitário nacional e ao conjunto das políticas nacionais de saúde (BRASIL, 2011b). Como as Conferências Nacionais de Saúde estão regulamentadas por lei, diferentemente da grande maioria das conferências nacionais, conseguem impactar nas políticas públicas de saúde. Ações políticas de grandes proporções como a criação do MS, nos anos 1950, e a consolidação do SUS, nos anos de 1990, são exemplos de deliberações dessas conferências (SILVA, 2010).

Nesse sentido, o formato inovador da composição em três etapas, com definição ascendente de delegados propostas pelas conferências municipais, estaduais e nacionais, constitui um caráter intergovernamental que busca superar o problema tradicional de escala das políticas participativas (DUQUE-BRASIL, 2011). Também foram realizadas as chamadas conferências livres, muito valorizadas pela juventude, e as conferências virtuais, o que denota alguma flexibilidade ao uso de tecnologias na organização destes eventos. Na década de 1980, após um longo período de ditadura militar, se deu a construção de um modelo democrático a partir da luta dos movimentos sociais, consagrada pela Constituição federal de 1988, assegurando a ideia da democracia participativa. A sociedade civil pode participar do controle e da gestão de políticas públicas por meio da participação popular nos espaços dos conselhos, nas conferências e nas audiências públicas. Isso permitiu que o povo desempenhasse seu poder para além da maneira indireta, mediante representantes eleitos, sendo possível também diretamente, por meio de plebiscitos, referendos e projetos e ou ações de iniciativa popular.

Até o final dos anos 1980 haviam sido realizadas 74 conferências nacionais com 40 temas diferentes que, segundo dados oficiais, “mobilizaram diretamente mais de cinco milhões de pessoas, em cerca de cinco mil municípios brasileiros”. (BRASIL,

2011a). Os processos participativos na saúde vêm se consolidando desde 1980, sendo as conferências e os conselhos de saúde regulamentados desde 1990. Reconhecidos como inovações institucionais, diversos estudos apontam desafios para seu fortalecimento.

Em contrapartida, no cotidiano temos observado processos descolados entre vivência prática e as leis conforme aponta Dussault (1992. p. 12) “Os usuários nem sempre têm a informação para definir suas necessidades e a maneira de atendê-las.” Isso os coloca em posição potencialmente subordinada ao profissional ou ao gestor. Importante ressaltar que isso não diminui em nada a importância do segmento dos usuários, pelo contrário, reforça a necessidade de ampliar e qualificar a participação deste grupo.

Acrescentamos que na prática esse desconhecimento, às vezes, atinge trabalhadores também, pois os processos que envolvem o controle social são burocráticos e demasiadamente políticos, nos sentidos de arranjos e diálogos, em espaços, muitas vezes, inacessíveis para a maioria, como câmaras e espaços legislativos, autoridades e representantes ditos do povo.

3.4.1 A Conferência Nacional de Saúde 2019

A 16ª CNS ocorreu de 4 a 7 de agosto de 2019, em Brasília, e reuniu mais de 5 mil pessoas de todo o Brasil. Segundo o relatório final da 16ª CNS, esta foi o maior evento participativo construído até hoje.

Nessa perspectiva, as etapas preparatórias percorreram todo o Brasil. Mais de quatro mil e seiscentas conferências com participação popular reuniram cerca de um milhão de pessoas. Além das conferências preparatórias, tivemos a realização de 63 conferências livres que possibilitaram a ampliação do debate para os mais diversos temas, ocorridas em todas as regiões do País.

Assim, a mobilização para a 16ª CNS começou com a designação de uma Comissão de Organização, que instituiu amplo debate com conselheiros, profissionais de saúde, gestores e prestadores, usuários, movimentos sociais e sindicais. Além disso, essa comissão elaborou um documento orientador, o qual foi disponibilizado aos municípios e estados, para subsidiar os debates locais. Esse documento foi primordial, dando embasamento aos municípios e estados em suas etapas preparatórias para a etapa nacional. Houve outras comissões, onde podemos citar a

de mobilização e de finanças, que ajudaram na árdua tarefa de organizar esse que foi considerado um dos maiores eventos democráticos realizados nesta década.

Importa ressaltar que na etapa nacional havia três tipos de participantes, a saber: as (os) delegadas (dos), com direito a voz e voto em todas as atividades; as (os) convidadas (dos) com direito a voz nos grupos de trabalho e nas atividades não deliberativas; as (os) participantes, por credenciamento livre, com direito a voz nas atividades não deliberativas; e outros participantes, cuja participação foi garantida pelo Regulamento da Etapa Nacional da 16ª CNS.

Outro aspecto importante desse processo é que a proporcionalidade dos participantes nas conferências respeitou a legislação que garante a paridade com 50% usuários do SUS, 25% trabalhadores da saúde, 25% gestores e prestadores. A paridade dos usuários, junto aos demais segmentos, era uma prioridade em todas as etapas.

3.4.2 A 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 2019

O estado do Rio Grande do Sul, pelo último Censo, 2010, tinha uma população de 10.693.929 pessoas, contando com 497 municípios de diferentes densidades demográficas, e este é um saldo interessante a ser analisado.

Ademais, a Conferência Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul (CES/RS) estava em sua oitava edição e a mobilização no estado atingiu 408 municípios, ou seja, 82,09% do total de municípios existentes. Neste momento, podemos nos perguntar: Por que não se atingiu 100% dos municípios? Há municípios sem Conselho Municipal de Saúde? ou não se atingiu quórum mínimo para uma conferência Municipal de saúde? Para receber recursos na área da saúde, um município deve ter fundo municipal de saúde e para que isso ocorra devem ter um conselho municipal de saúde, que é o responsável em organizar a conferência municipal de saúde.

Nessa perspectiva, a 8ª CES/RS ocorreu de 24 a 26 de maio de 2019, na cidade de Porto Alegre e a divulgação desse evento foi feita pelos meios de comunicação oficiais da Secretaria Estadual de Saúde e secretarias municipais de saúde do Rio Grande do Sul. Além dos meios de comunicação do Conselho Estadual de Saúde, o convite foi estendido a toda a comunidade gaúcha com a mobilização de diferentes setores. Havia uma comissão organizadora no estado assim como na etapa nacional. A comissão organizou os documentos e as delegações, além da própria Conferência

do Estado. No regimento interno da Conferência previa quem seria delegado ou delegada. O regimento interno trouxe as regras da 8ª CES/RS garantindo a participação de 50% dos usuários.

Diante disso, segundo o regimento interno da conferência, elaborado a partir da Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018, estava definido que:

A Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) será composta por 29 (vinte e nove) membros e, após as eleições do Conselho Nacional de Saúde, poderá ser ampliada em até 100% com a inclusão dos novos conselheiros nacionais de saúde, nos moldes a seguir elencados (Redação dada pela Resolução CNS nº 602, de 8 de novembro de 2018): I – A Comissão Organizadora será formada pelo/a Coordenador/a de cada uma das 18 (dezoito) Comissões Intersetoriais do CNS juntamente com os membros da Mesa Diretora; e II – Após as eleições, em havendo renovação da Coordenação das Comissões, os novos coordenadores e os membros da Mesa Diretora poderão integrar a Comissão Organizadora nos termos do caput deste artigo. §1º A Comissão Organizadora será coordenada pelo/a Presidente do Conselho Nacional de Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Coordenador-Adjunto. §2º Um total de 50% dos/as conselheiros/as eleitos/as eleitas para o triênio 2018-2021 integrarão a Comissão Organizadora da 8ª+8 em conjunto com os membros indicados antes do processo eleitoral. §3º Todos/as os/as novos/as coordenadores/as das Comissões Intersetoriais do CNS indicados para o triênio 2018-2021 integrarão a Comissão Organizadora em conjunto com os demais anteriormente indicados. §4º Os membros a que se refere o caput deste artigo permanecerão na Comissão Organizadora, após finalização do triênio 2015-2018, ainda que não tenham mandato renovado no Pleno do CNS. (REGIMENTO INTERNO, 16ª CNS, p. 12).

Sobre a tarefa da Comissão, de acordo com o regimento, temos:

Art. 19 A Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) tem as seguintes atribuições: I – Promover as ações necessárias à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8), atendendo às deliberações do CNS e do Ministério da Saúde e propor: a) O detalhamento de sua metodologia; b) Os nomes do/as expositores/as das mesas redondas e participantes das demais atividades; c) Os critérios para participação e definição dos/as convidados/as nacionais e internacionais, a serem aprovados pelo Pleno do CNS; d) A elaboração de ementas para os/as expositores/as das mesas; e e) Os/as Delegados/as indicados/as ou eleitos/as por entidades nacionais, de gestores e prestadores de serviços de saúde, a serem aprovados pelo Pleno do CNS. II – Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade para a Etapa Nacional; III – Acompanhar a execução orçamentária da Etapa Nacional; IV – Analisar e aprovar a prestação de contas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8); V – Encaminhar até 60 (sessenta) dias, após o encerramento da Conferência, o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) ao CNS e ao Ministério da Saúde, com prazo de edição previsto para o primeiro trimestre de 2020, para ampla divulgação e início dos processos de monitoramento; VI – Apreciar os recursos relativos ao credenciamento de Delegadas e Delegados, assim como discutir questões pertinentes à 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8), submetendo-as ao Pleno do CNS. VII – Indicar, como apoiadores, pessoas e representantes de entidades e movimentos com contribuição significativa em cada área para

integrarem as Comissões, caso julgue necessário (REGIMENTO INTERNO 16ª CNS, p. 14).

4 METODOLOGIA

A partir da questão norteadora e dos objetivos propostos neste estudo, optou-se em utilizar uma abordagem de pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, com objetivos descritivos utilizando como procedimento o estudo de caso. A abordagem qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização e outros. Preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Quanto à sua natureza, utilizou-se a pesquisa aplicada, que busca gerar conhecimento para dar soluções a problemas específicos. No que tange aos objetivos, trata-se de uma pesquisa descritiva que exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. São exemplos de pesquisa descritiva: estudos de caso, análise documental, pesquisa *ex-post-facto*.

Além disso, o procedimento utilizado para este estudo foi o Estudo de Caso, amplamente usado nas ciências médicas e sociais (GIL, 2008). Um estudo de caso pode ser caracterizado como uma análise de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa que investiga o fenômeno da participação da sociedade no setor da saúde e junto às políticas públicas no contexto (YIN, 2015, p. 17).

Dessa forma, Alves-Mazzotti (2006, p. 640) salienta que os exemplos mais comuns para esse tipo de estudo são os que focalizam apenas uma unidade que pode ser um indivíduo, um pequeno grupo, uma instituição, um programa ou um evento. A aplicabilidade do estudo de caso proporciona apreender a complexidade do objeto pesquisado, incluindo mudanças relevantes ao longo do tempo, mudanças de condições contextuais e aquelas que potencialmente interagem com o caso.

Pelo exposto, para cobrir a complexidade de um caso e de seu contexto, o estudo de caso deve contar com múltiplas fontes de evidência, as quais, podem incluir entrevistas, documentos, observações de campo, registros de arquivos, artefatos físicos e observação participante. Uma avaliação de estudo de caso deve cruzar deliberadamente a evidência dessas múltiplas fontes para confirmar e corroborar as descobertas (YIN, 2015, p.109-122).

Diante disso, neste estudo foram realizadas coletas de dados bibliográficos e documentais. Os dados bibliográficos são indispensáveis a qualquer pesquisa científica e fornecem os conhecimentos teóricos empíricos que nortearão as discussões. As fontes bibliográficas utilizadas foram: os artigos, os livros, as dissertações e as teses que tratavam de assuntos similares aos objetivos do estudo. Os documentos utilizados foram os documentos públicos das secretarias municipais e estadual: Relatórios da Conferência Estadual e o Relatório Final da 16ª (8º+8) CNS, ambas realizadas em 2019. Utilizamos, também, os dados do relatório da Pesquisa Nacional. Todos os dados coletados foram analisados de formas específicas e individualizadas.

No estudo, agrupou-se os dados objetivos dos documentos buscando identificar as variáveis sociodemográficas dos trabalhadores que continham nos documentos (idade, gênero, raça/core outros). Os dados descritivos foram separados utilizando análise de conteúdo que, segundo Minayo (2014), parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. A análise de conteúdo, segundo a autora, oscila entre a objetividade dos números e a fecundidade da objetividade.

4.1 Aspectos Éticos

Este estudo buscou responder a um dos objetivos específicos do projeto principal “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, que teve apreciação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi encaminhado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o Protocolo nº 14851419.00000.0008.

5 RESULTADOS ENCONTRADOS NOS RELATÓRIOS DA 8ª CES/RS, 16ª CNS/BR, E DA PESQUISA REALIZADA NA 16ª CNS/BR, BRASIL-2019

Antes de iniciarmos a exposição dos resultados, reforçamos que as informações utilizadas do Relatório da Conferência Nacional, foram os dados da pesquisa realizada durante a 16ª CNS. No relatório consta que foram aplicados 2.853 questionários (dois mil oitocentos e cinquenta e três) dos quais 2.168 (dois mil cento e sessenta e oito) participantes eram delegados (76%), 585 eram convidados (20,5%) e 100 (3,5%) eram do grupo de demais participantes. Importante registrar que o questionário foi aplicado aleatoriamente (RELATÓRIO NACIONAL, 2019, p. 33).

Assim, o tema central da Conferência Nacional de Saúde foi “Democracia e saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”. Esse tema fortaleceu a mobilização de um grande público, trazendo à cena atores que pautaram pontos críticos para o futuro do SUS e do país. Todas as informações apresentadas nas tabelas, a seguir, foram dados dos documentos da 8ª CES/RS, do relatório final da 16ª CNS e da pesquisa realizada na 16ª CNS.

