

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANI MARTINS RICARDI

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS, EFETIVIDADE E
INFLUÊNCIA NOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

BRASÍLIA

2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANI MARTINS RICARDI

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS, EFETIVIDADE E
INFLUÊNCIA NOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

Tese a ser apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutora em Saúde Coletiva do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA

2017

LUCIANI MARTINS RICARDI

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS, EFETIVIDADE E
INFLUÊNCIA NOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

Tese a ser apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutora em Saúde Coletiva do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovação em 28 de novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos – Presidente
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UnB

Prof.^a Dr.^a Dais Gonçalves Rocha – Membro interno
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UnB

Prof. Dr. Marcio Florentino Pereira – Membro externo
Departamento de Extensão - UnB

Prof.^a Dr.^a Francini Lube Guizardi – Membro externo
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires – Membro externo
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA

*Dedico este trabalho àqueles que lutam pela democracia,
por um sistema de saúde público, universal, integral e
de qualidade, e, acima de tudo, por um mundo digno e justo,
onde as pessoas sejam mais importantes que o capital.*

AGRADECIMENTOS

Meu muito obrigada

às mestras e aos mestres da academia e da vida;

às companheiras e aos companheiros dessa caminhada de Doutorado e da caminhada por esse mundo!

ALEGREMO-NOS POR SER UMA SIMPLES GOTA D'ÁGUA...

Gilson de Cássia Marques de Carvalho

*Caminhando pela praia,
Bebendo da natureza,
Lembrei-me do popular:
ÁGUA MOLE EM PEDRA DURA, TANTO BATE ATÉ QUE FURA.
Comprovando o enunciado,
Aos meus pés estavam esculturas caprichosas das águas
Nos duros e resistentes rochedos.
A água mole,
Tão sem consistência
Em seu estado líquido,
Caindo ou batendo, gota a gota,
Perfurando a textura rígida do granito.
A natureza,
Utilizando-se do princípio inverso do homem,
Que, na imediatez dos resultados,
Usa instrumentos rígidos e contundentes
Para vencer e esculpir
Materiais menos rígidos e contundentes
Para vencer e esculpir
Materiais menos rígidos que seu instrumental...
(A imposição da força do que mais pode,
Subjugando, destruindo e excluindo o mais fraco!)
A gota d'água, ao contrário, paciente e repetitiva,
Bate, pinga, cai e, na persistência, vence o mais forte!
Quantas gotas bateram até furar?
Bilhões e bilhões!...
Muitas no início... no meio... no fim...
Mas, apenas uma logrou o feito: perfurou a rocha.
Bilhões de gotas a antecederam e fizeram,
Todas e cada uma, seu papel imprescindível:
Removeram a camada de cima, abriram caminho,
Para que uma próxima gota cavasse mais fundo...
Até que uma, última e única, perfurasse.
Este é o mistério,
Repetição dos milhares perpetrados pela natureza,
A começar pelo próprio mistério gozoso da geração da vida.
Milhões de espermatozoides correndo, abrindo caminho,
Para que, um apenas,
Se conjugue ao óvulo...
E, se milhões não fossem,
Um único seria incapaz de
Gerar a vida!
Se não houvessem bilhões de gotas batido,
Aparentemente em vão,*

*Jamais a gota final
Perfuraria a rocha...
Cada gota...
Tão essencial como a última...
Tão indispensável como todas...
Se a primeira gota não bater...
A segunda... a terceira...
Se cada um de nós não batermos...
Os que lutaram ontem...
Os que ousam lutar hoje...
Os que teimarão em lutar amanhã...
Jamais vamos atingir
Os objetivos maiores...
Usufruir das conquistas finais...
O Brasil aí está... grande em tamanho...
Imenso em problemas
Gerados nas desigualdades.
Exclusão como regra.
Inclusão como desafio.
Ética da individualidade como princípio consentido.
Ética da solidariedade como sonho.
E nós, moles gotas d'água a bater contra o rijo granito,
Precisamos entender nosso papel.
Alegremo-nos pela oportunidade de ser uma das gotas.
Gotas precursoras ou as do meio, não importa,
São todas responsáveis pelo desgaste da rígida rocha.
Ousar participar sem nenhuma certeza de viver o resultado final:
Valorização do homem, cidadania,
Direitos sociais, emprego pleno, salário justo,
Educação, saúde... e tantas outras conquistas.
Alegremo-nos pelo privilégio de poder ser uma das gotas d'água
Que bate no granito.
Mesmo não sendo aquela que, afinal, vai perfurar a rocha.
Somos essenciais ao processo.
Imprescindíveis e insubstituíveis
Na transformação do mundo.
Teimando em ajudar os homens
Na eterna busca
Da saúde plena,
Da qualidade de vida,
Do bem-estar,
Da realização
Da... Felicidade.*

*Quixadá, 10 de dezembro de 1995.
I Conferência Municipal de Saúde – Saúde felicidade*

Extraído do livro: CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. Participação da Comunidade na Saúde. Campinas: Saberes Editora, 2014, 2. ed.

RESUMO

Introdução: As Conferências Nacionais de Saúde têm como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor. **Objetivo:** Conhecer os avanços, desafios e a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde e como elas têm influenciado os processos de planejamento do Ministério da Saúde, considerando o período da 12^a à 15^a Conferências. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, a partir de revisão de literatura com metassíntese, da análise lexical e documental dos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (da 12^a à 15^a) e dos Planos Nacionais de Saúde de 2004 a 2016, e da realização de entrevistas semiestruturadas com atores-chave na organização e realização das conferências, quais sejam: Ministros da Saúde ou Secretários-Executivos do Ministério da Saúde, Coordenadores-Gerais ou Coordenadores-Adjuntos das Conferências e Relatores-Gerais. **Resultados:** Verificou-se que as Conferências têm sido importantes para a mobilização social e ampliação da participação da sociedade na política de saúde, tornando-se referência para outros setores, porém ainda apresentam importantes limitações que precisam ser superadas, tanto em aspectos organizativos e metodológicos, como o momento de sua realização, quanto nos resultados concretos de pautarem o processo de tomada de decisão e de planejamento do Ministério da Saúde, fatores que diminuem sua efetividade. **Conclusão:** Além de aspectos intrínsecos, as Conferências dependem de questões macro, como um ambiente político realmente democrático, a articulação com outros poderes e a complementariedade real entre democracia representativa e participativa para se tornarem, de fato, efetivas e avançarem na democratização da política de saúde, das relações sociais e da garantia do direito à saúde universal, integral, equitativo e participativo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Participação Social; Conferências de Saúde; Planejamento em Saúde; Planejamento Participativo.

ABSTRACT

Introduction: The National Health Conferences aim to evaluate the health situation and propose the guidelines for the formulation of the health sector policy. **Objective:** To identify the advances, challenges and effectiveness of the National Health Conferences and how they have influenced the Planning Processes of the Ministry of Health, considering the period from the 12th to the 15th Conferences. **Methods:** A qualitative research of a historical nature was carried out, based on literature review with meta-synthesis, documentary analysis of the National Health Conferences reports (from the 12th to the 15th) and the National Health Plans from 2004 to 2016, and semi-structured interviews with key informants in the organization and in the conduction of conferences, such as: Ministers of Health or Executive Secretaries of the Ministry of Health, General Coordinators or Assistant Coordinators of Conferences and General Rapporteurs. **Results:** It was verified that the Conferences have been important for the social mobilization and expansion of society's participation in health policy, becoming a reference for other sectors. However, there are important limitations that need to be overcome, both in organizational and methodological aspects, as the moment of its realization, as in the concrete results of guiding the decision-making process and planning of the Ministry of Health, factors that reduce its effectiveness. **Conclusion:** In addition to intrinsic aspects, the Conferences depend on macro issues, such as a truly democratic political environment, the articulation with other powers and the real complementarity between representative and participatory democracy to become, in fact, effective and advance in the democratization of health policy, social relations and guaranteeing universal, integral, equitable and participative right to health.