Logo, para o preparo da Conferência Nacional foram realizadas no RS 408 conferências com um total de 3000 participantes, que estão documentados no Relatório Final da 16ª CNS. O número de pessoas mobilizadas no Brasil, por meio das conferências nas diferentes etapas, municipais e estaduais, foi de aproximadamente 23 mil pessoas que efetivamente participaram da 16ª CNS.

Além do mais, os resultados que apresentaremos a seguir, mostrarão o número de participantes no RS, dando ênfase na análise ao recorte do segmento dos trabalhadores da saúde na 8ª CES/RS e na 16ª CNS.

Pelo regimento da 16ª CNS, o RS poderia ter encaminhado 144 delegados, entre usuários, trabalhadores e gestores/prestadores para a Etapa Nacional. Entretanto, o RS credenciou 139 pessoas, participando em Brasília.

Em relação à delegação gaúcha, 109 delegados foram eleitos em conferências municipais e 25 foram eleitos pelo CES/RS, conforme previsto no regimento interno, completando 134 pessoas.

Nessa perspectiva, o Quadro 1 identifica que na etapa estadual, 438 pessoas foram credenciadas para participar da conferência, fruto das conferências municipais. Em relação à participação dos trabalhadores da saúde, foram 232 inscritos, sendo o maior grupo dos participantes. Os delegados estavam distribuídos em 58 (44%)

usuários, 54 (40%) trabalhadores e 22 (16%) gestores/prestadores. Sobre a representação dos segmentos, o regimento interno da 8^o CES/RS definiu que deveriam ser 50% usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores/prestadores de serviço. Os resultados demonstraram que, no RS, em todos os segmentos essas proporções foram diferentes.

Já em relação à delegação gaúcha que foi a Brasília, o quesito paridade foi um pouco mais aproximado ao regimento sendo: 73 (52%) usuários, 39 (28%) trabalhadores da saúde e 27 (20%) gestores/prestadores.

Outro resultado do Quadro 1 foi que das 438 (100%) pessoas que participaram da 8^a CES/RS, 134 (30,6%) foram credenciados como delegados nos três segmentos (usuário, trabalhador, gestor/prestador). Ou seja, mais da metade das pessoas (304 pessoas, 69,40%) eram participantes ouvintes, já que somente delegados poderiam votar. E ainda no universo dos participantes, os trabalhadores foram o número mais expressivo em números absolutos e aumentaram sua participação na 16^a CNS.

Tabela 1 - Número de participantes, vagas totais de delegados e total de delegados credenciados na 8^aCES/RS e vagas de delegados aptos a participar e que participaram na 16^a CNS/BR, Brasil-2019

Segmentos	Total participant es CES/RS	Vagas totais* de delegados da CES/RS	Total delegados credenciados pelo CES/RS	Vagas* delegados aptos para participar 16 ^a CNS	Delegados RS que participaram 16 ^a CNS*
Usuários	132 (30,13%)	142(50%)	58 (44%)	72(50%)	73(52%)
Trabalhadores	232(52,97 %)	71(25%)	54(40%)	36(25%)	39(28%)
Gestores/prestadores	74(16,89%)	71(25%)	22(16%)	36(25%)	27(20%)
Total	438	284	134	144	139

Fonte: Elaborada pela autora, com base no relatório final da 8^aCES/RS e 16^a CNS/BR, 2019

* Conforme Regimento da 8^a CES/RS e da 16^a CNS.

A Tabela 1 demonstra a hegemonia das participações dos trabalhadores da saúde no RS. Como não há uma análise das participações de usuário que também é trabalhador, ou ainda gestor que também é trabalhador, certamente presumimos que esses números podem ser maiores, uma vez que o trabalhador em saúde pode ocupar vaga nos diferentes segmentos, como dito na introdução deste estudo. Não temos como fazer essa análise neste estudo, mas é pertinente deixar esse registro que

estudos sobre a autoridade sanitária de um trabalhador fazendo controle social, num espaço deliberativo, são importantes. Seja ele ocupando a vaga como usuário ou a vaga como gestor. Esperaria um número maior de usuários participando do controle social e na luta pelo SUS, porém, hoje, o cenário muda e temos, como dito acima, a possibilidade ou risco, dependendo da perspectiva, dos trabalhadores ocuparem mais que 25% das vagas previstas, se de fato eles usurparam a vaga dos usuários (apesar deles o serem também) ou dos gestores.

A Tabela 2 apresenta o quesito raça/cor do conjunto de participantes da 8ª CES/RS e na 16ª CNS. Foram incluídos os participantes e delegados das conferências, entretanto só foi possível incluir o recorte racial do segmento trabalhadores da saúde da 8ª CES/RS, pois no relatório da 16ª CNS não havia o quesito trabalhador, só disponível no conjunto de todos os participantes.

Tabela 2 - Identificação de Raça/Cor dos participantes em geral e trabalhadores da 8ª CES/RS e 16ª CNS/BR, Brasil-2019

Raça/ Cor	Participante/RS nas conferências		Delegados credenciados no RS		Delegados trabalhadores da saúde credenciados RS		Delegados no Brasil*	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Branco	367	83,8	113	84,3	44	81,5	1.068	37,7
Pardo	39	8,9	10	7,5	4	11,1	1.100	38,8
Preto	28	6,4	9	6,7	6	7,4	562	19,8
Amarelo	2	0,5	1	0,7	0	0	35	1,2
Indígena	2	0,5	1	0,7	0	0	71	2,5
TOTAL	438	100	134	100	54	100	2853	100

Fonte: Elaborada pela autora, com base no relatório final da 16ª CNS e documento da CES/RS, 2019

* O relatório final da Pesquisa não diferencia os participantes na maioria dos itens.

No RS, os participantes na 8ª CES/RS, em sua maioria, se declararam de cor branca 367 (83,8%). Ao observarmos, na Tabela 2, o perfil específico dos delegados credenciados e de trabalhadores no RS, a proporção de raça branca permanece inalterada, confirmando o Censo de 2010, que mostra que a população no RS é de 84,7% brancas. Ao observarmos os delegados na 16ª CNS, a maioria é parda, entretanto os dados do censo de 2010, sobre a população brasileira, mostra que 47,6% são brancos e em segundo lugar com 42,9% os pardos. Ou seja, apesar de o Censo populacional declarar maioria da população brasileira branca, a conferência teve maior participação de pessoas pardas.

Observou-se ainda um representante indígena na conferência do RS, mas não era trabalhador. Olhando o conjunto de participantes no Brasil observa-se que os

indígenas foram apenas 2,5% participando como delegados, num universo de mais de 2853 pessoas.

A Tabela 3 apresenta o quadro dos vínculos empregatícios dos participantes nas conferências e nos documentos examinados. Os dados do Quadro 3 merecem algumas considerações, pois no RS das 438 fichas preenchidas, no item se trabalhavam ou não, após responder que não trabalhava, o delegado deveria justificar o motivo, entretanto, 3 não justificaram.

Tabela 3 - Identificação dos participantes, por vínculo empregatício, na 8ª CES/RS e 16ª CNS/BR, Brasil-2019

Dados das conferências	8ª CES/RS	%	16ª CNS/BR	%
rede privada	21	4,79	173	6,1
rede pública	321	73,28	1537	53,9
trabalho informal	3	0,68	-	-
trabalho autônomo	23	5,25	279	9,8
aposentado	24	5,47	290	10,2
outro motivo	9	2,05	-	-
bolsista	-	-	166	5,8
estudantes	-	-	145	5,1
voluntários	-	-	36	1,3
desempregados	6	1,36	129	4,5
empresários	-	-	23	0,8
trabalho doméstico	-	-	7	0,2
outros tipos de trabalho	28	6,39	-	-
sem preenchimento	3	0,68	69	-
Número Total de Participantes	438	100	2853	100

Fonte: Elaborada pela autora, com base no formulário de inscrição de participantes da 8ª CES/RS e 16ª CNS/BR, Brasil-2019.

Sobre empregos e profissões, no RS, dos 438 participantes, 396 afirmaram trabalhar representando 90,41%. Porém, quase 10% dos participantes da Conferência Estadual não estavam trabalhando no momento (42 pessoas, 9,59%), fosse por estar aposentado ou desempregado ou outro motivo. Constatou-se que a maioria dos

participantes, tanto na 8ª CES/RS como na 16ª CNS, estavam trabalhando. Houve a participação de estudantes (bolsistas e estudantes residentes) na 16ª CNS, mas na estadual não foram identificados. O vínculo majoritário dos trabalhadores foi com o serviço público.

Na Tabela 4 apresenta-se a divisão dos participantes da 8ª CES/RS por profissões. A maioria era da área de saúde, e como já foi expresso na revisão bibliográfica, ser trabalhador da saúde não implica em formação explícita na área, mas sim, exercer trabalho no serviço de saúde.

Tabela 4 - Identificação de profissões e vínculos dos delegados trabalhadores que participaram da 8ª CES/RS

Profissão	Serviço público	Serviço privado	Outro	Aposentado	Desempregado
cirurgiões-dentistas, médicos, veterinários, enfermeiros e trabalhadores assemelhados	17	0	-	2	1
farmacêutico	2	0	1	2	0
nutricionista	-	-	1	-	-
psicólogo	1	-	-	-	-
professor	1	-	-	-	-
agente administrativo	1	-	-	-	-
serviços de higiene	5	-	-	-	-
enfermeira	-	-	-	2	-
biologistas	2	-	-	-	-
trabalhadores não classificados	1	-	-	-	-
trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas	-	1	-	-	-
jurista	1	-	-	-	-
agente de endemias	1	-	-	-	-
estatístico, matemático	1	-	-	-	-
servidor público	4	-	-	-	-

agente de saúde	3	-	-	-	-
assistente social	1	-	-	-	-
oficineira do CAPS	1	-	-	-	-
sem informação	2	-	-	1	-

Fonte: Elaborada pela autora, com base no documento da 8ª CES/RS, 2019.

Diante do exposto, a maior parcela de trabalhadores tinha formação no campo da saúde, com seu núcleo delimitado. Em relação ao item com maior número de participantes, pode ter uma informação com viés, já que o formulário feito pela 8ª CES/RS previa duas respostas: a primeira pergunta era fechada, com itens para escolher e marcar a profissão, com respostas fechadas. Em um outro campo, com pergunta aberta, qual profissão? A maior parte das pessoas não respondeu a segunda pergunta. Esse fato dificultou ter a informação precisa das profissões e núcleos. Ainda sobre as informações do formulário do estado, dos 134 delegados do RS, 89 responderam que atuam em conselhos de saúde e 45 não atuam. Este dado revela o dia a dia da participação social para além das Conferências de saúde.

Na Tabela 5, estão apresentados os dados dos participantes segundo sexo. Identifica-se que a participação feminina foi maior em ambas as conferências, porém no RS ela foi mais expressiva, sendo três vezes maior que a dos homens. No Brasil ela foi maior, porém cerca de 10% a mais. Nos documentos analisados na CES/RS não havia informações detalhadas a respeito de gênero e orientação sexual, apenas sobre o sexo.

Tabela 5 - Identificação quanto ao sexo masculino e feminino, entre os participantes na 8ª CES/RS e 16ª CNS/BR, Brasil-2019

Conferências	Feminino	%	Masculino	%	Total
8ª CES/RS	320	73,1	118	27	438
16ª CNS/BR	1569	55,3	1267	45	2853

Fonte: Elaborada pela autora, com base no relatório final da 16ª CNS/BR e documentos da 8ª CES/RS, 2019.

Nas Tabelas 6 e 7, estão apresentados os dados sobre gênero e orientação sexual coletados apenas no Relatório Final da 16ª CNS. Mesmo com essas lacunas de informações nos dados da conferência do RS, entendemos ser importante uma análise, pois poderão servir de base para futuros estudos.

Tabela 6 - Identidade de gênero apresentado no relatório final dos participantes da 16ª CNS, 2019

Gênero	Total na 16ª CNS	%
homem cis	1112	38,97
homem trans	33	1,15
mulher cis	1351	47,35
mulher trans	30	1,05
travesti	2	0,07
não binário	8	0,28
não sabe sua identidade de gênero	224	7,85
Não se identificaram	93	3,25
Total	2.853	100

Fonte: Elaborada pela autora, com base no relatório final da 16ª CNS, 2019.

A Tabela 7 mostra todos os segmentos que participaram da 16ª CNS e preencheram sua orientação sexual. Como já analisado anteriormente, mesmo com as lacunas de informações entendemos importantes para futuras pesquisas.

Tabela 7 - Orientação sexual dos participantes da 16ª CNS, 2019

Orientação sexual	Participantes	%
Lésbicas	56	1,96
Gays	156	5,46
Bissexuais	119	4,17
Heterossexuais	2428	85,10
Pansexuais	11	0,38
Assexuados	3	0,10
Outras Classificações	7	0,24
Sem informações	73	2,55
Total	2853	100

Fonte: Elaborada pela autora, com base no relatório final da 16ª CNS, 2019.

Na Tabela 8, estão identificadas as faixas etárias dos participantes da 8ª CES/RS e 16ª CNS. Em relação aos delegados eleitos no RS, apresentaremos os

eleitos em conferência municipal, sem os designados pelo conselho estadual. Por isso, serão 109 pessoas no total. Será feito desta forma, pelos dados disponíveis.