Keywords: Unified Health System; Social Participation; Health Conferences; Health Planning; Participative Planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Referencial teórico

Figura 1 – Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde	39
Figura 2 – Modelo de análise da participação do CES-BA, das Conferências de Saúde Mental e da Sesab na Política Estadual de Saúde Mental	44
Figura 3 – Interligação necessária entre os instrumentos de planejamento e orçamento da gestão pública e instrumentos de gestão do SUS no âmbito da União	50
Figura 4 – Planejamento ascendente e a relação entre os instrumentos de gestão do SUS	51
Figura 5 – Fluxograma demonstrativo da integração entre instrumentos de gestão, legislação vigente e as respectivas instâncias colegiadas – Conferência e Conselho	52

Artigo 3

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos oriundos da revisão de literatura para elaboração da metassíntese	129
--	-----

Artigo 6

Figura 1 – Relação preconizada entre as Conferências Nacionais de Saúde e o processo de Planejamento da Gestão Federal	188
--	-----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Artigo 1

Quadro 1 – Descrição dos eixos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e dos Planos Nacionais de Saúde (PNS) analisados	67
---	----

Artigo 2

Quadro 1 – Descrição dos eixos, diretrizes, termos-chave e temáticas centrais da 12ª Conferência Nacional de Saúde	87
Quadro 2 – Descrição dos eixos, propostas, termos-chave e temáticas centrais do Plano Nacional de Saúde 2004-2007	90
Quadro 3 – Descrição dos eixos, diretrizes, termos-chave e temáticas centrais da 13ª Conferência Nacional de Saúde	94
Quadro 4 – Descrição dos eixos, propostas, termos-chave e temáticas centrais do Plano Nacional de Saúde 2008-2011	96
Quadro 5 – Descrição dos eixos, diretrizes, termos-chave e temáticas centrais da 14ª Conferência Nacional de Saúde	100
Quadro 6 – Descrição dos eixos, metas, termos-chave e temáticas centrais do Plano Nacional de Saúde 2012-2015	103
Quadro 7 – Descrição dos eixos, propostas, termos-chave e temáticas centrais da 15ª Conferência Nacional de Saúde	108
Quadro 8 – Descrição dos eixos, metas, termos-chave e temáticas centrais do Plano Nacional de Saúde 2016-2019	111

Artigo 3

Quadro 1 – Relação dos artigos científicos selecionados na revisão de literatura e incluídos na elaboração da metassíntese	130
Quadro 2 – Características dos estudos sobre Conferências de Saúde referentes à esfera, conferências analisadas, objetivo e metodologia utilizada	131
Quadro 3 – Metassíntese dos avanços, obstáculos a serem enfrentados e recomendações para a qualificação das conferências	135

Artigo 4

Quadro 1 – Temas-eixo de categorias e ideias centrais apontadas pelos entrevistados 149

Artigo 6

Quadro 1 – Metodologia e inovações das Conferências Nacionais de Saúde 186

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ALAMES – Associação Latinoamericana de Medicina Social

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina / Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CENDES – Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela

CEP/FS – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina

CES – Conselho Estadual de Saúde

CES-BA – Conselho Estadual de Saúde da Bahia

CESM – Conferência Estadual de Saúde Mental

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde / Conferência Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CTI – Ciência, Tecnologia e Inovação

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

DF – Distrito Federal

DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre

DRE – Desvinculação de Receitas do Estado

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GT – Grupo de Trabalho

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LOA – Lei Orçamentária Anual

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Organização Social na Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PARTICIPASUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS

PAS – Programação Anual de Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEC – Projeto de Emenda à Constituição

PES – Plano Estadual de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PLANEJASUS – Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNPS – Política Nacional de Participação Social

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPA – Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSM – Política de Saúde Mental

RAG – Relatório Anual de Gestão

SESAB – Secretaria de Estado de Saúde da Bahia

SG/PR – Secretaria-Geral da Presidência da República

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO	23
2.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL	30
2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE	36
2.4 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE	39
2.5 EFETIVIDADE.....	46
2.6 PLANEJAMENTO NA SAÚDE	47
3 OBJETIVOS.....	56
3.1 OBJETIVO GERAL	56
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
4 MÉTODOS	57
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	57
4.2 ANÁLISE LEXICAL E ANÁLISE DOCUMENTAL DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS E DOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE	57
4.3 METODOLOGIA PARA A REVISÃO DE LITERATURA	59
4.4 ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE	61
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	63
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
5.1 ARTIGO 1 – PUBLICADO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE	67
5.2 ARTIGO 2 – A SER SUBMETIDO	83
5.3 ARTIGO 3 – A SER SUBMETIDO	125
5.4 ARTIGO 4 – A SER SUBMETIDO	148
5.5 ARTIGO 5 – A SER SUBMETIDO	164
5.6 ARTIGO 6 – A SER SUBMETIDO	183
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE DOUTORAMENTO.....	198
REFERÊNCIAS.....	200

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	206
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA	208
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	209
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	211
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA REFERENTE À EMENDA.....	217

APRESENTAÇÃO

Esta tese é apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília. Contempla uma análise das Conferências Nacionais de Saúde em um momento bastante singular:

- Passaram-se mais de 75 anos desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde, mais de 30 anos desde a memorável 8ª Conferência Nacional de Saúde e mais de 25 anos desde a publicação da Lei 8.142/1990, que traz a parte anteriormente vetada da Lei Orgânica do SUS – Lei nº 8.080/1990 –, referente à participação da comunidade no âmbito do SUS;
- Crescentes movimentos de massa têm demandando cada vez maior participação social na vida política, com destaque para as manifestações de junho de 2013;
- Em 2014, foram instituídos, via Decreto Presidencial, a Política e o Sistema Nacional de Participação Social (PNPS), elaborados em um processo participativo e que geraram grandes polêmicas, sobretudo com o Congresso Nacional, sendo o Decreto derrubado pouco tempo depois no Legislativo, apesar de trazer vários aspectos inclusive já contemplados na estrutura normativa de alguns setores, como o da saúde;
- Em 2015, em meio a tantas ameaças ao SUS e à própria democracia brasileira, foi realizada a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que trouxe a proposta de fazer inovações políticas e metodológicas, desde a ampliação da participação e da mobilização popular, com a realização de inúmeras Conferências Livres, até a previsão de uma etapa de monitoramento das resoluções;
- Em 2016, o país vivenciou um *impeachment* presidencial bastante questionável, num processo de ruptura democrática e golpe parlamentar-midiático;
- Atual momento de instabilidade política, crise das instituições dos três poderes, crise de representação e intervenções negativas do novo governo nas instâncias participativas, como conselhos de políticas públicas, e em distintas políticas sociais, dentre elas a de saúde, com cortes importantes no financiamento.

Esses são apenas alguns aspectos da conjuntura, que complementam a teoria com a prática concreta, gerando mais inquietações e necessidades de análises, proposições e enfrentamentos.

Nesse contexto, explicitando o meu local de fala enquanto pesquisadora e sujeito social, com vivências e subjetividades próprias que devem ser explicitadas, inclusive como critério de qualidade para estudos qualitativos, no período de realização do estudo de doutoramento e de elaboração da presente tese (2013 a 2017), atuei como Analista de Políticas Sociais no Ministério da Saúde e na Secretaria Especial de Direitos Humanos. Minha atuação se deu nas Ouvidorias dos respectivos órgãos, importantes mecanismos de participação social, em contato direto com demandas da população, especialmente de grupos vulneráveis, e com grande articulação com os conselhos. Ademais, atuei diretamente na organização e relatoria da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015) e das Conferências Nacionais Conjuntas de Direitos Humanos (2016), além de participar das discussões e atividades de elaboração e implantação da Política e do Sistema Nacional de Participação Social, atividades coordenadas pela Secretaria-Geral da Presidência da República e inviabilizadas em grande parte pela suspensão do Decreto nº 8.243/2014 pelo Congresso Nacional e posteriormente pelo processo de *impeachment* presidencial no formato de golpe parlamentar.

Assim, a atuação laboral num espaço de participação social vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde; a participação nas discussões sobre a Política Nacional de Participação Social e nas atividades de organização da 15ª Conferência Nacional de Saúde; a militância por democracia e democratização do Estado, direitos humanos e por um Sistema Único de Saúde universal, integral, equitativo, estatal e de qualidade; e a necessidade de se avaliar as instâncias e mecanismos de participação social, a fim de qualificá-los, foram alguns importantes fatores que motivaram a realização deste estudo.

Foram realizadas análises comparadas a partir de diferentes metodologias (revisão de literatura, análise lexical, análise documental e realização de entrevistas com sujeitos-chave na organização e realização das quatro últimas Conferências), buscando entender quais os avanços, as limitações a serem superadas, a efetividade e a influência das Conferências no processo de Planejamento do Ministério da Saúde.

Assim, a tese foi estruturada da seguinte forma:

Primeiramente, é apresentado o referencial teórico deste trabalho, abrangendo os temas relacionados ao objeto de estudo: democracia e participação social, participação social no Brasil e na saúde, conferências de saúde e planejamento na gestão do SUS. São evidenciados os autores e os conceitos que serviram como linha teórica do trabalho.

Os objetivos gerais e específicos e os métodos que foram utilizados para a realização do estudo são apontados em seguida. O instrumento utilizado nas entrevistas semiestruturadas e o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa são trazidos como apêndices.