Tabela 8 - Identificação por faixa etária dos delegados participantes da 8ª CES/RS, 2019

Faixa Etária	Participantes RS/Eleitos nas CMS*	%	Participantes RS	%	Participantes Brasil	%
18-30 anos	16	14,67	118	26,94	496	17. 38
31-40 anos	22	20,18	121	27,62	699	24. 50
41-50 anos	28	25,68	83	18,94	656	22, 99
51-60 anos	23	21,10	68	15,52	665	23. 30
61-70 anos	18	16,51	39	8,90	294	10. 30
70 anos +	2	1,83	9	2,05	43	1.5 0
Total	109	100	438	100	2853	100

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos documentos da 8ª CES/RS, 2019.

* Conferência Municipal de Saúde do Rio Grande do Sul.

6 ANÁLISE E DISCUSSÕES DAS PROPOSTAS DA 8ª CES/RS E 16ª CNS

6.1 Propostas encaminhadas pela 8ª CES/RS e aceitas na 16ª CNS

As propostas oriundas da 8ª CES/RS estão apresentadas no Anexo 1. Em virtude do volume das propostas e da robustez do conteúdo, disponibilizamos no anexo e a autora escolheu em cada eixo uma proposta para aprofundar, relacionando ao trabalhador em saúde e sua participação. Apresentaremos um quadro em cada eixo, com a proposta em que aprofundaremos a discussão, na perspectiva da repercussão na vida diária do trabalhador e no trabalho em saúde, a partir da literatura já escolhida e abordada no referencial teórico. Além disso apresentaremos a síntese das outras propostas por eixo, lembrando que no Anexo 1 estão disponíveis as propostas em sua integralidade.

6.1.1 Sobre as propostas

As propostas vieram, na sua maioria, dos trabalhadores, uma vez que já constatamos, anteriormente, que a maioria dos participantes das conferências foram de trabalhadores da saúde, vinculados a um serviço público, e ainda ativos na sua vida profissional. As propostas foram analisadas identificando os desafios para o futuro do País e neste estudo especificamente olhando para os trabalhadores da saúde.

6.1.2 Como se deu o processo de formulação e organização das propostas

A Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2019, foi organizada por uma comissão, a partir do Conselho Nacional de Saúde. Essa comissão formulou um documento orientador que serviu de apoio às proposições de todos os estados. O tema central da 16ª CNS, foi “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. E os três eixos temáticos foram: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Ademais, na etapa Nacional os delegados elencaram 31 diretrizes e 329 propostas a partir do que foi discutido e formulado nas conferências dos estados. Além das diretrizes e propostas surgiram 56 moções até o final da conferência nacional.

Assim, o Rio Grande do Sul encaminhou para a conferência nacional cinco propostas a partir do tema central e cinco propostas por eixos adjacentes, totalizando 20 propostas.

Após a leitura das propostas e análise dos relatórios identificamos que todas as propostas da 8ª CES/RS foram aceitas e convertidas em propostas ou agregadas a de outros estados em que eram similares.

6.2 Tema Central da 16ª CNS

O Quadro 1 apresenta o tema central da 16ª CNS com a proposta da 8ª CES/RS escolhida para discussão e aprofundamento focado no objetivo geral deste estudo.

Quadro 1 - 16ª CNS e seu tema central: Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS, 2019

Tema central: DEMOCRACIA E SAÚDE: SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS”.	
Proposta da 8ª CES/RS incluída na 16ª CNS	<p>1.Direitos Constitucionais e Saúde</p> <p>1.1 Garantir que o princípio constitucional “que todo o poder emana do povo e em seu nome será exercido” seja respeitado, sendo inaceitável a perda de direitos de cidadania. Assim, exigimos o Referendum Popular Revogatório das medidas que atentaram contra os direitos do povo brasileiro, tais como: EC 86, EC 95: Contrarreforma Trabalhista, Terceirização, entrega do Pré-sal.</p>

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos documentos da 8ª CES/RS, e relatório final da 16ª CNS, 2019.

O tema central veio carregado de lutas históricas e desafios às gerações futuras, pois democracia, como exposta nas reflexões teóricas anteriores, vem sendo modificada ao longo dos séculos e ainda se consolidando nas diferentes sociedades como algo a ser implementado, ressignificado e construído a cada geração.

Já o entendimento explícito da saúde como um direito, precisa ser garantido e principalmente financiado pelo Estado brasileiro como também discutimos nas reflexões teóricas, o que tem acarretado diversas mudanças na estrutura do SUS. A fala do Emerson Elias Merhy, na mesa do debate 1, traduziu a 16ª CNS e seus eixos:

[...] sou um daqueles que traz na minha própria história o quanto a construção do Sistema Único de Saúde, efetivamente, representa a própria produção da democracia brasileira, nesses últimos 40 anos [...] o Sistema Único de Saúde, passa necessariamente pela relação que a 8ª Conferência tomou como seu

eixo central: saúde e democracia, democracia e saúde. (BRASIL, 2019, p. 67).

Portanto, nada mais significativo que a memória deste sanitarista, resgatada e vivenciada naquele momento de abertura da Conferência Nacional de Saúde, ressignificando nos corações e mentes a razão de todos que estavam ali, na busca da democracia real.

6.2.1 Referendo revogatório das EC 86 e EC 95

Na etapa Nacional, a proposta de debater com a sociedade civil sobre a EC 95 por meio de um referendo, mexeria na estrutura e distribuição orçamentária do SUS. Como o orçamento havia sido congelado sem um maior debate, especialmente com controle social e conselhos, havia e ainda há, uma necessidade de revisar este congelamento. Em razão disso, foi proposto o Referendo que serviria para ampliar o controle social e promoveria democracia direta, por meio da participação social.

Dessa maneira, o referendo na legislação brasileira é um mecanismo da gestão pública para ouvir a sociedade civil. Convocado pelo congresso por um terço, no mínimo, dos membros que compõem qualquer casa legislativa.

Nesse sentido, segundo o TSE (2022), plebiscito e referendo são consultas ao povo para decidir sobre matérias de relevância constitucional, legislativa ou administrativa.

A principal distinção entre eles é a de que o plebiscito é convocado previamente à criação do ato legislativo ou administrativo que trate do assunto em pauta, e o referendo é convocado posteriormente, cabendo ao povo ratificar ou rejeitar a proposta. (TSE, 2022).

A 16ª CNS de saúde, além de ser um espaço de participação social, foi um espaço de promoção e fortalecimento da ideia de participação, onde a proposta do Referendo demonstra isto. Em relação a permitir a população decidir e deliberar sobre o orçamento público, a experiência que relatei no início do estudo, sobre orçamento participativo, permite entender a diferença de um orçamento impositivo, que é o que as EC 86 e EC 95 impõe e uma outra ideia, de orçamento participativo, discutido com a população, onde sejam escolhidas coletivamente as prioridades para investimento do recurso público. A democracia brasileira não está ainda madura o suficiente à participação social.

À vista disso, Moretti *et al.* (2022, p. 36) destacam que a EC 95 ao ser introduzida, congelou o orçamento federal para a saúde, pela Lei do Teto de gastos, ao definir que o mínimo de aplicação no setor equivaleria ao empenhado em 2017, atualizado apenas pela inflação passada. Isto, unido a EC 86, que define que no mínimo 15% da receita corrente líquida seja aplicado em saúde, acarretou numa perda de R \$36,9 milhões para o SUS, entre 2018 e 2022. Ao desconsiderar fatores como crescimento populacional, essa medida trouxe consequências prejudiciais ao conjunto do setor Saúde. Na reflexão que faremos, ressaltamos o papel do controle social ao discutir tais medidas e propor sua revogação por meio da discussão com a sociedade via um Referendo.

Além disso, tivemos o elemento surpresa após 16ª CNS, a pandemia de Covid-19. As medidas emergenciais em função da calamidade pública ficam fora do Teto de gastos. Todavia, o atendimento às vítimas de covid se dá em redes de atenção nos três níveis de atenção, seja primário, secundário e terciário. O que poderia estar melhor financiado e conseqüentemente estruturado se não houvesse o teto de gastos, já agindo sobre o recurso da saúde desde 2018. Até o momento, não houve ainda a revogação de tais emendas apesar da indicação das conferências e apesar da pandemia.

Importante ressaltar que foi colocado como diretriz na conferência e instituída para um possível plano plurianual do gestor federal, portanto deveria ter sido analisada e cumprida. A EC 95 pode ser revogada a qualquer momento pelo gestor, em que pese o interesse político em fazê-lo. A ideia do financiamento real e do financiamento necessário também foi amplamente discutida na etapa estadual e teve forte repercussão nacional, com diversas propostas buscando garantir o financiamento que os serviços de saúde precisam para serem melhor executados, possibilitando que os trabalhadores também sejam valorizados. Por isso, como já expresso no referencial teórico, é importante ressaltar o que significa congelar recursos por 20 anos num sistema que se diz universal, integral e equânime como é a proposta do SUS.

6.2.2 A Contrarreforma Trabalhista

A Reforma Trabalhista esteve no centro do debate nas duas Conferências, tanto na estadual como na nacional. Pelos impactos que teve na vida da população

brasileira, e conseqüentemente no seu adoecimento, este debate era necessário na conjuntura da conferência, especialmente para o fortalecimento do SUS no atendimento das pessoas. Sob o aspecto trabalhista, reiteramos o que já foi pontuado por Passos e Lupatini (2020), ela não melhorou a vida dos trabalhadores, isto incluídos os da saúde. Ela formalizou os postos de trabalho que já estavam precarizados e reduziu os direitos daqueles que já tinham alguma garantia trabalhista. Ela ainda resume assim: a Reforma Trabalhista repercutiu no emprego, nas relações de trabalho e nos direitos dos trabalhadores.

A contrarreforma trabalhista não atingiu os objetivos defendidos, isto é, a diminuição da taxa de desemprego e o combate ao “trabalho informal”. Ao contrário, o número de desempregados aumentou, a parcela dos trabalhadores com relações de trabalho informais cresceu, bem como a contrarreforma acarretou uma limitação ao acesso à justiça trabalhista. Tal resultado não fere, ao contrário, as exigências da lei geral da acumulação capitalista; as alterações da legislação trabalhista impuseram conformidade das relações de trabalho às necessidades do movimento do capital no período atual. (PASSOS; LUPATINI, 2020, p. 1).

Quanto ao documento orientador nacional, também faz reflexão sobre o conceito de saúde que Sérgio Arouca, em 1986, defendia na 8ª CNS, baseada nos princípios da Alma Ata, já que entendia que as relações trabalhistas e o acesso ao emprego eram determinantes do processo saúde-doença.

[...] saúde não é simplesmente ausência de doença: ‘é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo[...]’. (AROUCA, 1986).

Ao dizer que a saúde significa ter trabalho e salário digno, Arouca (1986) nos mostra que as perdas de direitos, o aumento da carga social no trabalho e a submissão degradam as condições de vida dos trabalhadores e desencadeiam a mutilação política de enfrentar essas próprias cargas e perdas. Assim, Freire (2010, p. 306) argumenta que a necessidade de trabalhar de dia para comer à noite, reduz a capacidade de organizar as lutas, pois além do desgaste físico existe o desgaste mental. Ela chama de mutilação do corpo e da mente.

Trabalhadores organizados, população e intelectuais da área de saúde do trabalhador, já confirmaram a validade dessa via para construção da contra-hegemonia [...]. Contudo, ele ainda apresenta relativa dependência da direção política governamental, necessitando fortalecer-se, sobretudo na articulação com os movimentos sociais e organizações mais autônomas de trabalhadores, a fim de superar as contrarreformas, as diferentes culturas dos segmentos e a competitividade destrutiva entre eles. (FREIRE, 2010, p. 306).

Esses conceitos de trabalhadores organizados servem para a classe trabalhadora no geral e também as entidades de classe da área da saúde. Pois, é a partir da organização dos trabalhadores que muitos avanços e vitórias de lutas se teve no SUS. Logo, entidades enfraquecidas, trabalhadores da saúde desmotivados a se organizar, têm um saldo negativo para a luta por melhorias nos serviços de saúde, redes de atenção e conseqüentemente à saúde da própria população e do trabalhador.

6.2.3 As terceirizações da prestação do serviço de saúde

Sobre a terceirização, tivemos a denúncia da precarização do trabalho no Relatório Nacional e diversas propostas em defesa da carreira pública e o não sucateamento do SUS. Mas, afinal, o que é terceirização? É a contratação de uma empresa para a realização de serviços específicos dentro do processo produtivo da empresa contratante. Sendo a empresa contratada a intermediadora do serviço e as relações trabalhistas com o trabalhador. (BRASIL, 2017).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a prestação de serviços é a atividade que mais emprega no País, além de ser a que apresenta a maior taxa de formalização, com 73% dos trabalhadores com carteira assinada.

Como estamos falando sobre terceirizar serviços públicos de saúde, cabe ressaltar o que esboça a legislação a respeito da prestação do serviço de saúde por parte do ente privado, uma vez que ela deve ser complementar e não substitutiva. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, continua a mesma até o momento, porém, com a nova legislação, que veremos a seguir, serão abertos caminhos que até então eram mais restritos.

Dessa forma, a Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017 que dispõe sobre as relações de trabalho em empresas de prestação de serviços a terceiros, alterou dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispunha sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dava outras providências. A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), em 2018, reconheceu ser legal a contratação de serviços terceirizados em todas as etapas do processo produtivo das empresas. Na prática, isso pôs fim à distinção entre atividade-meio e atividade-fim. Atualmente, é possível contratar serviços terceirizados em qualquer etapa do processo produtivo. Anteriormente, se terceirizava setores, como higienização, manutenção ou alimentação na área da saúde e na prestação de serviço à saúde. Hoje, se terceiriza a própria prestação do atendimento médico, enfermagem ou outros que prestam atendimento direto para pessoas nas suas necessidades de manutenção ou cuidados da sua saúde.

Diante disso, quando se discutiu na 8ª CES/RS e na 16ª CNS a terceirização, o grande nó crítico foi a qualidade dos serviços prestados.

Os estudos realizados nos últimos 25 anos sobre a terceirização no Brasil, foram unânimes em revelar a degradação do trabalho em todas as suas dimensões: no desrespeito aos direitos trabalhistas, nas más condições de trabalho, nos baixos salários, na piora das condições de saúde, nos maiores índices de acidentes e na vulnerabilidade política dos trabalhadores que, dispersos e fragmentados, têm dificuldades para se organizar coletivamente (DRUCK, 2016, p. 16).

A respeito das denúncias que a 16ª CNS explicitou nos debates e estão nos registros da conferência, Druck (2016) e Ribeiro e Mancebo (2013) corroboram com outros estudos que trazem que o estado neoliberal está colocando fim a um segmento dos trabalhadores, o funcionalismo público. Esse segmento tem papel crucial para garantir o direito e o acesso aos serviços públicos, necessários à sociedade, e sobretudo à classe trabalhadora. Essas decisões são via de mão dupla, tanto para quem atende, que é da classe trabalhadora, como para quem recebe o serviço prestado, que também é trabalhador e na sua maioria, no Brasil, impossibilitada de recorrer a serviços privados. O desmonte, focando os trabalhadores, acontece de forma a desconstituir o padrão salarial e as condições de trabalho do funcionalismo, desestimulando a seguir carreira pública.

A proliferação da terceirização em serviços públicos essenciais, como é o caso da saúde, resulta na diminuição do número de funcionários e em sua desqualificação e desvalorização, em prol de uma suposta e não comprovada

eficiência de instituições de natureza privada, mais flexíveis e ágeis, em contraposição ao padrão do serviço público brasileiro. (DRUCK, 2016, p. 18).

Pelo exposto, o serviço público, em nosso País, tem tido ao longo dos anos uma redução no seu orçamento, pela redução de repasses financeiros pelos governos federal, estadual e municipal. Como citado, a promulgação da EC 86/15 e da EC 95/2016, cujos efeitos foram muito graves para as áreas sociais, especialmente as de saúde, educação, habitação, segurança alimentar e assistência social. Essas reformas tornam impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, pelo contrário, abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal, pois ao contrário congelaram recursos (ROSSI; DWECK, 2016).

Aliado à falta de valorização do funcionalismo, falta de reformulações dos planos de carreira e nas reformas da previdência social, nos salários defasados (especialmente nas áreas de educação e saúde), na falta de políticas de qualificação e treinamento, e na ausência de incentivos morais e materiais. Nessa perspectiva, “Ao lado da prática da terceirização uma das formas mais precárias de trabalho fragiliza a função e a identidade do ‘servidor público’, atingindo diretamente o conjunto da sociedade brasileira” (DRUCK, 2016, p. 18).

No que concerne à saúde pública, após a nova legislação em 2017, ainda podemos concluir que apesar da Lei nº 8.080/1990, a terceirização no serviço público de saúde indica a renúncia do Estado à sua responsabilidade social, pois baseado na lei de responsabilidade fiscal e com a flexibilização de vínculos, a nova estratégia é terceirizar a atividade fim.

Dessa forma, o Controle Social teve a oportunidade de colocar seu posicionamento sobre tais políticas públicas e legislação na 16ª, defendendo o SUS público e estatal. Como abordado no referencial teórico, as Conferências têm papel deliberativo. Porém, não temos visto um movimento de revogação da Reforma Trabalhista ou redução da terceirização de serviços de saúde, muito antes pelo contrário. A terceirização dos serviços de saúde tem avançado a passos largos em todo o país, apesar das diretrizes dadas na 16ª CNS em sentido contrário.

A terceirização das ações e serviços de saúde é uma medida adotada por um número cada vez maior de entes federativos. O poder público está deixando de gerenciar hospitais, unidades básicas de saúde, equipes da saúde da família e outros serviços, transferindo essa incumbência para entidades privadas (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2012, p. 65).

6.2.4 Pré-sal e a desvinculação de receita à saúde

A respeito do pré-sal, a política de austeridade e congelamento de gastos é mais um empecilho para a execução do modelo planejado para exploração do pré-sal, com propósito social e desenvolvimentista, uma vez que impede a ampliação de gastos sociais, apesar ou até mesmo quando a Petrobrás gera grandes lucros. Além disso, foi ampliada a participação de acionistas estrangeiros na exploração do pré-sal, leilões que reduziram a participação governamental na renda petrolífera, mudanças tributárias que reduziram a base de cálculo para pagamento de imposto de renda e contribuição social sobre o lucro líquido pelas empresas petrolíferas apesar das elevadas receitas obtidas (MORETTI *et al.*, 2022, p. 39).

À vista disso, o congelamento de gastos e a desvinculação de fontes como royalties ao fundo social primeiramente previsto geram impacto extremamente negativo ao financiamento de áreas como saúde e educação. (MORETTI *et al.*, 2022, p. 41).

6.2.5 As outras propostas baseadas no Tema Central

Outro tema importantíssimo, e também fortemente discutido em ambas conferências, foi a reforma tributária. Ela apareceu em mais de um eixo, tanto na CES/RS, como na 16ª CNS. Dada a relevância que o tema tem sobre o trabalho em saúde, tanto no sentido da estruturação de equipes, como a vinculação e fidelidade deste trabalhador ao serviço público. É fundamental entender a lógica e a ligação que existe entre impostos arrecadados e financiamento das ações e serviços em saúde.

Portanto, na lógica de redistribuição de renda quem tem mais paga mais tributos. As discussões sobre reforma tributária foram todas com o propósito de conseguir mais recursos para financiar o SUS. Ao entender que justiça social passa pela redistribuição de renda e que redistribuição de renda passa por uma ampla reforma tributária a Conferência deliberou sobre a necessidade de haver esta reforma tributária, com imposto progressivo em relação ao patrimônio e à renda.

Outro item fundamental que diz respeito aos estados e municípios, é a distribuição dos recursos e a vinculação constitucional tripartite, pois como mencionado anteriormente na revisão de literatura, cada vez mais os municípios têm pagado a conta da saúde.

Nenhum sistema universal tem investimentos públicos tão baixos como o nosso, e quando se acresce a isso uma renúncia fiscal e tributária expressiva a cada ano, o quadro de subfinanciamento se agrava. austeridade como princípio constitucional, congela os gastos por 20 anos e subjugam as necessidades de saúde da população às metas fiscais, impondo ao SUS o status de sistema desfinanciado, colocando em risco até a sua sobrevivência (RELATÓRIO FINAL, 16ª CNS, p. 84).

Nesse sentido, a proposta era garantir uma reforma tributária, com adequada distribuição dos recursos, para estados, Distrito Federal e municípios e vinculação constitucional do financiamento tripartite, em contraposição ao corte de investimentos em saúde em especial pela Emenda Constitucional 95.

O SUS precisa de novas fontes de receitas permanentes, estáveis e exclusivas (com previsão legal de proibição de desvinculação e respeito ao princípio da capacidade contributiva e progressividade), Considerando a restrita possibilidade do aumento da participação dos estados e municípios no financiamento do SUS (juntos representam 57%) e a queda da participação federal observada desde o início dos anos 90, que deve continuar em razão da redução do piso federal decorrente da EC 95, conforme demonstrado anteriormente. (FUNCIA, 2019, p. 4413).

Ainda no eixo do Tema central, de uma forma semelhante à proposta 1, houve a proposta de: lutar pela auditoria da dívida pública; por uma reforma tributária, que garanta a contribuição sobre grandes fortunas e grandes heranças; pela tributação das remessas de lucros e dividendos com ampliação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para 18%; pela implementação de alíquotas progressivas de Imposto de Renda (IR); e também pela tributação das remessas de lucros e dividendos pelas empresas multinacionais, com a garantia de destinação para o orçamento da seguridade social, invertendo o modelo que hoje onera mais o consumo do que a renda, prejudicando, principalmente, a população mais pobre.

Também constam na proposta: realizar reforma tributária solidária que promova a progressividade da tributação direta, fazendo com que quem tem menos pague menos; tributando as empresas multinacionais que estão isentas, as grandes fortunas, grandes heranças, embarcações e aeronaves; aumentando a tributação sobre produtos danosos à saúde, como bebidas alcoólicas, alimentos com alta concentração de açúcar e sódio, tabacaria, agrotóxicos, conservantes, corantes e outros, que geram alto custo para o Sistema Único de Saúde, e alocar estes recursos nos serviços destinados à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de doenças decorrentes do consumo e exposição a estes produtos pela população e pelo setor produtivo; revendo imediatamente a política de renúncia fiscal, convertendo os aumentos de

arrecadação para investimento na seguridade social, além de dividir os *Royalties* do petróleo para todos os municípios do país, com porcentagens de 30%, divididos igualmente entre saúde, educação e previdência social.

Conseqüentemente, essa política de aprofundamento de cortes dos gastos sociais, em um contexto de negação de direitos e de desvalorização das políticas universais, intensifica retrocessos e ameaça descaracterizar o SUS. A fragilização do SUS se soma ao ataque a várias políticas públicas fundamentais no processo saúde-doença e no conceito ampliado de saúde que envolve a natureza simultaneamente biológica, subjetiva e social dos problemas de saúde.

O relatório da 16ª CNS ao dizer que é “inaceitável a perda de direitos de cidadania” reitera que não dá para aceitar perder direitos, ao mesmo tempo que conceituamos saúde como um direito de cidadania.

Portanto, a 16ª CNS coloca o SUS como política pública fundamental para alcançar esse direito.

6.3 Impacto na vida dos trabalhadores

A 16ª CNS expressava a urgência do debate a respeito da Democracia, controle social e participação popular. Por isso, abordou uma imensidão de temas, com diferentes peculiaridades. Todavia, o que une ou o fio condutor de todos eles é que trabalhos precarizados geram adoecimento tanto dos trabalhadores, como da população. É impossível não reconhecer o prejuízo coletivo do desmonte dos serviços de saúde e das relações trabalhistas.

Ainda, ser trabalhador atendendo o usuário, ao mesmo tempo em que pese a representação das entidades de classe, exige de quem se propõe a estar nos espaços de controle social a habilidade de dialética. Dito isso, lembro que a população no cotidiano cobra do trabalhador as melhorias nos serviços de saúde, o que caracterizaria, muitas vezes, o papel de gestor.

No entanto, os trabalhadores têm suas próprias mazelas e lutas a serem travadas, institucionalmente, que refletem, quando exitosas, melhorias nas condições de trabalho e conseqüentemente no serviço ofertado ao cidadão. Essa visão de parceria, poderia ser a grande diferença. E de fato isso se traduziu em uma riqueza de propostas.

Se faz importante reconhecer a necessidade de espaço de construção de ações coletivizadas onde discuta a importância do fortalecimento de mecanismos que viabilizem a participação social dos profissionais de saúde como um direito de cidadania e como possibilidade de adequar as políticas públicas de saúde às realidades locais, com vistas à efetivação da democracia, efetivação do SUS e universalização do acesso. (SILVA; HELFENSTEIN, 2018, p. 27).

Entretanto, apesar das propostas elencadas nas conferências, a maturidade democrática brasileira ainda não chegou ao ponto no qual todos e todas de fato sejam ouvidos e acessem o sistema de modo a participar e ter poder de decisão real. As discussões e as propostas da 16ª CNS servem para discutir o rumo do país. Nas entrelinhas das propostas estava escrito o que o controle social deseja. O que necessita ocorrer é a execução do que foi reivindicado, ou seja, o controle social deliberar e o Estado executar.

Um exemplo de que é necessário avançar, foi a necessidade de haver a proposta de fortalecimento do próprio Conselho Nacional de Saúde, lembrando o que pontuamos no referencial teórico. Em 2019, foi assinado pelo presidente da República o Decreto nº 9.759, posteriormente alterado pelo Decreto nº 9.812, de 30 de maio de 2019, extinguindo os órgãos colegiados da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, inclusive aqueles instituídos por ato infralegal, dentre eles os Conselhos ligados ao MS. Novamente, resgatamos o que foi decidido, não podemos perder direitos e garantias. Pois, os conselhos de saúde são instâncias deliberativas sobre orçamento, políticas e diretrizes da saúde nas três esferas do poder executivo.

Diante do exposto, Cabral Neto (1997) ressalta que no Brasil, por sua história escravocrata, é muito difícil fazer reformas ou contrarreformas que beneficiem ou gerem impactos como redistribuição de renda ou realinhamento social para um bem-estar social, por ser hábito e costume de longa data uma democracia forjada na desigualdade e na iniquidade. Quebrar esses paradigmas são tarefas árduas às gerações presentes e futuras. Ele ainda afirma que:

A partir dessas formulações, conclui-se que o defeito de tal sistema não é o de ser representativo, mas de não sê-lo o bastante. Assim, a ampliação da representação passaria, necessariamente, pela criação de condições favoráveis no sentido de que o cidadão passasse a interferir concretamente nas decisões sociais e econômicas por meio dos órgãos de decisão política. A questão, pois, não é a de negar o sistema de representação, mas acionar mecanismos capazes de aperfeiçoá-lo no interior mesmo da sociedade capitalista. (CABRAL NETO, 1997, p. 296).