Os resultados são apresentados no formato de seis artigos científicos, trazendo os produtos da análise documental e análise lexical dos Planos Nacionais de Saúde e dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (Artigos 1 e 2), da revisão de literatura com metassíntese qualitativa sobre conferências de saúde (Artigo 3), da análise das entrevistas realizadas com atores-chave no processo conferencial (Artigos 2, 4 e 5) e uma breve síntese descritiva sobre as conferências de saúde (Artigo 6). Por fim, são trazidas as considerações finais, com sugestões para a revisão e o fortalecimento dos processos conferenciais, e considerações sobre o próprio processo de doutoramento.

Espera-se, com essas análises, discussões e reflexões, contribuir para o fortalecimento de uma gestão democrática e efetivamente participativa no Sistema Único de Saúde e para além dele, para uma real democratização do Estado brasileiro.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é garantida constitucionalmente como um direito de todas e todos e um dever do Estado. Este direito é resultado do processo de luta pela redemocratização ocorrida no país e da atuação do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminaram na Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (1,2).

A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS e foi regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, que é considerada uma complementação à Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), a qual teve a parte de participação social vetada pelo então presidente Fernando Collor de Melo (3,4). A Lei 8.142 trouxe duas instâncias colegiadas de participação da comunidade – as Conferências e os Conselhos de Saúde –, as quais devem ser instituídas em cada uma das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), que convivem com o modelo brasileiro de democracia majoritariamente representativa.

Cabe destacar que, apesar de se ter como marco de referência a Lei nº 8.142, as Conferências Nacionais de Saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo ocorrido pela primeira vez em 1941. Porém, somente a partir de 1986, com a 8ª Conferência, é que deixaram de ser restritas a uma “cúpula” da gestão federal e passaram a ter participação ampliada dos diversos segmentos (5).

A Conferência de Saúde tem como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor. Convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de Saúde, deve ocorrer a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais, tendo participação paritária entre usuárias(os) e demais segmentos e caráter ascendente. É nítida a relevância das Conferências para o fortalecimento do processo democrático de participação social e para a formulação de uma política de saúde que atenda, de fato, aos anseios da população. E para atenderem seus objetivos, as Conferências devem pautar o Planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente nos processos de tomada de decisão das gestoras e gestores.

Apesar da necessidade de se conhecer e avaliar constantemente as instâncias e mecanismos de participação social, a fim de qualificá-los, ainda são poucos os estudos referentes às Conferências de Saúde e aqueles existentes, em geral, estão mais direcionados a analisar o perfil de participantes ou a forma como tem sido apresentada alguma temática

específica ao longo dos anos, com base nos Relatórios Finais (5,6). Todavia, pouco se tem estudado sobre a efetividade desses espaços (7,8) e não há investigações científicas relacionando diretamente as Conferências Nacionais de Saúde ao processo de planejamento na gestão federal, apesar de o objetivo dessas ser a proposição de diretrizes para a Política de Saúde, explicitadas, sobretudo, no Plano Nacional de Saúde. Esse aspecto, muitas vezes, tem recebido pouca atenção da gestão, dos próprios participantes das Conferências e mesmo da academia.

Neste estudo, teve-se como ponto de partida a pergunta: Qual o panorama atual das Conferências Nacionais de Saúde e como estas têm influenciado os processos de planejamento na gestão federal do SUS?

Considerando o longo e importante histórico das Conferências Nacionais de Saúde, optou-se por fazer um recorte, estudando o período 2003-2017, para que se pudesse fazer uma análise aprofundada do impacto das Conferências no planejamento do Ministério da Saúde a partir de um instrumento mais consolidado – o Plano Nacional de Saúde –, que só passou a ser elaborado a partir desse período.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

São vários os entendimentos existentes de Democracia enquanto “governo do povo”, que vão desde abordagens considerando-a um método (formal) ou uma finalidade (substancial). Da mesma forma, a participação da sociedade tem menor ou maior protagonismo nas diferentes concepções de democracia, evidenciando também tanto uma polissemia referente ao conceito de participação, quanto discordâncias sobre seu papel e formas de operacionalizá-la (9,10).

O avanço dos ideais liberais ao longo do século XIX favoreceu o fortalecimento de uma concepção de Democracia representativa como a forma possível e única compatível com o Estado liberal, em contraposição aos ideais de Democracia direta. Santos & Avritzer (11) apontam que essa disputa em torno da questão democrática se manteve de forma intensa no século XX, sobretudo após as grandes guerras mundiais e ao longo da Guerra Fria, envolvendo dois debates principais: a desejabilidade da democracia, destacada na primeira metade do século, e suas condições estruturais, abordadas sobretudo pós-Segunda Guerra Mundial. Apesar de ter-se resolvido a questão em favor da desejabilidade da democracia como forma de governo, a proposta de democracia que se tornou hegemônica, de cunho liberal e elitista, tendo Joseph Schumpeter como um de seus defensores, traz uma restrição das formas de participação e soberania em prol de um consenso em torno do procedimento eleitoral para a formação de governos, no modelo de democracia representativa (11).

Schumpeter (12), economista e cientista político, em meados dos anos 1940, define a democracia como um método político de arranjo institucional para chegar a decisões políticas, sejam elas legislativas ou administrativas e, por isso, não tem um fim em si mesma. Com centralidade para o voto, prevê que a sociedade democrática é aquela que não faz discriminação entre os indivíduos, pelo menos em assuntos que interessam aos negócios públicos. Paradoxalmente, nessa visão, a desqualificação para o voto por motivo de situação econômica, religião ou sexo, baseadas na aptidão das pessoas de proverem sua subsistência, de acordo com diferentes convicções, poderiam ser parte da mesma classe de desqualificações consideradas “compatíveis” com a democracia.

Já Bobbio (13), filósofo político e outro autor da visão liberal e procedimentalista, avança, nos anos 1970 e 1980, ao transformar esse procedimentalismo em regras para a formação de maiorias e do governo representativo, que restringem-se ao processo eleitoral, desconsiderando critérios de equidade e reduzindo o conceito de soberania. Nesse sentido, no Dicionário de Política, publicado originalmente em 1983, Bobbio et al (9) definem democracia como um método ou um conjunto de regras de procedimento para a constituição de Governo e para a formação das decisões políticas que abrangem a toda a comunidade, restringindo o papel da participação social, que é apresentada em três níveis: na forma de presença, menos intensa e mais marginal, de caráter receptivo; na forma de ativação, com a realização de atividades delegadas; e na forma de participação em sentido estrito, que se dá na contribuição para a decisão política, de forma direta (menos comum) ou indireta. Os autores ainda sobrevalorizam a tecnocracia sobre a capacidade da população de tomar decisões numa sociedade cada vez mais complexa (9).

Avançando, Touraine (14), sociólogo e também representante da concepção liberal de democracia, define-a “*não como o triunfo do universal sobre os particularismos, mas como o conjunto das garantias institucionais que permitem combinar a unidade da razão instrumental com a diversidade das memórias, a permuta com a liberdade*”. Destaca o papel das escolhas dos governantes pelos governados como base do processo democrático, mas ressalva que não é possível democracia se os eleitores têm somente a possibilidade de escolher entre duas frações da oligarquia, das forças armadas ou do aparelho do Estado. Adicionalmente, o autor defende a necessidade de uma democracia de libertação e enfatiza a contribuição dos movimentos sociais ao processo de democratização, porém ainda com um conceito de movimentos sociais restrito e distinto do que se constitui na realidade atual, sobretudo a latino-americana, já que considera que os movimentos sociais só se formam em sociedades democráticas e se apoiam sempre na libertação de um ator social e não na criação de uma sociedade ideal.

Esse modelo hegemônico representativo é considerado elitista por, na contramão das demandas populares por maior participação, valorizar a apatia política e apresentar uma ideia de que o cidadão comum não possui capacidade ou interesse político senão para escolher líderes para tomar as decisões (11). Santos & Avritzer (11) defendem que, quanto mais se insiste na fórmula clássica de democracia liberal, menos se consegue explicar o paradoxo de a extensão da democracia ter trazido consigo uma enorme degradação das práticas democráticas. Ainda, o debate acerca das condições estruturais da democracia questiona a

compatibilidade ou não entre democracia e capitalismo e sobre as possíveis virtualidades redistributivas da democracia, que não superaram a concentração de renda e de poder trazida pelo modelo econômico. A fórmula clássica da democracia de baixa intensidade, ao abordar a questão da representação considerando apenas o problema das escalas, ignora que essa representação deve envolver pelo menos três dimensões: a da autorização, a da identidade e a da prestação de contas. Ao considerar o método de tomada de decisão por maioria, por exemplo, a democracia representativa não garante que identidades minoritárias tenham expressão adequada no parlamento (11).

Assim, com a universalização do modelo liberal de democracia, evidencia-se o contraste entre a existência de instituições e procedimentos “democráticos” e a permanência do domínio das elites sobre os partidos e governos. Inter-relacionam-se as representações de interesses, as correlações de forças, os poderes visíveis e invisíveis. Apesar de globalmente triunfante, representa uma democracia de baixa intensidade baseada na privatização do bem público, na distância crescente entre representantes e representados e numa inclusão política abstrata feita de exclusão social (15).