Além do mais, as reformas trabalhista, previdenciária e tributária aumentaram o desemprego, e deixaram à mercê milhares de brasileiros, longe da proteção social mínima. No período anterior, não houve uma discussão social que desse conta de a sociedade ser ouvida. Por mais que houvesse vozes discursando no parlamento representando a sociedade, não tivemos êxito. Para a parcela de trabalhadores da saúde, esta política de austeridade e redução do papel do Estado ao mínimo provocaram desestruturação dos serviços de saúde, conseqüente perda de qualidade nos serviços já prestados. Além de significar precarização da vida dos próprios trabalhadores da saúde. Afinal, todo trabalhador espera se aposentar com saúde e tempo de vida suficiente para aproveitar a velhice, isso inclui os trabalhadores da saúde. Todo trabalhador quer ter direitos trabalhistas e relações de trabalho protegidas, isto inclui os da saúde. E todo cidadão deseja impostos justos e condizentes com os serviços de saúde que recebe em troca, isso também inclui os cidadãos trabalhadores da saúde. Logo, estes temas revelam como foi a participação dos trabalhadores na Conferência, explicitando sua luta na defesa dos direitos a uma aposentadoria digna, a proteção no trabalho e ser justamente cobrado em seus tributos e receber os serviços na mesma medida de justiça.

6.4 Propostas dos demais eixos, encaminhadas pela 8ª CES/RS e incluídas na 16ª CNS

6.4.1 Eixo 1 - Saúde como direito

A saúde como já descrito anteriormente, pode ter diferentes conotações, até chegarmos ao conceito de direito. A 16ª CNS e anteriormente a 8ª CES trouxeram esse conceito bem definido. O que diferenciou essa conferência das anteriores, foi por quais caminhos se definiu defender o direito do acesso a esse direito.

Nessa perspectiva, para Paiva e Teixeira (2014), a Constituição, promulgada em 1988, transformou a saúde em direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público que tem como objetivo a universalidade e descentralização da atenção à saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no País. A Constituição instituiu para o País o conceito de Direito à Saúde, conforme está escrito no próprio documento orientador da 16ª CNS.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1948, estabeleceu-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre os quais, destaca-se aqui, o Direito Humano à Saúde e a proteção da vida. Contudo, demorou pelo menos 40 anos até que esse processo fosse introduzido no Brasil, que só passou a internalizar esses valores a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou, dos artigos 196 a 200, o conceito ampliado da saúde, bem como responsabilizou o Estado pela sua garantia e pela criação do Sistema Único de Saúde, processo motivado pela declaração Alma Ata de 1978, que ganhou forte aderência no Brasil a partir do processo de redemocratização, na década de 1980, tendo como pontos altos a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a própria promulgação da Constituição Federal. (DOCUMENTO ORIENTADOR NACIONAL, 2019, p. 13).

Neste eixo, entre as 5 propostas do RS, escolhemos abordar a proposta sobre agrotóxicos para aprofundar o debate neste estudo, lembrando que no Anexo 1 é possível acessar a totalidade das propostas prioritárias encaminhadas pelo Estado Rio Grande do Sul a Brasília.

Nesse aspecto, pode soar estranho em um primeiro momento abordar a pauta agrotóxicos, pois o eixo aborda Saúde como um direito. Todavia, é direito dos cidadãos ter uma alimentação saudável e livre de agrotóxicos. A proposta apresentada era bem complexa e completa como demonstrada no Quadro 2.

Quadro 2 - Saúde como Direito

SAÚDE COMO DIREITO
<p>Meio Ambiente</p> <p>1. Agilizar os processos de reavaliação dos registros e cadastros de agrotóxicos, visando à proibição de agrotóxicos perigosos e de maior risco à saúde e ao meio ambiente, além de: a) reafirmar a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem; b) fortalecer as fiscalizações, promovendo punições mais severas ao contrabando de agrotóxicos que entram no Brasil, em especial por zonas de fronteiras; c) acompanhar os trabalhadores que manuseiam estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes de agrotóxicos e sobre a forma correta de utilização (uso de EPIs e etc.); d) garantir que as intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas e promover mais pesquisas acerca dos danos provenientes de seu uso; e) exigir o fim do financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio e a exigência de utilização dos mesmos na agricultura como condição para financiamento e empréstimos rurais; f) obrigar que as licenças ambientais, relativas a agrotóxicos, sejam aprovadas pelo controle social, Conselhos de Saúde e de meio ambiente; g) manter a regra que a liberação de agrotóxicos seja feita pelos três entes, Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente, e Ministério da Saúde; h) exigir o cumprimento da legislação sobre o descarte correto das embalagens de agrotóxicos (logística reversa); i) fortalecimento da fiscalização ao armazenamento de agrotóxicos e lavagem de pulverizadores na área urbana, incentivando as denúncias e aplicando as penalidades cabíveis. j) coibir a venda de agrotóxico sem receituário de profissional devidamente qualificado, com a respectiva fiscalização e punição; k) fomentar um maior envolvimento dos conselhos de classes das áreas de medicina veterinária e engenharia agrônoma, no que tange à fiscalização das atividades de prescrição de produtos agroquímicos; l) capacitar os profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas e fortalecer a promoção de residências multiprofissionais em toxicologia; m) propiciar capacitação e campanhas informativas e práticas, para uso alternativo de agrotóxicos e pelo consumo</p>

consciente, fomentando a produção orgânica em grande escala e prestando assessoria técnica para tal; n) Fortalecer e incentivar cooperativas; o) implantar programa de antídotos que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento;

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos documentos da 8ª CES/RS, e relatório final da 16ª CNS, 2019.

Em 2018, foi lançado o livro *Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos*, que já trazia elementos para que houvesse mudanças nas políticas públicas em saúde, agricultura e economia relativas ao tema. Porém, como já mencionado, no Brasil, em 2019, tivemos a entrada de um novo governo, realizando diversas e diferentes ações ainda no primeiro bimestre. Isso havia deixado esse assunto com grande evidência, contextualizando o assunto para o tempo e espaço da 16ª CNS e 8ª CES, já que o RS também é um estado que utiliza grande quantitativo de agrotóxicos, por ser um grande produtor rural.

Em relação às mudanças ocorridas, dizem respeito principalmente à liberação do uso de agrotóxicos. A quantidade e velocidade da autorização de produtos que a Anvisa esteve ocupada ocorreu de uma forma jamais vista antes na liberação de tais produtos. Esse órgão é vinculado ao MS, logo tem um peso importante nessa discussão dentro de uma Conferência de saúde.

Ademais, o aval para a aprovação de um novo agrotóxico, no País, passa por 3 órgãos reguladores, a saber: Anvisa, que avalia os riscos à saúde; Ibama, que analisa os perigos ambientais; Ministério da Agricultura, que analisa se ele é eficaz para matar pragas e doenças no campo. É a pasta que formaliza o registro, desde que o produto tenha sido aprovado por todos os órgãos. Essas ações são documentadas em publicação no Diário Oficial. Impressiona também, uma reportagem de um jornal de grande circulação, quando publica:

O Presidente Jair Messias Bolsonaro bateu o próprio recorde: 2020 é o ano com maior aprovação de agrotóxicos da história. Foram 493 produtos aprovados, um número ainda maior do que 2019, antigo recordista; em dois anos de mandato, presidente liberou quase mil agrotóxicos. (GRIGORI, 2021).

À vista disso, ressaltamos que a 16ª CNS cumpriu o papel de permitir que a sociedade discutisse os temas relevantes ao País. E o Rio Grande do Sul em nenhum momento se esquivou de fazê-lo tendo em vista ter sido essa proposta enviada à comissão organizadora nacional. O retrocesso ocorrido no primeiro semestre de 2019, incluía a questão de o Brasil passar a importar agrotóxicos, já proibidos em seus

países de origem, sendo necessária a proposta de proibição da importação, produção e uso destes produtos.

Atualmente, o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos do mundo (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 1), apesar dos diversos estudos que comprovam os malefícios desses produtos para a saúde humana e ambiental.

Nesse sentido, quanto aos agrotóxicos, estudos brasileiros nos últimos anos provaram alterações celulares (WILHELM; CALSING; SILVA, 2015; SILVA *et al.*, 2012), associadas a alguns tipos de câncer, como neoplasia no cérebro (MIRANDA FILHO *et al.*, 2014), linfoma não-Hodgkin (BUCCOLINI *et al.*, 2013; COSTA; MELLO; FRIEDRICH, 2017), melanoma cutâneo (FORTES *et al.*, 2016; SEGATTO *et al.*, 2015), câncer no sistema digestivo, sistemas genitais masculino e feminino, sistema urinário, sistema respiratório, câncer de mama (SILVA *et al.*, 2016) e câncer de esôfago (MEYER *et al.*, 2011).

Além do mais, estudos relacionando exposição de agrotóxicos e mortalidade por Linfoma Não-Hodgkin (NHL) mostraram relações positivas e a mortalidade entre agricultores quando comparados a grupos não expostos também mostra evidências (BUCCOLINI *et al.*, 2013).

Mesmo diante de comprovações científicas relacionando doenças graves aos agrotóxicos, agricultores ainda não possuem a percepção desse risco (SILVA; MOREIRA; PERES, 2012) e ainda existe uma escassez de práticas chamadas de segurança e saúde no trabalho (RIBEIRO; COLASSO; MONTEIRO *et al.*, 2012). Muitas vezes, os trabalhadores armazenam venenos em casa, queimando ou enterrando embalagens vazias de agrotóxicos (CASTRO; FERREIRA; MATTOS, 2011). Nesse contexto, Siqueira *et al.* (2013) relatam a importância da elaboração de estudos que abordem a qualidade de vida dos trabalhadores rurais. Nas conferências, uma das linhas de ação propostas era o encaminhamento de material de proteção para os trabalhadores, uso de EPIs, além de programas de reabilitação quando possível. Se propôs, inclusive, capacitações aos profissionais para atender às vítimas de contaminações por agrotóxicos.

6.4.1.1 Impacto na vida dos trabalhadores da saúde, baseado na discussão do Eixo 1

A partir da proposta que pauta agrotóxico, podemos ver a possibilidade de diferentes ações, na garantia da saúde com direito, desde, reestruturação da formação com essa abordagem, ou na estruturação de educação permanente e qualificação técnico científico sobre o tema no cotidiano das unidades e serviços de saúde.

Nessa perspectiva, para o trabalhador da saúde, atender com qualidade, certamente passa pela sua formação e sua capacitação ao longo de sua trajetória profissional, o que traz uma satisfação. Desse modo, segundo Tambasco *et al.* (2017, p. 141), “profissionais são a base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e da melhoria desse sistema”. Ainda afirma que o nível de satisfação interfere no cotidiano dos profissionais, então gestões que valorizam seus trabalhadores proporcionam cursos, treinamentos e capacitações permanentes. Qualifica o trabalhador da saúde e por consequência o serviço prestado à comunidade.

6.4.1.2 As outras propostas que discutem saúde encaminhadas à 16ª CNS no Eixo 1

Dentro do Eixo 1 ainda foi pautada a equidade, um dos princípios do SUS e que tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça, ou seja, o reconhecimento de que todo cidadão precisa de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos. Ressalta-se que é um processo diário e constitutivo do sistema. Na última década, as populações especiais, tiveram suas políticas específicas escritas (política saúde integral população negra, população indígena; população do campo; LGBTQI+ e outros), todavia, não se encerra na escrita da política o trabalho. Muito antes, pelo contrário, a 16ª CNS vem para corroborar isso.

Outro tema que ainda é um assunto que o Brasil precisa enfrentar com seriedade, mesmo após décadas de conhecimento adquirido, especialidade em relação ao mundo, inclusive farmacêutico, é a coinfeção de tuberculose e HIV.

Assim, os determinantes sociais como raça e gênero tem relação com a dificuldade nesse enfrentamento. A população em situação de rua também e as pessoas com deficiência foram tema de debate e propostas apresentadas, no campo da equidade.

Portanto, esse tema entrou na proposta de promoção à saúde, pensada a partir dos condicionantes, além do tema da alimentação saudável e o matriciamento em saúde mental. Ou seja, clínica ampliada e conceito ampliado de saúde. A clínica ampliada é um conceito importante, pensado a partir da política de Humanização.

Se constitui numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. (BRASIL, 2009. p. 11).

Outro tema nesse eixo, foi a educação e saúde e formação dos novos profissionais de saúde. A formação em saúde foi pautada no período pré-pandemia. Interessante notar que uma das bandeiras levantadas, foi a educação presencial. Inclusive foi indicada na 8ª CES e na 16ª CNS, que não fossem permitidas atividades EAD nos cursos da saúde.

Dessa forma, o SUS é uma grande escola. E certamente, a universidade e os serviços de saúde necessitam dialogar para estabelecer a melhor formação possível. Seja graduação, especialização ou até nível *stricto sensu*. Deixaremos registrada a crítica feita à educação a distância, ao mesmo tempo lembrando, que a pandemia impôs uma educação a distância que não estávamos preparados enquanto país, independentemente do nível escolar, em dar conta. Incluído o nível superior e especialização.

6.4.2 Eixo 2 - Consolidação dos Princípios do SUS

Quais são os princípios do SUS? universalidade, equidade e integralidade. Por isso no Eixo 2, escolhemos aprofundar o tema do plano de Carreira, pois para ofertar um cuidado integral, equânime e universal necessita-se de equipes treinadas, com segurança político institucional nas ações a serem feitas e com carreira estável, ao ponto de receber formação e capacitação e essa expertise permanecer no SUS.