Isso porque, como a forma hegemônica consolidou-se para estabilizar a tensão entre democracia e capitalismo, visando a limitar a participação social com vistas a não “sobrecarregar” o regime democrático com demandas sociais que pudessem colocar em risco a prioridade da acumulação sobre a redistribuição, contesta fortemente os processos de intensificação democrática com ampla participação (11).

Contudo, para além do modelo liberal hegemônico, outros modelos de democracia se apresentavam como alternativas no pós-Segunda Guerra, como a democracia participativa, a democracia popular nos países do Leste Europeu e a democracia desenvolvimentista dos países recém-chegados à independência. Já se evidenciava assim a relação entre conceitos de democracia e modelos econômicos e sociais, já que estes impactam diretamente nas questões políticas e nas relações de poder. E a própria consagração do modelo de democracia liberal como “único” e universal foi consumada pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, ao transformarem-na em condição política para a concessão de empréstimos e ajuda financeira. Assim, o modelo hegemônico de democracia se consolidou de forma hostil à participação ativa dos cidadãos na vida política, confinando-a, quando aceita, ao nível local (11), ignorando, sobretudo, as experiências e as discussões oriundas dos países do Sul no debate sobre a democracia, bem como a concepção marxista de democracia, que coloca a

autodeterminação no mundo do trabalho no centro do processo de exercício de soberania dos cidadãos (10,11).

Apesar da adversidade, persistem outros modelos, como a democracia participativa ou a democracia popular, protagonizada por comunidades e grupos sociais subalternos em luta contra a exclusão social e a trivialização da cidadania, mobilizados pela aspiração de contratos sociais mais inclusivos e de democracia de mais alta intensidade (15).

Nas concepções contra-hegemônicas, a democracia deixa de ser vista como acaso ou como simples obra de engenharia institucional e passa a constituir uma nova gramática histórica, que implica em ruptura com tradições estabelecidas, buscando instituir novas determinações, normas e leis (11). Santos e Avritzer (11) apontam que, no âmbito das teorias contra-hegemônicas, Jurgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, foi quem abriu espaço para que o procedimentalismo passasse a ser pensado como prática social e não como método de constituição de governo. Assim, propõe dois elementos na discussão democrática contemporânea: a condição de publicidade, capaz de gerar uma gramática societária; e o papel de movimentos sociais na institucionalização da diversidade cultural, pela ampliação do político, pela transformação de práticas dominantes, pelo aumento da cidadania e pela inserção política de atores sociais excluídos. Nesta perspectiva sim pode-se dizer que o conceito democrático vai além do voto, da representação e do procedimento, apontando questões para incluir, de fato, os sujeitos nas decisões políticas e transformar as relações.

Na linha Habermasiana, Müller & Artmann (16) apontam que, enquanto na perspectiva liberal, o processo democrático se dá exclusivamente via compromissos entre interesses concorrentes e a garantia da equidade pretende-se assegurada apenas pelo voto, pela composição representativa do Legislativo e pelas leis; na interpretação republicana, a formação democrática da vontade se dá na forma de discurso ético-político, tendo como pressuposto para a deliberação um consenso prévio, estabelecido culturalmente e partilhado pelo conjunto dos cidadãos. Assim, na teoria discursiva em Habermas, há uma apropriação de elementos das duas tradições do pensamento político, integrando-os no conceito de procedimento ideal para deliberação e tomada de decisão, que prevê que a formação democrática da vontade se legitima por meio dos pressupostos comunicativos que permitem aos melhores argumentos entrarem em ação em várias formas de deliberação e com procedimentos que asseguram processos justos de negociação (16).

Sader (17) apresenta que, no modelo da democracia participativa, é colocada como questão de destaque a qualificação da participação. Num contexto posto em que o voto é visto

como a forma central de participação, que esconde praticamente uma delegação similar a um “cheque em branco” aos representantes, há uma autonomização do político, que expõe a passividade dos eleitores em contraposição à extrema atividade de monopolização por uma elite política governante “profissional”, numa lógica de considerar o Estado como uma empresa, reificando a política e isolando-a das relações sociais. Assim, a desmoralização da política, favorecida pela grande mídia, promove o desinteresse, a apatia e a desmobilização popular enquanto favorece a financeirização do Estado e a destruição de direitos e da regulação estatal. E é esse círculo vicioso que a democracia participativa visa romper, resgatando a dimensão pública e cidadã da política, via mobilização de setores sociais interessados na realização de políticas públicas, para avaliar, propor, tensionar e controlar a atuação do Estado. Ainda, não se limita a tentar dar mais vigor a uma democracia liberal debilitada, mas aponta formas alternativas de organização do sistema político.

Como destaca Carole Pateman (10), cientista política britânica contemporânea, nos últimos anos da década de 1960, a palavra “participação” tornou-se parte do vocabulário político popular em várias partes do mundo, com ondas de reivindicações pela implementação de direitos. Porém, o termo passou a ser empregado por diferentes pessoas referindo-se a uma grande variedade de situações. E apesar de parecer contraditório para alguns autores que defendem um conceito ampliado de democracia, grande parte das teorias atuais coloca a participação com um papel menor, na linha das teorias de elite. Têm sido usados como argumento os exemplos de estados totalitários e fascistas com “ampla participação das massas”, associando-se participação a totalitarismo, apesar daquela muitas vezes se dar em contextos de intimidação e coerção (10). Bobbio et al (9) defendem que, nesse caso, o termo mais adequado seria mobilização, já que essa “participação” é programada do alto e enquadrada na atividade das organizações de massas, que realiza um controle da sociedade.

Pateman (10) ainda critica que a teoria democrática já não está centrada na participação “do povo”, de homens e mulheres comuns, nem no desenvolvimento de suas qualidades relevantes e necessárias, do ponto de vista político. A participação é trazida como um risco de instabilidade ao sistema democrático. Contudo, a autora faz contraponto, apresentando evidências que apoiam os argumentos de Rousseau, Mill e Cole de que participando é que se aprende a participar, bem como de que o sentimento de eficácia tem mais probabilidade de se desenvolver em um ambiente participativo. Além disso, a experiência de uma estrutura de autoridade participativa também pode ser efetiva na diminuição da tendência para atitudes não democráticas por parte dos indivíduos. Contudo,

mais uma vez, esse maior empoderamento dos cidadãos entra em conflito com o capitalismo e o modelo de acumulação e concentração de capital do Estado burguês.

Assim, por enfrentarem interesses e concepções hegemônicas, esses processos são muitas vezes combatidos frontalmente ou descaracterizados por via da cooptação ou da integração em contextos institucionais que lhe retiram o seu potencial democrático e de transformação das relações de poder. Nisso residem a vulnerabilidade e a ambiguidade da participação (11).

Conforme aponta Boaventura de Sousa Santos (15), *“a hierarquia é o efeito acumulado das desigualdades das relações entre as formas dominantes e as formas dominadas de cada um desses campos”* e não se configura apenas entre países, mas se dá entre setores econômicos, grupos sociais, regiões, saberes, formas de organização social, culturas e identidades. O autor ainda distingue seis formas de poder, tais como: o patriarcado, a exploração, o fetichismo das mercadorias, a diferenciação identitária desigual, a dominação e a troca desigual. Essas formas são confirmadas socialmente por ações conformistas e contestadas socialmente por ações rebeldes coletivizadas como resistência social. A democracia participativa, bem como o multiculturalismo emancipatório e as justiça e cidadanias alternativas, confrontam privilegiadamente a dominação, o patriarcado e a diferenciação identitária desigual. É parte do pressuposto de que só haverá emancipação social na medida em que houver resistência a todas as formas de poder (15).

Para Coelho (18), a participação é determinante fundamental da democracia; é uma conquista social e não uma concessão. É uma participação plena, muito além do voto, significa acompanhar e avaliar a organização dos serviços, mas também decidir coletivamente sobre assuntos de interesse geral, contemplando diferentes realidades da população na construção de políticas. *“Para isso o debate amplo e intenso torna-se essencial e as disputas são inevitáveis”* (18).

Os processos de redemocratização em diversos países do Sul global, como o vivido no Brasil após 21 anos de ditadura militar, ao inserir novos atores na cena política, instaura uma disputa pelo significado de democracia e pela constituição de uma nova gramática social, visando mudar relações de gênero, raça e etnia e o privatismo na apropriação dos recursos públicos. Assim como os processos de libertação, a redemocratização implica a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, a redefinição de identidades e vínculos e o aumento da participação. Dessa forma, recoloca na agenda três principais questões: a relação entre procedimento e participação social, sobretudo com a grande participação dos

movimentos sociais; a redefinição sobre a adequação da solução não participativa e burocrática ao nível local, recolocando o problema da escala no interior do debate democrático; e o problema da relação entre representação e diversidade cultural e social, que parecem mais possíveis quando da articulação entre democracia representativa e participativa e com formas de relativização da representatividade (11).