Quadro 3 - Consolidação dos princípios do SUS

CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS
Garantir um Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de

governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple: a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia; b) jornada máxima de 30 horas semanais; com dedicação exclusiva; d) política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos; e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira; f) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade; g) isonomia de vencimentos aos servidores de todos os níveis de complexidade e esferas de governo; h) abolir todas as formas de precarização e terceirização dos serviços públicos pelo setor privado.

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos documentos da 8ª CES/RS, e relatório final da 16ª CNS, 2019.

A pertinência do tema plano de carreiras para o segmento trabalhador em saúde é um desafio, pois há diversidade de profissões, locais de trabalho e tipos diferentes de serviços e complexidades além das diferenças regionais no País. Como o eixo aborda os princípios do SUS, vale lembrar quais são esses princípios.

Esta pesquisa se propôs a entender a participação dos trabalhadores nas conferências de saúde analisadas. Quando nos deparamos com essa proposta, achamos que é válido analisá-la, pois ela traduz a valorização do servidor público do serviço público e coloca em outro patamar o trabalhador que está prestando atendimento ao público brasileiro.

Sobre o plano de carreira, Vieira *et al.* (2017, p.115), ressalta que pode significar um poderoso instrumento de fortalecimento do SUS, pois pode ser um passo importante no combate às más condições de trabalho, às doenças e aos agravos do trabalhador, oriundos de um ambiente insalubre, alta carga de trabalho, escassez de insumos básicos e outros. É dar voz e ouvidos ao trabalhador. Além de, igualmente, reforçar a premissa de ingresso na carreira por concurso público ele pode ser definido:

[...] como um instrumento de gestão do trabalho, que tem como finalidade valorizar o trabalhador e instaurar o processo de carreira nas instituições. Além disso, é um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional (CASTRO, 2012; BRASIL, 2006).

Por isso, Vieira *et al.* (2017, p. 117) reforça que a carreira é um sistema organizativo e compreensivo da trajetória das atividades laborais do trabalhador, esta tem função social e administrativa, que orienta a mobilidade no mercado de trabalho e a função psicossocial de dar sentido e motivação às atividades realizadas pelos trabalhadores.

6.4.2.1 Outras propostas no Eixo 2

Como o Eixo 2 dizia respeito aos princípios do SUS e um dos princípios é a equidade, logo um dos principais determinantes da doença, o racismo, não poderia ser deixado de fora da lista do que deve ser combatido.

A 16ª CNS pautou as diferentes redes de atenção. A 8ª CES/RS trouxe com certa precisão temas importantes e pautou as diferentes redes onde a atenção básica, que é porta de entrada prioritária e coordenadora do cuidado, teve seu destaque. Saúde mental, mais uma vez foi lembrada como uma das nossas grandes fragilidades, já que ainda vivemos a reforma psiquiátrica ainda não acabada. As práticas integrativas, que também foram pautadas, certamente demandam um esforço de longo prazo para serem implantadas no SUS. Estas, entraram como prioridade nas propostas.

6.4.3 Eixo 3 - Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS

O nó crítico de todo sistema universal, integral e gigante como o SUS, é o financiamento suficiente e adequado. A habilidade de priorizar e ainda direcionar dentro das prioridades o ponto mais crítico, exigiu dos delegados e participantes tanto na etapa estadual, como na nacional uma precisão cirúrgica. Pois sabemos das mazelas e diversidades do Brasil, todavia, como já dito anteriormente, todas as propostas da 8ª CES/RS foram absorvidas. A proposta que escolhemos discutir, está exposta no Quadro 4.

Quadro 4 - Financiamento adequado e suficiente para o SUS

FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS
4- Reajuste nos valores da Tabela SUS, conforme a inflação, para pagamento de exames, procedimentos e profissionais, de forma que os valores sejam orçados e custeados conforme necessidade para a manutenção do referido serviço.

Fonte: Documentos da 8ª CES/RS, e relatório final da 16ª CNS, 2019.

A tabela de valores de procedimentos, exames e outros do SUS, ainda defasada, foi mais uma vez pautada. Digo mais uma vez, pois os registros da 12^a, 13^a, 14^o 15^a e 16^a o financiamento e a tabela SUS foram abordados.

Reiterando o que foi abordado no tema central, a revogação das EC 86 e 95 foram propostas aqui no eixo específico do financiamento. O documento orientador já trazia elementos que fundamentavam a discussão a respeito dessas emendas. Só existe um método para reajustar a tabela SUS, garantir uma fonte de recursos sustentável.

A partir de dezembro de 2016 o financiamento do SUS sofreu mais um duro golpe. É aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a EC 95, que ficou conhecida como a 'PEC da Morte'. Com a EC 95 o financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036 afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública. (DOCUMENTO ORIENTADOR, 2019, p. 31).

Nesse sentido, Mansur (2021) realizou um estudo comparando a eficiência da gestão por Organização Social de Saúde (OSS) com o setor privado. Se havia economia para a Secretaria do Estado da Saúde (SES) nos contratos de gestão para custeio da produção de um hospital público frente aos valores de produção faturada pelos métodos privados e se os valores faturados pela tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) financiariam os mesmos procedimentos. Ele constatou que apesar de uma economia em prestar o serviço de saúde pelo setor público via OSS, os atuais valores de remuneração da Tabela SUS a serem repassados não atingiriam a necessidade de custeio para um hospital de alta complexidade.

Portanto, para a vida dos trabalhadores não revisar a tabela SUS significa a manutenção da desvalorização de procedimentos que na rede privada tem um valor muito maior. Além do próprio contexto de estruturas físicas sucateadas, até os procedimentos nos três níveis, simboliza uma perpetuação da lógica de sucateamento do SUS.

A falta de recursos financeiros compromete a limitada estrutura física, humana e operacional disponível, bem como a qualidade dos serviços prestados. Diante disso, o gerenciamento de custos almeja garantir a prestação contínua de serviços de saúde de qualidade a um menor preço, sem riscos para profissionais e pacientes, contribuindo com o equilíbrio financeiro dessas instituições. (SPORTELLLO; CASTILHO; LIMA, 2019, p. 2).

Nessa perspectiva, Sportello, Castilho e Lima (2019) ainda comprovam em estudo que o modelo atual de faturamento dos serviços prestados ao convênio SUS, baseado em remuneração por procedimento, e os valores da tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) do SUS estão defasados em relação aos custos reais.

Diante dessa constatação, importa destacar que para o usuário do sistema significa um serviço de má qualidade, para o trabalhador significa falta de estrutura, além da insatisfação profissional, pois não consegue ter as condições mínimas para prestar um cuidado em saúde condizente com o juramento que fez em sua formação.

Ademais, o subfinanciamento é uma das barreiras para o acesso igualitário e de qualidade dos pacientes a instituições com contratos com o SUS. Assim, Sportello, Castilho e Lima (2019, p. 6) concluem que “o modelo atual de faturamento dos serviços conveniados com o SUS, baseado em remuneração por procedimentos e valores da tabela unificada, está defasado em relação aos custos reais das instituições”.

Conseqüentemente, existe uma relação direta entre financiamento e qualidade do serviço prestado. Qualificação profissional e recursos disponíveis no SUS para isso.

Os valores referentes aos procedimentos aplicados na Tabela Unificada do SUS não levam em consideração a qualidade assistencial, reiterando o caráter de produção da área de enfermagem. Tais valores ficam subsumidos como no processo imaterial e interativo. Em suma, a mercantilização consumiu o sentido da humanização, determinando o rumo do cuidado (SPORTELLO; CASTILHO; LIMA, 2019, p. 7).

Diante disso, o controle social colocou na mesa de discussão o tema, agora, como se faz para avançar? Essa é a grande pergunta. Pois, se sabe o problema, se conhece algumas alternativas em solucionar. Falta vontade política em fazer.

6.4.3.1 Outras propostas baseadas no Eixo 3

A proposta para revogar a Portaria nº 3992/2017 também é sobre financiamento. Esta aborda a nova forma de distribuição de recursos e foi discutida nas duas conferências. O conteúdo da portaria diz respeito à transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Ela termina com os seis blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta complexidade,

Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos) e passa para dois blocos: o de Investimento e Custeio. O objetivo em revogar era garantir as atividades preventivas e facilitar as atividades do controle social e dos serviços de auditorias. Além das conferências no RS, o DF também apresentou a mesma proposta de revogar, conforme apresentado no relatório consolidado.

Outro debate da CES/RS foi sobre a solicitação de aporte financeiro a saúde mental, especificando CAPS e prevenção ao suicídio. Apesar de a reforma psiquiátrica ser uma realidade no Brasil, ela está em andamento. Não atingimos nossa capacidade máxima em excelência no atendimento integral das necessidades em saúde mental da população. E por isso, mais uma vez a necessidade de financiar ações em saúde mental foi colocada como diretriz orçamentária ao SUS. Outros estados também colocaram a prioridade de financiamento à saúde mental, a exemplo do RJ, SP, entre outros.

Ademais, as taxas de suicídio são alarmantes aqui no RS, visto nossos piores índices em relação a tal fato, registrado pelo MS, que acompanha nosso estado há mais de 10 anos. Há fortes indícios de que o problema possa estar relacionado à cultura do fumo e aos agrotóxicos usados nas lavouras. (J.C., 2021).

Desse modo, pelos dados coletados pelo Ministério da Saúde, estão no estado três das quatro cidades com piores indicadores de suicídio. O município de Forquetinha é o que apresenta a pior taxa de suicídio no País. São 78,7 casos a cada 100 mil habitantes. A nível de comparação, a taxa de mortalidade nacional é de 5,7 a cada 100 mil.

Também foi apontado uma necessidade de financiamento também para a política LGBTQIA+. Interessante ressaltar que em mais de 30 anos de SUS essa população ainda segue invisibilizada no que concerne a serviços específicos e à própria formação dos profissionais para atender com equidade essa parcela da população.

Pelo exposto, Bezerra *et al.* (2019, p. 306) ressaltam que embora sejam inegáveis os progressos na formulação de políticas de saúde, em particular as relacionadas com o combate à homofobia e de promoção da cidadania e dos direitos humanos da população LGBT, ao que parece, não se logrou proporcionar a equidade e a igualdade no atendimento a essa população no SUS, constituindo um desencontro aos princípios defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse sentido, há poucos serviços de saúde específicos no atendimento a essa população, como ambulatórios ou a própria atenção primária à saúde. No Brasil, temos tido, por exemplo, aporte financeiro a questões relacionadas a alta complexidade, como cirurgias de mudança de sexo. Mas, existe uma diversidade dentro do grupo, que na verdade são grupos, pois são lésbicas (coisas específicas); gay, com suas especificidades também, travestis, transexuais, *queer*, não binários.

Relativo, por exemplo, à questão de sexo e na parte de identificação de gênero, é pertinente lembrar que a conferência no RS não abordou isto na ficha de cadastro das delegações. Mas, incluíram propostas pensando em financiar ações voltadas a essa população.

Além disso, se analisarmos a possibilidade de criar novas políticas, estratégias e serviços voltadas a esse público, veremos uma grande defasagem, corroborada no artigo de Bezerra *et al.* (2019) e no artigo de Souza e Iriart (2018). Além destes, Silva, Paiva e Parker (2013) trazem a urgência de a sociedade debater esse tema. Pois, existe uma demanda, faltam recursos e interesse político em atender com equidade, integralidade e universalidade a esta população. Todavia, as conferências colocaram como diretriz financiar ações voltadas à população LGBTQ+, a tarefa é fazer esta diretriz ser efetivada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Democraticamente, a participação cidadã dos trabalhadores e trabalhadoras de fato aconteceu de uma maneira robusta e articulada, pois imaginava que haveria uma massiva participação dos usuários no RS. O que de fato houve, porém, foi que os trabalhadores estiveram proporcionalmente em maioria presentes. Representaram cerca de 70% dos participantes da Conferência Estadual gaúcha. Além de uma

análise que não foi possível fazer neste estudo, do trabalhador-usuário e do trabalhador-gestor, o que faz presumir um dado subnotificado no estudo sobre o número real da participação dos trabalhadores da saúde. Ou seja, poderíamos ter um dado ainda maior de participação de pessoas da área da saúde, que trabalham na saúde conforme descrição e caracterização do que chamamos trabalhador da saúde no estudo.

Ademais, o tema Saúde pública, foi percorrido no campo da clínica ampliada e da saúde no seu conceito mais ampliado e baseado na Constituição federal, que conceitua saúde para além da ausência de doenças, mas como um direito constitucional.

Assim, uma das conclusões que considero de extrema importância é o fato de ter sido a maior mobilização histórica, pois se até o final da década de 1980, 74 conferências nacionais “mobilizaram diretamente mais de cinco milhões de pessoas, em cerca de cinco mil municípios brasileiros”. Apenas uma conferência mobilizou um milhão de pessoas, segundo a fala de Fernando Pigatto, presidente do Conselho Nacional, em seu discurso de abertura da 16ª CNS, que está registrada no Relatório Final.

Outra conclusão que acho pertinente é que apesar de a lei considerar as conferências espaços deliberativos, elas têm se configurado muito mais espaços participativos e de cidadania do que de fato deliberativos. Dessa forma, fica uma pergunta: onde está o poder da deliberação do SUS?