Sader (17) contesta o modelo clássico também na América Latina, consolidado com o neoliberalismo, que se transformou na ideologia oficial das “novas democracias”. Com o novo modelo político-econômico, que invadiu todos os espaços sociais, reformar o Estado deixou de ser sinônimo de democratizá-lo para ser confundido com a redução de seu papel e suas funções reguladoras. O autor ainda apresenta a perspectiva de democracia social, pouco consolidada, mas de grande importância para um real debate sobre o conceito ampliado de democracia, contrapondo a realidade de Cuba – país mais igualitário, mas considerado mundialmente menos democrático por não seguir as regras do modelo liberal de democracia – com a realidade do Brasil, país considerado democrático, apesar de ser um dos países mais desiguais e injustos do mundo, portanto socialmente menos democrático (17).

Strasser (19) também discute a contradição entre democracia e desigualdades, questionando o “triunfo” da democracia em escala mundial nas últimas décadas do século XX, período em que a desigualdade também se ampliou e consolidou mundialmente. Isso tem relação com o fato de que a democracia está englobada por uma ordem estatal-social mais ampla, que tem limitado diversas condições sociais requeridas para sua real concretização, e que compõe um complexo regime misto, configurado por um entrelaçamento de diferentes formas políticas, entre as quais a democracia é apenas uma e nem sempre a principal.

Quanto à convivência entre democracia participativa e representativa, Santos & Avritzer (11) apontam duas formas possíveis: a coexistência, em geral com democracia representativa em nível nacional, numa forma vertical burocrática da administração pública, e democracia participativa no nível local; e a complementariedade, que implica numa articulação mais profunda entre os dois modelos, com a democracia participativa substituindo parte do processo de representação e deliberação do modelo hegemônico, recolocando na pautas as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social. Para os autores, essa complementariedade começa a emergir nos países considerados periféricos e semiperiféricos, com novas formas de experimentação institucional e importantes potenciais emancipatórios (11).

Essa convivência dos dois modelos é vista de diferentes maneiras na literatura. Enquanto alguns autores apostam na complementariedade entre as duas formas de democracia, contribuindo para a reinvenção da emancipação social (15), em outra direção, há ainda visões contrárias à ampliação da participação, como mencionado anteriormente.

Para Côrtes (20), na relação entre participação e governança referente aos fóruns participativos, a literatura sobre o assunto pode ser classificada em dois grandes blocos: o de céticos quanto às possibilidades de fóruns participativos favorecerem a democratização da gestão pública ou aprimorarem a implementação de políticas, cujo ceticismo se baseia na desconfiança em relação à legitimidade de participantes e na constatação de que os processos políticos nos fóruns seriam pouco democráticos; e o dos que acreditam na democratização da gestão pública provocada por tais mecanismos de participação, já que consideram interesses tradicionalmente excluídos do processo de decisão e influenciam a tomada de decisão de gestores de políticas públicas e burocracias governamentais. Neste estudo, além de buscarmos entender o papel das Conferências Nacionais de Saúde e sua relação com o Executivo Federal, vamos buscar compreender essas visões e tensões.

É importante destacar que os próprios limites e concepções da democracia estão em constante disputa, bem como os avanços ou retrocessos da participação social. A situação vivenciada no Brasil a partir de 2015, com o processo de *impeachment* da Presidenta da República em 2016, questionada por diversos setores de acadêmicas(os), juristas, trabalhadoras(es) e movimentos sociais, traz à tona questões sobre o esgotamento do próprio processo eleitoral, do modelo de sistema político brasileiro e da escolha de representantes.

2.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL

A participação da sociedade na definição e gestão das políticas públicas têm recebido diferentes denominações, com características distintas, variando entre participação mais ampla ou mais restrita. Destacam-se os conceitos de participação popular, participação social, participação da comunidade ou comunitária e controle social.

Quanto ao termo participação popular, Valla (21) apresenta que, independentemente das distintas posições teóricas, é consensual que este conceito se refere a uma concepção populacional mais ampla do que apenas o movimento sindical ou a política partidária,

referindo-se, em geral, às classes populares, tendo especial significado para a América Latina, já que apresenta outra concepção de sociedade, em contraposição à tradição autoritária e ao modelo elitista, onde quem tem estudo e recursos define o caminho para as classes populares. Aponta que, *“de forma geral, a participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social”* (21).

Já a participação social, termo antigo, mas amplamente difundido no país em tempos mais recentes, sobretudo com uma atuação mais ativa da Secretaria-Geral da Presidência da República até 2014 e com a publicação no mesmo ano de Decreto (22) instituindo o Sistema Nacional de Participação Social e a Política Nacional de Participação Social – o qual derrubado pouco tempo depois pelo Congresso Nacional – visa à ampliação do conceito para congregar a participação dos diferentes segmentos da sociedade nas políticas públicas. Esse será o conceito utilizado prioritariamente neste estudo, já que as instâncias participativas na saúde preveem necessariamente a participação de diferentes segmentos – de usuárias e usuários do SUS, profissionais de saúde, gestoras e gestores e prestadores de serviços –, congregando distintos interesses, muitas vezes em disputa e conflitos.

Contudo, o termo utilizado na legislação basilar do Sistema Único de Saúde, incluindo a Constituição Federal de 1988 (1) e a Lei nº 8.142/1990 (4), refere-se à participação da comunidade. Entretanto, o princípio da participação da comunidade não se encontra conceitualmente definido na Carta Magna, assim, conforme aponta Guizardi (5), adquire significado na prática cotidiana e institucional dos atores que constroem o sistema. Carvalho (23) defende o uso do termo, por considerar que contempla os princípios e ideais basilares defendidos desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, de democratização do sistema de saúde e participação desde o âmbito local, de forma ascendente até o nacional. No entanto, considera-se no presente estudo que as Conferências Nacionais de Saúde, e mesmo o Conselho Nacional de Saúde, têm se constituído mais como espaços de representação de distintos segmentos sociais do que das comunidades e bases locais.

Em outra direção, para Stolz (24), o conceito de participação da comunidade faz parte, na história do Brasil, de um ideário de participação limitada, e, na saúde, fica aquém da formulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que recomenda a participação da população na organização, na gestão e no controle dos serviços e ações de saúde. O autor aponta ainda que, de forma ainda mais limitante, consolida-se o termo controle social, com inflexão do seu

significado com a 9ª Conferência, em 1992, deslocando o papel dos conselhos para o de fiscalização das políticas e da gestão (24).

Já Santos et al (25), apresenta que, na sociologia, o termo controle social “*pode ser entendido como a articulação, a mobilização e a interferência da sociedade civil sobre o planejamento, a execução, a avaliação e o controle das ações do Estado*”, não apenas com a finalidade de vigiar e punir, mas com o propósito do exercício democrático e de cidadania (25). Este termo, entretanto, possui duplo sentido, pois em muitos casos é utilizado para definir o controle sobre a sociedade e não controle do Estado pelos cidadãos e cidadãs. Contudo, mesmo o termo de controle do Estado pela sociedade é visto como reducionista, apresentando um deslocamento estratégico e político-ideológico de uma participação ampliada na disputa de poder, conceito proposto pelo movimento pela reforma sanitária e em projetos que o basearam, como o de Montes Claros, para um controle social mais restrito, que muitas vezes se limita ao controle e fiscalização da gestão, não contemplando um papel essencial, sobretudo das Conferências, de proposição e formulação de políticas, intervindo na tomada de decisão da Administração Pública (24).

Apresentadas as distintas conceituações, é importante considerar o contexto histórico da participação da sociedade no país. A discussão sobre participação possui um longo histórico e, segundo Valla (21), no contexto brasileiro, apesar de remontar ao menos até o século XIX, o início de uma discussão mais sistemática situa-se entre os anos 1930 e 1940, em estreita relação com o surgimento das políticas públicas. Entretanto, tradicionalmente, o modelo brasileiro de democracia, acompanhando uma tendência mundial, baseava-se na democracia representativa liberal e de baixa intensidade, cuja participação limitava-se, em geral, ao voto, o qual, inclusive, não era universal por longo tempo.

Com o processo social de resistência à ditadura e luta pela redemocratização, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 1970, foram se constituindo novos canais de participação, na denúncia ao autoritarismo do Estado e na construção de alternativas e busca por melhores condições de vida. Do ponto de vista político, os anos 1980 são construídos com a participação da sociedade pelo direito de os cidadãos tomarem parte da vida pública, tendo como grande marco a Constituição Federal de 1988 (26).

A Constituição Federal de 1988 (1), também chamada de Constituição Cidadã por trazer a garantia de direitos individuais, coletivos e sociais, entre eles o direito à saúde, traz já em seu Artigo 1º que “*Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição*”. Assim, evidencia a

complementariedade entre democracia representativa e democracia participativa, prevendo diferentes espaços e esferas de participação.

Outras formas de participação são previstas em diversas partes do corpo da carta, como no Artigo 37 (1), que prevê:

A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública (1).

Essa previsão serve de base, mesmo que às vezes de forma bastante tardia, para a instituição posterior de instâncias e mecanismos de participação, como na criação de Ouvidorias e da própria Lei de Acesso à Informação (27).

Essa perspectiva vai ao encontro da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (28), que, no entanto, se limita ao modelo representativo, declarando, em seu Artigo XXI:

- 1. Todo ser humano tem o direito de fazer parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos;*
- 2. Todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.*
- 3. A vontade do povo será a base da autoridade do governo; esta vontade será expressa em eleições periódicas e legítimas, por sufrágio universal, por voto secreto ou processo equivalente que assegure a liberdade de voto.*

A nova Constituição Federal trouxe, também, outros princípios basilares para a democratização das políticas públicas, para além da participação, como a descentralização político-administrativo associada à municipalização e a universalização do acesso às políticas públicas. Contudo, apesar do cenário otimista de projeto democrático-popular com estímulo a uma nova cidadania e à participação ativa da sociedade nos anos 1980, com a supremacia do Projeto Neoliberal no anos 1990 e os ideais de redução do papel do Estado, a hegemonia na política entra em disputa (26). Mesmo com as diversas tentativas de governos em direção às formas de democracia participativa, impulsionadas pelas vigorosas mobilizações populares, sobretudo no âmbito municipal, destaca-se a descontinuidade dos projetos, como identificado no caso, por exemplo, do Orçamento Participativo. Apontava-se assim o problema concreto da incapacidade de democracias de corte liberal incorporarem nos regimes institucionalizados e burocratizados o impulso vindo das mobilizações populares (17).

O ideal da participação remete ao conceito de cidadania, de direitos sociais, do próprio papel do Estado e da relação Estado-Sociedade. Nesse sentido, também a constituição dos sujeitos coletivos, condicionada por processos históricos, políticos, sociais, econômicos e

culturais, tem papel de relevância. O Brasil, apesar de ter alcançado nos anos 1980 a democracia política tão almejada, não deixa de conviver com uma grande desigualdade social, entre as maiores do mundo, e péssimas condições de vida para grande parte da população (18). Assim, entra em questão novamente a necessidade de se pensar um conceito de democracia social. Quão democrática pode ser uma sociedade na qual as pessoas têm gigantescas diferenças de acesso às informações, aos serviços públicos, aos direitos de cidadania e ao próprio Estado?

Contudo, mesmo em meio às disputas, foram se consolidando novos espaços públicos e se institucionalizando novos espaços participativos em direção a uma forma de cogestão entre Estado e sociedade, caracterizando uma “participação negociada” na disputa entre projetos distintos, como o Orçamento Participativo, em âmbito local (26). O Orçamento Participativo, com um novo modelo de conselheiros e delegados participando diretamente na definição e fiscalização das políticas públicas, tornou-se referência inclusive para outros países e espaços como o Fórum Social Mundial, por apontar para a materialização da complementariedade entre democracia representativa e democracia direta, formulando embriões para uma reforma democrática mais radical do Estado. Entretanto, após grande ampliação no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, sofreu um desgaste importante, consequência de diversos conflitos e tensões políticas e operacionais – como a disputa com os poderes instituídos do Executivo e Legislativo locais, clientelismo, falta de apoio e condições para a manutenção, insuficiente implementação e monitoramento – e não conseguiu se disseminar com representatividade nacional (17,26).

Também outras instâncias e mecanismos foram sendo implementados, como conselhos, conferências, ouvidorias, mesas de diálogo e negociação, consultas públicas, audiências públicas, fóruns interconselhos. Nos anos 2000, avançou-se muito na implementação desses espaços, com grande número de Conferências realizadas, Conselhos e espaços de diálogo e negociação em funcionamento e a disseminação de ouvidorias. Entretanto, outros mecanismos ainda são bastante insipientes, como as formas de participação no Legislativo, previstas na própria Constituição, como projetos de lei de iniciativa popular e plebiscitos. E mesmo nos avanços, questiona-se até que ponto foi possível realmente alterar as estruturas de poder e democratizar a relação Estado-sociedade.

Nesse sentido, a participação não deve se limitar aos espaços institucionalizados, como tem sido evidenciado cada vez mais com a atuação dos movimentos sociais e em expressões atuais, como as grandes manifestações de junho de 2013 e a ocupação das escolas

secundárias e universidades em 2016, reivindicando o direito à educação de qualidade e o não fechamento das instituições. Tatagiba (29) faz uma análise histórica comparada entre os protestos de 1984, 1992 e 2013, buscando verificar inovações e continuidades, bem como avanços e desafios da democracia atual. A autora identifica continuidades das Jornadas de Junho em relação aos ciclos anteriores, sobretudo no que tange à construção simbólica dos protestos e às performances confrontacionais, contudo com rupturas e inovações na infraestrutura e na redução do lugar dos partidos políticos e movimentos sociais tradicionais, relacionadas a uma crise de representação, mas também uma expressão da demanda por participação direta, sobretudo da juventude.

Avritzer (30) defende que os movimentos sociais se consolidam pela ampliação do político, pela transformação de práticas dominantes, pelo aumento da cidadania e pela inserção política de atores sociais excluídos, numa real democratização das relações.

Hoje, os movimentos sociais são muitos e diversos, expressando-se por meio de diferentes formas de luta, de acordo com as dificuldades para a reprodução social da vida que os atores enfrentam nos seus ambientes físico, político e cultural. E como evidenciado com as manifestações populares mais recentes, conquistas imediatas podem ser mobilizadoras, mas é necessário amadurecer os objetivos para lutar por conquistas mais abrangentes, a fim de que não se restrinjam à inclusão no sistema que está posto, mas sim para que busquem transformá-lo (18). Até porque a democracia e a participação social não estão, de fato, garantidas no sistema político e social brasileiro, como se evidencia também nos tempos recentes (31,32), com o controverso processo de *impeachment* presidencial e a suspensão da Política Nacional de Participação Social (22) pelo Legislativo, para citar alguns exemplos já mencionados.

Isso também se aplica à garantia do direito à saúde e de direitos humanos de forma geral. Conforme enfatiza Carballido (33), frente ao caráter redutor e legalista que alguns sustentam sobre os direitos humanos, sua consagração nos sistemas normativos por parte dos Estados não foi acompanhada de uma efetiva proteção na prática através do estabelecimento de mecanismos que permitam sua garantia, sobretudo quando o discurso de direitos humanos não vem associado a uma profunda transformação das relações de poder.

No campo da saúde, verifica-se também constantes embates entre as instâncias participativas, a gestão do SUS e a atividade Legislativa, como no que se refere aos modelos de gestão privatizantes e à relação público-privada, duramente criticadas em conselhos e conferências e implementadas pela gestão nas três esferas; e na questão do financiamento, que inclusive resultou em um Projeto de Lei de Iniciativa Popular, com o Movimento Saúde +10,

que coletou mais de dois milhões de assinaturas em prol de 10% da Receita Corrente Bruta para a saúde, mas foi totalmente desconsiderado no Legislativo, que aprovou uma alteração constitucional reduzindo a contribuição da gestão federal no financiamento, em 2015, e instituiu, em 2016, um teto para os gastos sociais por um período de 20 anos, com o Projeto de Emenda à Constituição (PEC) 55.

2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

No Brasil, a saúde é estabelecida constitucionalmente (Constituição Federal de 1988) como “*direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (1), por meio de um sistema universal, integral, equitativo e participativo. Esse direito é fruto de um processo de luta pela redemocratização ocorrido no país e da atuação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, movimento da sociedade civil instituído nos anos 1970 em defesa da democracia, dos direitos sociais e por um novo sistema de saúde (2,25).

Desde a sua constituição, a reforma sanitária teve caráter nitidamente contra-hegemônico, com vistas à recuperação da democracia pós-regime ditatorial, à oposição a estruturas tradicionais e arcaicas de organização e gestão da saúde, e ao atendimento a demandas sociais de saúde decorrentes da exclusão de setores significativos da população dos benefícios do crescimento econômico (34). Tiveram grande importância no Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979, além de entidades e movimentos populares, estudantis e profissionais. Também em âmbito regional, a Associação Latinoamericana de Medicina Social (Alames), em 1984, consolida a luta por democracia e pelo direito à saúde em âmbito regional.