Nessa perspectiva, concluo minha dissertação com a percepção de ter atingido os objetivos e ter compreendido como se deu a 8ª CES e a 16ª CNS de saúde em 2019. Entendendo que os desafios seguem, pois a pandemia aconteceu após as Conferências. Bem como o controle social se mostrou, mais uma vez, um braço forte do SUS, ao defender sua estruturação, avanços e melhorias. Ao mesmo tempo que só é possível fazer controle social em um estado democrático de direito. Com isso, precisamos da participação real dos segmentos e que quem participe seja verdadeiramente membro ou par daqueles aos quais representa. Democracia não é um processo finito, ao contrário, está em uma constante evolução e o Brasil ainda tem um longo caminho para fortalecer as suas instituições democráticas.

Em relação ao saldo da Conferência para a legislatura e o executivo, minha principal consideração é lamentar a total surdez percebida em relação ao controle social. Deliberadamente feita e com prejuízos enormes ao País, como pudemos

apresentar em dados neste estudo. Sobre a participação dos trabalhadores, o saldo foi positivo, tendo em vista os números apresentados.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, 2006. ISSN 1980-5314. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000300007>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000300007>. Acesso em: 27 set. 2021.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, p. 305-323, 2019. ISSN 2358-2898. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>. Acesso em: 28 set. 2021.

BITENCOURT, Caroline Müller; PASE, Eduarda Simonetti. A necessária relação entre democracia e controle social: discutindo os possíveis reflexos de uma democracia “não amadurecida” na efetivação do controle social da Administração **Pública**. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 293-311, abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v2i1.43663>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392015000100293&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2020.

BLUME, Bruno André. **O que é educação política?** Politize, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/educacao-politica-o-que-e-proposito/>. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Democracia Participativa: Nova relação do estado com a sociedade (2003-2010)**. 2011a. Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República. Disponível em: www.secretariageral.gov.br. Acesso em: 06 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.429/2017**. Presidência da República. Brasília, 2017. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13429&ano=2017&ato=d64gXQU5EeZpWTc21>. Acesso em: 28 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b.

BRASIL. **Conselhos Nacionais**: Dados Básicos, Organização, Gestão Atual, Finalidade, Composição, Competências. 2010. Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria Geral da Presidência da República. Disponível em: www.secretariageral.gov.br. Acesso em: 06 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Decreto Legislativo nº 140**. Susta o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019 que “Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal”. abril de 2019. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136365>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos jurídicos. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde/Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Protocolo nº 006/2006**. Aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília: COE/SVS/MS, abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Segundo Informe Técnico Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 23 jan. de 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, mar. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-6628201200010000>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jan. 2020.

BUCCOLINI, P. M. *et al.* Pesticide use and non-Hodgkin's lymphoma mortality in Brazil. **Int. J. Hyg. Environ. Health**, v. 216, n. 4, p. 461-466, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23602533>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CABRAL NETO, Antônio. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Estud. psicol.** Natal, v. 2, n. 2, p. 287-312, dez. 1997. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1997000200005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1997000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2020.

CASTRO, J. L. Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 86-101, mar./jun. 2012.

CASTRO, M. G. G. M.; FERREIRA, A. P.; MATTOS, I. E. Uso de agrotóxicos em assentamentos de reforma agrária no Município de Russas (Ceará, Brasil): um estudo de caso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 245-254, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a13.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CHAGAS, Inara. **Orçamento participativo: como funciona e como participar**. Reunião do orçamento participativo em São Paulo, com presença do prefeito Fernando Haddad. Publicado em 21 de dezembro de 2016. Atualizado em 01 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://www.politize.com.br/orcamento-participativo-como-funciona/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CORTES, Soraya Vargas; GUGLIANO, Alfredo. Entre neocorporativistas e deliberativos: Uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 12, n. 24, mai./ago. 2010, p. 44-75. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/14964/8785>.

COSTA, V. I. B.; MELLO, M. S. C.; FRIEDRICH, K. Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos e o linfoma não Hodgkin. **Saúde debate**, v.14, n.112, p. 49-62, jan./mar.

2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bGBYZvVVKMrV4yqfwwKtP/?lang=pt&format=pdf>
 Acesso em: 12 fev. 2022.

DIAS, Midian Oliveira *et al.* Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03492, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018025503492>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100463&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 ago. 2020.

DRUCK, Graça. A Terceirização no setor público e a proposta de liberalização da terceirização pelo PL nº 4.330. *In*: JORNAL DOS ECONOMISTAS, Rio de Janeiro, n. 291, p. 11-13, out., 2013.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em: 05 jul. 2021.

DUQUE-BRASIL, F. **Democratização e Participação Social**: A construção de avanços democratizantes nas políticas urbanas pós-1980. 2011. 251f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. AdID. púb.**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 2, p. 8-19, abr./jun.1992.

FARIA, Cláudia Feres. Fóruns participativos, controle democrático e a qualidade da democracia no Rio Grande do Sul: a experiência do governo Olívio Dutra (1999-2002). **Opin. Publica**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 378-406, nov. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762006000200007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762006000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jan. 2020.

FERREIRA, António Casimiro. **Política e sociedade**: teoria social em tempo de austeridade. Porto: Vida Económica, 2014.

FORTES, C. *et al.* Occupational exposure to pesticides with occupational sun exposure increases the risk for cutaneous melanoma. **J. Occup. Environ. Med.**, v. 58, n. 4, p.370-375, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27058477><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27058477/>. Acesso em: 13 fev. 2022.

FREIRE, Lúcia M. de B. Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 289-313, jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2020.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo Silveira. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUGNI, M.; McADAM, D.; TILLY, C. (eds.). **How social movements matter**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1999.

GIUGNI, M. Introduction: How social movements matter: past research, present problems, future developments. *In*: GIUGNI, M.; McADAM, D.; TILLY, C. (eds.). **How social movements matter**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1999.

GOHN, Maria da Glória. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. **Cad. CRH, Salvador**, v. 32, n. 85, p. 63-81, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792019000100063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2020.

GRIGORI, Pedro. Bolsonaro bate o próprio recorde em 2020 e o ano com maior aprovação de agrotóxicos da história. *In*: AGÊNCIA PÚBLICA/REPÓRTER BRASIL, 18/01/21. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2021/01/bolsonaro-bate-o-proprio-recorde-2020-e-o-ano-com-maior-aprovacao-de-agrotoxicos-da-historia/>. Acesso em: 29 jun. 2021.

GUERRA, Roberta Freitas. Análise sociojurídica do novo direito do trabalho brasileiro. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 2, p. 1141-1168, 2020. ISSN 2179-8966. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/50238>. Acesso em: 29 set. 2021.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de; SANTANA, Ana Débora. Participação da Comunidade em espaços públicos de Saúde: uma análise das Conferências Nacional de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 14, p 15-39, jan./jun. 2004.

HABERMAS, J. **Between facts and norms**. Cambridge: MIT Press, 1996.

IBARRA, P. (Ed.). **Social Movements and democracy**. New York: Palgrave Macmillan, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em Síntese**, 2022. Página de Serviços. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/servicos.html>. Acesso em: 15 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**, 2022. Página de Resultados. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 de dez. 2020.

JUCÁ, Roberta Laena Costa. **O Direito fundamental à participação popular e a consolidação da democracia deliberativa na esfera pública municipal**. Fortaleza: UNIFOR, 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional, Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp041636.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

LIMA, Rogério de Araújo. Os artigos federalistas: a contribuição de James Madison, Alexander Hamilton e John Jay para o surgimento do Federalismo no Brasil. **Revista de informação legislativa**, v. 48, n. 192, p. 125-136, out./dez. 2011. Biblioteca Digital do Senado Federal (BDSF). Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/242934>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LOPES, Carla Vanessa Alves; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 518-534, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811714>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MANSUR, Nacime Salomão *et al.* Public financing versus private billing in a public hospital under management of a Social Health Organization. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 48, e20202840, 2021. ISSN 1809-4546. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202840>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MARTINS, M.F. **A distribuição do poder nos conselhos municipais de saúde: o caso dos municípios de Ubá e Viçosa- MG**. Viçosa: UFV, 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.

MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MEYER A. *et al.* Esophageal cancer among Brazilian agricultural workers: Case-control study based on death certificates. **International J. Occup. Environ. Health**. v. 214, n. 2, p.151-155, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21159552/>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec. 2014.

MIRANDA FILHO, A.L. *et al.* Brain cancer mortality in an agricultural and a metropolitan region of Rio de Janeiro, Brazil: a population-based, age-period-cohort study, 1996-2010. **BMC. Cancer**, p. 14-320, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24884498>. Acesso em: 02 jan. 2022.

MORETTI, Bruno; OCKÉ-REIS, Carlos Octavio; FUNCIA, Francisco R.; BENEVIDES, Rodrigo P. de Sá. Sangrando o SUS. **Focus Brasil**, n. 50, mar. p. 17-19, 2022. Disponível em: https://fpabramo.org.br/focusbrasil/wp-content/uploads/sites/11/2022/03/Focus_18Mar2022.pdf.

NEVES, Úrsula. **Setembro Amarelo**: Taxa de suicídio aumenta 7% no Brasil em seis anos. PEBMED, 13 de set de 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/setembro-amarelo-taxa-de-suicidio-aumenta-7-no-brasil-em-seis-anos/>. Acesso em: 10 abr. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-597020140001000parso02>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020.

PASSOS, Saionara da Silva; LUPATINI, Márcio. A contrarreforma trabalhista e a precarização das relações de trabalho no Brasil. **Revista Katálysis**, 2020, v. 23, n. 1, p. 132-142, 2020. ISSN 1982-0259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p132>. Acesso em: 29 set. 2021.

PENTEADO, Luiz Carlos de Barros. **Democracia em cinco tempos** – a luta contra a Ágora. Orientador: Charles Pessanha 2005. 257 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César e França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PEREIRA, Marcus Abílio. Movimentos sociais e democracia: a tensão necessária. **Opin. Publica**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 68-87, jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762012000100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762012000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2020.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; MANCEBO; Deise. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013. ISSN 1982-3703. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100015>. Acesso em: 27 set. 2021.

RIBEIRO, M. G.; COLASSO, C. G.; MONTEIRO, P. P. *et al.* Occupational safety and health practices among flower greenhouses workers from Alto Tietê region (Brazil). **Sci. Total Environ.**, 416, p.121-126, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22134030/>. Acesso em: 12 fev. 2022

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, mar. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 dez. 2019.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194316>. Acesso em: 18 set. 2021.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.60, n.2, p. 221-224, mar./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tdR5hDyyjjGRqZ8ytgGqHsz/?format=pdf&lang=pt>.

SANTOS, Regina Maria dos *et al.* História e perspectivas da organização dos enfermeiros nos movimentos sindicais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 89-94, 2006. ISSN 1984-0446. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100017>. Acesso em: 29 set. 2021.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Conocer desde el Sur Para una cultura política emancipatória**. Primera edición Lima, julio de 2006; Conocer desde el Sur. Para una cultura política emancipatória. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Mayor de San Marcos, 2006. Também publicado na Bolívia, por Plural Editores, 2008; Santiago de Chile: Editorial Universidad Bolivariana, 2008.

SANTOS, Boaventura de Souza. 2. ed. **Reinventar a democracia**. Lisboa: Gradiva, 1998.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Refundación del Estado en América Latina**. Perspectivas desde una epistemología del Sur. Lima: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad; Programa Democracia y Transformación Global. Também publicado na Venezuela, pelas Ediciones IVIC – Instituto Venezuelano de Investigaciones Científicas, na Bolívia por Plural Editores; na Colômbia, por Siglo del Hombre Editores, 2010, y na Argentina pela Editorial Antropofagia, 2010.

SANTOS, Boaventura de Souza. (org.). **Democratizing Democracy**. Beyond the Liberal Democratic Canon. Londres: Verso, 2005.

SANTOS, Maria Angélica. **Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas**. 2012. 144 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswald Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14450/3/772.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2019.

SEGATTO, M. M.; BONAMIGO, R. R.; HOHMANN, C. B. *et al.* Residential and occupational exposure to pesticides may increase risk for cutaneous melanoma: a case-control study conducted in the south of Brazil. **Int. J. Dermatol.**, v. 54, n. 12, p.

527-538, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26266338/>. Acesso em: 12 fev. 2022.

SILVA, A. C.; CAMPONOGARA, S; VIERO, C. M. *et al.* Perfil socioeconômico de Trabalhadores Rurais portadores de neoplasia/Socioeconomic profile of rural workers cancer sufferers. **Rev. Pesq.: Cuidado Fund. Online**, v. 8, n. 3, p. 4891-4897, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4477>. Acesso em: 12 de fev. 2022.

SILVA, C. G.; PAIVA, V; PARKER, R. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. **Interface – Comunic, Saude, Educ.**, v.17, n. 44, p.103-17, 2013.

SILVA, Viviane Petinelli e. **As Conferências Públicas Nacionais como forma de inclusão política**: alguns determinantes da capacidade inclusiva desses espaços de participação e deliberação. 2010. 153 f. Dissertação de (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SILVA, Karoline Oliveira da; HELFENSTEIN, Fernanda Amorim Helf. Conselhos municipais de saúde e a participação social dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 58, p. 22-28, jan./jun. 2018.

SILVA, F. R. *et al.* Application of the buccal micronucleus cytome assay and analysis of PON1Gln192Arg and CYP2A6*9(-48T> G) polymorphisms in tobacco farmers. **Environ. Mol. Mutagen.**, v. 53, n. 7, p. 525-375, ago. 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/em.21713/abstract>. Acesso: 12 fev. 2022.

SILVA, T. P. P.; MOREIRA, J. C.; PERES, F. Serão os carrapaticidas agrotóxicos? Implicações na saúde e na percepção de riscos de trabalhadores da pecuária leiteira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n.4, p. 311-325, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VGtFDRthJQtDCsNwQDR4FJ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 12 fev. 2022.