Vale lembrar que, nos anos 1970, as questões referentes ao direito à saúde e à participação da comunidade na tomada de decisão tiveram grande relevância, sobretudo no contexto de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. A Declaração de Alma Ata, de 1978 (35), fortaleceu a entrada da pauta da participação da comunidade na arena global da política de saúde. A Declaração reforçou a saúde enquanto direito humano, apontando que as

iniquidades nas questões de saúde são politicamente, socialmente e economicamente inaceitáveis e que o cuidado em saúde de indivíduos e famílias deve ocorrer através de ampla e completa participação, num contexto de justiça social (35).

Um enfoque de direitos nas políticas públicas pressupõe a centralidade da igualdade e não discriminação como horizonte das intervenções estatais e tende a fortalecer os âmbitos públicos e democráticos de debate, de decisão e de ação, através da participação social, de uma gestão transparente, de mecanismos de reclamação e da produção e acesso à informação pública (36). Como apontado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986 (37):

[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.

Assim, o SUS consolidou-se, em meio à reforma neoliberal dos anos 1990, como uma proposta contra-hegemônica, fruto de um projeto alternativo baseado na democratização do poder político e do Estado, na universalização do acesso à saúde como direito e responsabilidade estatal e na construção de um aparato institucional e organizacional democrático e descentralizado, enfrentando diversos desafios, desde a estrutura tradicional do Estado e do próprio setor saúde até projetos políticos posteriores, de caráter conservador e de mercantilização da saúde (34).

A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS, considerada um dos requisitos fundamentais para a sua implantação e consolidação, sendo eixo central da proposta da reforma sanitária com o lema “Saúde é democracia”, relacionada a uma compreensão ampliada de democratização, com capacidade transformadora para além da expansão do direito e da reforma setorial, com vistas à construção da justiça social (25,34).

A participação social na saúde foi fortalecida e consolidada com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e regulamentada pela Lei nº 8.142/1990 (4), considerada uma complementação à Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990) (38), pois a parte referente à participação, juntamente com a pauta das transferências de recursos e financiamento, havia sido vetada pelo então Presidente Fernando Collor de Melo. A Lei 8.142 define duas instâncias colegiadas de participação da comunidade, as Conferências e os Conselhos de Saúde, que devem ser instituídas em cada uma das três esferas de governo: municipal, estadual e federal (4). Enquanto os conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, as conferências possuem a função de analisar a

situação de saúde e de formular as diretrizes para as políticas de saúde que impactam em todo o país.

Apesar de se ter como marco de referência da participação social na saúde a Lei nº 8.142/1990, as Conferências e os Conselhos de Saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo sido instituídos em 1937 e a 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorrido em 1941. Porém, somente a partir de 1986, com a 8ª Conferência, é que deixaram de ser restritas a uma cúpula da gestão federal e passaram a ter participação ampliada dos diversos segmentos (5). Também o Conselho Nacional de Saúde era um órgão consultivo do Ministério da Saúde até 1990, com seus conselheiros indicados pelo próprio governo (18).

A área da saúde é inovadora em vários aspectos normativos e práticos referentes à participação social, sendo referência para outros setores, como a Assistência Social e Direitos Humanos. A existência dos conselhos, por exemplo, é um dos requisitos para o repasse de recursos financeiros e têm apresentado importantes resultados, tanto como ator propositivo, quanto no controle da gestão, inclusive na redução da corrupção em âmbito local (39). Atualmente, todos os estados contam com conselhos de saúde e quase 100% dos municípios, existindo mais conselheiros de saúde do que vereadores em âmbito nacional.

Também as Conferências, em formato ascendente, têm mobilizado boa parte dos municípios, e mesmo o sistema informatizado de consolidação de deliberações e relatoria tem sido utilizado em outras conferências, como as de Direitos Humanos. E para além de conselhos e conferências, coexistem outras instâncias e mecanismos de participação social na saúde, como ouvidorias; consultas públicas, inclusive no formato on-line; mesas de diálogo e negociação, entre outros.

A partir do reconhecimento, pela gestão, de que a gestão participativa é uma das estratégias transversais para a consolidação do SUS, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) no âmbito do Ministério da Saúde, tendo como primeiro secretário o sanitarista e militante Sérgio Arouca, grande figura da 8ª Conferência Nacional. A SGEP foi responsável pela formulação, apenas em 2007, da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), que trouxe como componentes: a Gestão Participativa e o Controle Social no SUS; o Monitoramento e a Avaliação da Gestão; a Ouvidoria e a Auditoria (18,40).

Entretanto, o alcance real da intervenção da sociedade na tomada de decisão não se dá simplesmente pela existência ou não de mecanismos de participação, mas depende do grau de organização dos interesses representados e da legitimidade e abrangência dessa representação.

Além disso, apesar da disseminação das instâncias participativas, há ainda um desconhecimento e uma limitada participação por parte da população como um todo. Vázques et al (41), ao analisarem o nível de informação e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste, por meio de inquérito populacional, verificaram que apenas cerca de 10% da amostra afirmava conhecer as conferências de saúde, sendo a taxa de participação menor que 1%, evidenciando o desafio de se colocar em prática as conquistas estabelecidas no plano legal e apontando a debilidade das estratégias de divulgação da existência dos mecanismos, das formas de participação e dos resultados de suas atuações.

Identifica-se ainda a necessidade de maior capilaridade e democratização das instâncias participativas. As pré-conferências, os conselhos locais e as iniciativas de cogestão em cada serviço do SUS, já pensados originalmente como bases para um sistema de saúde democrático e atento às reais necessidades da população, têm se mostrado como grandes potenciais para avançar na participação social na saúde e para superar as barreiras que têm se apresentado (42–44).

Também o estímulo à participação não institucionalizada, mudanças no sistema político e democratização de outros Poderes, como o Legislativo e Judiciário, têm se mostrado essenciais. A gestão do SUS não se limita ao Executivo, tendo outros órgãos fortalecido sua atuação pela garantia do direito à saúde, como o Ministério Público. Assim, a participação da população precisa ser pensada e fortalecida em todos os âmbitos para a garantia real do direito à saúde.

2.4 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Conferências Nacionais são instâncias periódicas de debate, de formulação e de avaliação sobre temas específicos e de interesse público, com a participação de representantes do governo e da sociedade civil, para propor diretrizes e ações acerca da temática em questão (22). Entre 1941 e 2010, foram realizadas 113 Conferências Nacionais de 40 temáticas diferentes, sendo que o primeiro setor a realizar uma Conferência foi o de saúde, ainda relacionado com o de educação, no ano de 1941, seguido da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação, realizada em 1985 (45). Somente entre 2013 e 2014, cerca de outras

20 Conferências Nacionais se concretizaram. A Secretaria-Geral da Presidência da República (SG/PR) teve um importante protagonismo na intermediação nas relações entre Governo e sociedade nos anos 2000, reduzido a partir de 2015.

As Conferências nem sempre tiveram o caráter democrático e participativo atual, em especial as de saúde, que foram as únicas que ocorreram em períodos de plena ditadura militar. Durante e após o processo de redemocratização, as Conferências se multiplicaram e houve um importante avanço no que tange à participação da população na gestão e na tomada de decisão. Entretanto, essa participação ainda é limitada quando se consideram aspectos como o fato de que as Conferências se restringem às políticas sociais e não influenciam diretamente a área econômica e industrial, por exemplo. Isso fica evidente quando se percebe que as áreas que mais realizaram conferências foram a saúde, direitos humanos, direitos da criança e do adolescente, e assistência social (45). A participação da população nas políticas sociais é essencial, porém deve perpassar todas as políticas e setores.

O setor saúde, pioneiro na previsão e organização de Conferências Nacionais, instituiu-as em 1937 pela Lei nº 378 (46), ainda no âmbito do Ministério da Educação e Saúde Pública, “*destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde realizadas em todo o país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e das subvenções federais*”. Apesar de prevista a realização das Conferências a cada dois anos, foram realizadas pela 1ª vez em 1941 e não tiveram periodicidade frequente, conforme apresentado na Figura 1.

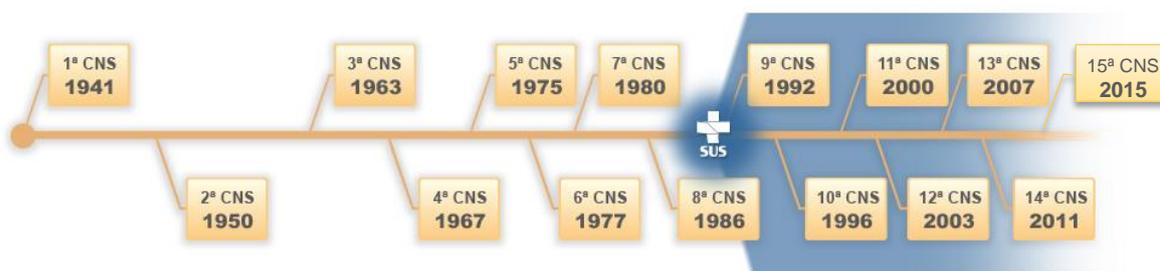


Figura 1. Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde.