SIQUEIRA, D. F. *et al.* Análise da exposição de trabalhadores rurais a agrotóxicos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 2, p. 182-191, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2902>.

SOUZA, S. S.; COSTA, R.; SHIROMA, L. M. B.; MALISKA, I. C. A.; AMADIGI, F. R.; PIRES D.E.P. *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 449-55, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>.

SOUZA, D.; IRIART, J. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 10, e00036318, 2018.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira *et al.* Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 912-919, out. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977215/>.

Acesso em: 12 fev. 2022.

SPORTELO, Elisabete Finzch; CASTILHO, Valéria; LIMA, Antônio Fernandes Costa Coverage for the cost of outpatient nursing procedures by the Unified Health System: a percentage analysis* * Extracted from the thesis: “Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem pelo Sistema Único de Saúde no ambulatório de um hospital Universitário”, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2019. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03692, 2021. ISSN 1980-220X. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026803692>. Acesso em: 25 mar. 2022.

SUICÍDIOS aumentam 12% em quatro anos e cidades gaúchas ponteam ranking nacional. In: JORNAL do Comércio, Porto Alegre, 21 de setembro de 2020. Editoria Geral. Disponível em: https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/2017/09/geral/586685-suicidios-aumentam-12-em-quatro-anos-e-cidades-gauchas-ponteam-ranking-nacional.html. Acesso em: 12 abr. 2021.

TAMBASCO, Leticia de Paula *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe2, p. 140-151, 2017. ISSN 2358-2898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S212>. Acesso em: 23 mar. 2022.

TEIXEIRA, S. M. Descentralização e Participação Social: o novo desenho das políticas sociais. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 10 n. 2, p. 154-163 jul./dez. 2007.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa** – ação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Relatório de Auditoria Operacional, TC 018**. 739/2012-1. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.tcu.gov.br/consultas/juris/doc_s/judoc/acord/20131129/ac_3239_47_13_p.doc. Acesso em: 21 jun. 2016.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL (TSE). **Plebiscitos e Referendos**. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/eleicoes/plebiscitos-e-referendos>. Acesso em: 22 mar. 2022.

WILHELM, C. M.; CALSING, A. K.; SILVA, L. B. Assessment of DNA damage in floriculturists in southern Brazil. **Environ. Sci. Pollut. Res.**, v. 22, n. 11, p.8182-8189, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25516252>. Acesso em: 02 jan. 2022.

VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, jan./mar. 2017.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZIMERMANN, Igor. **Quantas ditaduras ainda existem no mundo?** In: POLITIZE, 14

de jan. 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/quantas-ditaduras-ainda-existem/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ANEXO 1

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL – CES/RS
PROPOSTAS PRIORITÁRIAS DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL PARA A 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE TEMA CENTRAL – DEMOCRACIA E SAÚDE: SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS DIRETRIZ: “Saúde abrange o direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)”.

PROPOSTAS NACIONAIS 1º Garantir que o princípio constitucional “que todo o poder emana do povo e em seu nome será exercido” seja respeitado, sendo inaceitável a perda de direitos de cidadania. Assim, exigimos o Referendum Popular Revogatório das medidas que atentaram contra os direitos do povo brasileiro, tais como: EC 86, EC 95, Contrarreforma Trabalhista e Terceirização, entrega do Pré-sal. 2º Garantir uma reforma tributária que tenha por objetivo a implantação da justiça fiscal, promovendo o crescimento e distribuição de renda, com as seguintes características: a) impostos progressivos em relação ao patrimônio e a renda; b) redução das alíquotas dos impostos sobre a produção (IPI) e sobre o consumo (ICMS); c) tributar a distribuição de lucros com Imposto de Renda; d) simplificação dos tributos para possibilitar uma maior fiscalização sobre a sonegação e evasão fiscal; e) fim da guerra fiscal e das desonerações em benefício ao capital; f) revogação da Lei Kandir que torna imune a tributação de produtos semielaborados exportados, incentivando a exportação de commodities em detrimento de manufaturas; g) criação do Imposto sobre Grandes Fortunas; h) elevação da tributação sobre o setor financeiro. 3º Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento do Conselho de Saúde, como órgão deliberativo e de fiscalização, com autonomia e independência política de gestão, através de: a) eleição democrática e representativa dos membros do Conselho de Saúde; b) estabelecimento de critérios objetivos para possibilitar que entidades e movimentos sociais representativos dos diversos setores sociais participem do processo eleitoral; c) execução pelo gestor do SUS das deliberações aprovadas pelo

Conselho de Saúde; d) autonomia política, financeira e administrativa; e) infraestrutura física, administrativa e financeira para exercer as suas atribuições; f) democracia interna, sem interferência indevida do gestor; g) eleição direta e livre para a mesa diretora ou coordenação, com a vedação da presidência ou coordenação a ser assumida pelo gestor, ocupante de cargo em comissão e funções gratificadas; h) prioridade nas auditorias e fiscalizações financeiras solicitadas pelo Conselho de Saúde; i) fazer cumprir as punições quando constatados atos irregulares e ilegais; j) definição de abrangência e do conceito dos segmentos que compõem o controle social no Conselho Nacional de Saúde; k) qualificação dos conselheiros. 4º Garantir a unidade contra a reforma da previdência, pela manutenção da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e da saúde como direito de todos e dever do estado, efetivando o conceito de proteção social. 5º Defender a Constituição Cidadã de 1988, principalmente na manutenção do Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e no pluralismo político; no fortalecimento e preservação dos seus princípios, direitos fundamentais, sociais e individuais, e liberdades garantidas; na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de garantia do desenvolvimento nacional, de erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, além da promoção do bem de todos. Nesse sentido, ainda, garantir a inviolabilidade do direito à vida; garantindo a presença da saúde em seu sentido amplo, banindo a manipulação, inclusive intelectual, permitindo a integralidade e o empoderamento do povo.

EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO DIRETRIZ: Saúde é um bem-estar físico, psíquico, social, afetivo que significa que as pessoas e comunidades tenham mais do que ausência de doença, ou seja, que tenham também direito à habitação, ao trabalho, ao salário e aposentadoria dignos; ao ar, água e alimentos com boa qualidade; à educação crítica; à informação verdadeira; e ao meio ambiente saudável. Para garantir a saúde, é fundamental defender o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana.

PROPOSTAS NACIONAIS 1º Agilizar os processos de reavaliação dos registros e cadastros de agrotóxicos, visando à proibição de agrotóxicos perigosos e de maior risco à saúde e ao meio ambiente, além de: a) reafirmar a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem; b) fortalecer as fiscalizações, promovendo punições mais severas ao contrabando de agrotóxicos que entram no Brasil, em especial por zonas de fronteiras; c) acompanhar os trabalhadores que manuseiam estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes de agrotóxicos e sobre a forma correta de utilização (uso de EPIs e etc.); d) garantir que as intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas e promover mais pesquisas acerca dos danos provenientes de seu uso; e) exigir o fim do financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio e a exigência de utilização dos mesmos na agricultura como condição para financiamento e empréstimos rurais; f) obrigar que as licenças ambientais, relativas a agrotóxicos, sejam aprovadas pelo controle social, Conselhos de Saúde e de meio ambiente; g) manter a regra que a liberação de agrotóxicos seja feita pelos três entes, Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente, e Ministério da Saúde; h) exigir o cumprimento da legislação sobre o descarte correto das embalagens de agrotóxicos (logística reversa); i) fortalecimento da fiscalização ao armazenamento de agrotóxicos e lavagem de pulverizadores na área urbana, incentivando as denúncias e aplicando as penalidades cabíveis. j) coibir a venda de agrotóxico sem receituário de profissional devidamente qualificado, com a respectiva fiscalização e punição; k) fomentar um maior envolvimento dos conselhos de classes das áreas de medicina veterinária e engenharia agrônoma, no que tange à fiscalização das atividades de prescrição de produtos agroquímicos; l) capacitar os profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas e fortalecer a promoção de residências multiprofissionais em toxicologia; m) propiciar capacitação e campanhas informativas e práticas, para uso alternativo de agrotóxicos e pelo consumo consciente, fomentando a produção orgânica em grande escala e prestando assessoria técnica para tal; n) Fortalecer e incentivar cooperativas; o) implantar programa de antídotos que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento; 2º Garantir a obrigatoriedade da estruturação de equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, em situação de rua, povo indígenas, imigrantes, doenças raras, idosos, comunidades tradicionais, comunidades de surdos, pessoas vivendo com

HIV/AIDS/IST/Hepatites/Sífilis e tuberculose, LGBTQI+ e pessoas com deficiência) no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação dos profissionais de saúde e em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS. 3º Investir na promoção e prevenção em saúde no que se refere aos condicionantes, como acesso à alimentação adequada, de qualidade e orgânica, à atividade física, ao lazer e ao transporte público e ampliando as ofertas de cuidado variado que superam a lógica médico centrada, como, por exemplo NASF, Equipes de Apoio Matricial, SRT, CAPS, pontos de cultura e saúde, atenção farmacêutica, PSE, PICS, utilizando o princípio da equidade, assegurando que as condições e fatores que expõem as pessoas a vulnerabilidades em saúde sejam reconhecidas e sanadas, garantindo o direito à saúde em cada território, e que suas especificidades sejam respeitadas, bem como, o acesso aos serviços da rede de saúde fora do território para todas as pessoas que tenham impedimentos devido a estigma, discriminação e preconceito. 4º Implantar e implementar Planos de Enfrentamento ao HIV/Aids e a Coinfecção com a TB com abrangências regionais, bem como Comitês de Mortalidade para serem trabalhados os pontos em comum em cada região, em resposta a Epidemia de HIV/Aids no estado e que continua com altos índices epidemiológicos de novas infecções e alto índice de mortalidade, sendo todos acima dos índices nacionais, demonstrando a existência de uma epidemia mista: generalizada – heterossexual – e concentrada pelas populações mais vulneráveis para conseguirmos diminuirmos estes índices epidemiológicos tão alarmantes e reduzi-los pelo menos aos índices nacionais. 5º Assegurar o acesso (considerando as especificidades e realidades da região) às Universidades Públicas, com melhoria da qualidade e ampliação dos cursos de graduação na área da saúde na modalidade presencial, não permitindo que esta formação ocorra na modalidade Ensino à Distância (EAD), exceto para aperfeiçoamento da profissão, propondo conhecimentos de humanização e atendimento integral e holístico do sujeito, suscitando a regionalização de espaços de formação de caráter público, bem como buscar articulação das ações das universidades com ações nos serviços, visando redução das lacunas entre práticas acadêmicas e assistenciais.

EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS DIRETRIZ: Garantir a universalidade de acesso, integralidade de assistência, equidade, gratuidade através

de um modelo de atenção resolutivo com uma gestão unificada, regionalizado e hierarquizada.

PROPOSTAS NACIONAIS 1º Garantir a reforma antimanicomial através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território. Ainda, garantir a execução da Política Nacional referente à saúde mental no sistema prisional, assegurar a Política de saúde mental na Atenção Básica e reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas. 2º Ampliar e fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, aplicando o princípio da referência e contra referência, garantindo: a) a promoção da saúde, com a integralidade da atenção e assistência, por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); b) a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a infraestrutura necessária para tanto; c) a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) que interajam com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a demanda de cada região. 3º Garantir um Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple: a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia; b) jornada máxima de 30 horas semanais; c) dedicação exclusiva; d) política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos; e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira; f) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade; g) isonomia de vencimentos aos servidores de todos os níveis de complexidade e esferas de governo; h) abolir todas as formas de precarização e terceirização dos serviços públicos pelo setor privado. 4º Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de

atenção à saúde. 5º Combater o racismo estrutural e institucional, reconhecendo as desigualdades étnico raciais como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS DIRETRIZ:
Garantir a saúde como direito constitucional, assegurando que o sistema público de saúde receba os recursos financeiros suficientes para uma saúde universal de qualidade, segundo as necessidades da população.

PROPOSTAS NACIONAIS 1º Assegurar a revogação da: a) emenda constitucional nº 86 (oitenta e seis), que trata do orçamento impositivo, por retirar recursos da saúde pública, possibilitar que as emendas parlamentares do orçamento impositivo sejam contabilizados como gastos com saúde, e retirar 25% (vinte e cinco por cento) dos recursos do Pré-Sal com aplicação adicional ao mínimo em ações e serviços públicos em saúde; b) Emenda Constitucional nº 95 (noventa e cinco), que congela o gasto primário da união por vinte anos. 2º Fortalecer, ampliar e obter aporte financeiro público próprio para políticas e ações voltadas à população LGBT, Nesse sentido, entre outros, capacitar os profissionais para atendimento da população LGBT, e reformular protocolos, formulários, sistemas de informação do Sistema Único de Saúde que atendam questões de identidade de gênero e orientação sexual para evitar barreiras de acesso aos serviços da população LGBT. 3º Revogar imediatamente a Portaria 3992/2017 que termina com os seis blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos) e passa para dois blocos (Investimento e Custeio), para fins de garantir as atividades preventivas e facilitar as atividades do controle social e dos serviços de auditorias. 4º Reajuste nos valores da Tabela SUS, conforme a inflação, para pagamento de exames, procedimentos e profissionais, de forma que os valores sejam orçados e custeados conforme necessidade para a manutenção do referido serviço. 5º Viabilizar aumento compatível de recursos financeiros afim de garantir políticas e programas para os CAPS, com a finalidade de desenvolverem tratamentos preventivos e curativos adequados, no cuidado da saúde mental e problemas sociais como combate as drogas e o suicídio