Fonte: Fiocruz (adaptada) (47).

As temáticas principais das conferências também variaram, conforme apresentado a seguir (48):

1ª CNS (1941) - Situação sanitária e assistencial dos estados.

2ª CNS (1950) - Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.

3ª CNS (1963) - Descentralização na área de Saúde.

4ª CNS (1967) - Recursos humanos para as atividades em saúde.

5ª CNS (1975) - I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

6ª CNS (1977) - I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde.

7ª CNS (1980) - Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.

8ª CNS (1986) - I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial.

9ª CNS (1992) - Municipalização é o caminho.

10ª CNS (1996) I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde.

11ª CNS (2000) - Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

12ª CNS (2003) - Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.

13ª CNS (2007) - Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento

14ª CNS (2011) - Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro

15ª CNS (2015) – Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro.

A importância das Conferências Nacionais de Saúde é indiscutível para direcionamento das práticas em saúde, embora os impactos e graus de importância tenham variado (49). Escorel & Bloch (50) classificam a 1ª e a 2ª Conferências Nacionais de Saúde como o período de sanitarismo clássico, tratando de firmar um campo institucional próprio, com o projeto de Estado para a saúde ancorando-se, em grande parte, nos pontos de vista dos setores médicos. Dourado & Sanna (51) consideram, contudo, que a 1ª e a 2ª Conferências Nacionais de Saúde não tiveram grande força política, pois se constituíram num encontro técnico de administradores do Ministério da Saúde e dos estados.

A 3ª Conferência, realizada num contexto de discussão das reformas de base do Governo João Goulart, trouxe pela primeira vez a discussão da descentralização e municipalização, tornando-se uma experiência do exercício da democracia e do federalismo, inviabilizada, contudo, com o Golpe civil-militar em 1964. A 4ª, 5ª, 6ª e 7ª Conferências aconteceram no período da ditadura militar, acompanhando as decisões dos governos militares e com caráter técnico (51). O período entre a 5ª e a 7ª Conferências é classificado como de modernização conservadora e de planejamento estatal (50).

Já a 8ª Conferência Nacional de Saúde, grande momento para a construção do Sistema Único de Saúde, ocorreu no processo de redemocratização do país e reforma sanitária, iniciando uma nova forma de fazer Conferências, com a participação de usuárias e usuários do Sistema Nacional de Saúde e com pré-conferência municipais e estaduais preparatórias e com grande espírito democrático. Também teve grande articulação, tanto intersectorial (com os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Educação), quanto com outros poderes, com destaque para o Legislativo. Como resultado, instituiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária e subsidiou a Assembleia Nacional Constituinte, com a incumbência de formular a proposta para a reordenação institucional e jurídica do sistema de saúde do país, que foi a base para o capítulo da saúde instituído na Constituição Federal de 1988 (50,51). A 8ª Conferência segue sendo referência e modelo de efetividade política nas conferências posteriores.

No período pós-Constituição e já com o Sistema Único de Saúde constituído, a conjuntura política também influenciou na realização das conferências. Nos anos 1990, com o avanço neoliberal, consolidou-se um processo para dificultar o avanço da implantação do SUS, evidenciado pelo veto do Presidente Collor ao texto da participação social e do financiamento na Lei Orgânica e pelos diversos adiamentos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada apenas em 1992, apresentando forte defesa pelo cumprimento da lei e retomando a discussão da municipalização. A 10ª Conferência destacou as experiências positivas da municipalização, a demanda por avaliação e a necessidade de maior financiamento, enquanto a 11ª, realizada com diversos problemas organizativos, destacou a necessidade de efetivação do SUS (51).

A 12ª Conferência representou um novo momento. Com a eleição de um governo de esquerda, a instituição de uma Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no Ministério da Saúde e importantes alterações no Conselho Nacional de Saúde, a Conferência, prevista para 2004, foi antecipada a fim de subsidiar o planejamento e as ações da nova equipe ministerial, representando uma grande possibilidade de mudanças (52). Na 13ª, pela primeira

vez o Conselho Nacional de Saúde teve um Presidente eleito, representante dos trabalhadores, e foram bastante fortes as pautas relacionadas ao trabalho e ao modelo de desenvolvimento (53). Na 14ª Conferência, tem-se novamente um Ministro da Saúde como Presidente do Conselho Nacional, porém com uma tentativa maior de ampliação da atuação e fortalecimento da pauta dos usuários (54). Por fim, a 15ª Conferência foi realizada em um momento de grande instabilidade política, em meio a um processo de *impeachment* Presidencial e com fortalecimento de pautas relacionadas ao Legislativo. Nesse sentido, é importante destacar que a participação do Legislativo nas Conferências Nacionais de Saúde – e também nas municipais e estaduais – tem sido bastante restrita após a 8ª Conferência.

Além das quinze Conferências Nacionais de Saúde ocorridas até 2017, foram realizadas também diversas conferências temáticas, como as cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena; as quatro Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental; as três Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Recursos Humanos; as três Conferências Nacionais de Saúde Bucal; as duas Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; a Conferência Nacional de Saúde Ambiental; a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; a Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; a Conferência Nacional de Saúde de Direitos da Mulher; e a Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde.

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, as conferências propõem uma perspectiva ascendente, iniciando com etapas municipais (que podem ainda ser precedidas de Plenárias populares, Pré-Conferências, Conferências Locais ou Conferências Livres), seguidas pelas etapas estaduais, cujo consolidado subsidia a etapa nacional, tanto no que se refere às propostas – elaboração de caderno de propostas para discussão e deliberação na Conferência Nacional – quanto na eleição de delegados para a etapa nacional. Assim, municípios e estados podem realizar suas próprias conferências municipais ou estaduais de forma conjunta ou separada da etapa municipal ou estadual da Conferência Nacional de Saúde, considerando os diferentes focos: as propostas das conferências municipais e estaduais têm como foco o âmbito local, enquanto as etapas da Conferência Nacional destinam-se à elaboração de propostas de âmbito nacional.

As Conferências têm seu funcionamento definido em regimento próprio, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde antes de sua realização, devendo constar no Manual da Conferência, enquanto o regulamento é submetido à aprovação da própria conferência no seu

momento inicial (50), ou discutido e avaliado previamente via consulta pública, como ocorrido na 15ª Conferência.

Além de seu importante papel de mobilização e formação política (55), o produto das conferências gera o Relatório Final, que traz as resoluções e as moções aprovadas. Conforme apontam Guizardi et al (5), os relatórios finais são redigidos a partir do conjunto de deliberações aprovadas e são documentos-chave para difundir as deliberações para o conjunto da sociedade e para evocar suas decisões e debates no cotidiano da formulação da política, sendo de fundamental importância também na luta política cotidiana. Nas conferências, ao menos potencialmente, se abre espaço para que a participação social ocorra na formulação das políticas, antecipando-se a elas para desenhar seus princípios, diretrizes e pressupostos (5). Stédile et al complementam (49), destacando que *“nas conferências são definidos conceitos, pactuadas prioridades, assumidas responsabilidades, entre outros, mas o principal ganho não é facilmente mensurável. Trata-se da possibilidade de (re)construção conceitual e na tomada de consciência sobre o que e como precisa ser feito para melhorar a saúde no Brasil”*.

As Conferências Nacionais de Saúde têm sua importância reconhecida, além do âmbito nacional, internacionalmente, tendo sido destacadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre os exemplos de avanços na construção de processos decisórios participativos, no Relatório Mundial de Saúde de 2008 (56).

Contudo, limitações também têm sido identificadas. Ao contrário da 8ª Conferência, que teve um relatório bastante conciso e de grande efetividade política, têm-se identificado o número crescente de resoluções nas últimas conferências, o que, apesar de refletir a complexidade crescente da sociedade e dos interesses presentes nas conferências, revela possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexecutabilidade de tantas resoluções, tornando difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e as prioridades (57). Assim, colocam-se como desafios para a priorização de diretrizes para a política de saúde, conforme já mencionado na 12ª Conferência, o grande leque de abordagens; o aprofundamento das discussões; os temas polêmicos e posições divergentes, característicos do debate plural e democrático; e a limitação temporal que não permite esgotar todas as questões (52).

Os conselhos têm papel essencial na realização das conferências, desde a composição das comissões organizadoras, a elaboração de documentos orientadores e regimentos, a

definição e coordenação das atividades, até o monitoramento e a formulação de estratégias de implementação das diretrizes propostas.

A Figura 2 ilustra, num formato de modelo de análise, as inter-relações preconizadas entre Conselho, Conferência e a formulação e implementação da política de saúde pela gestão, sistematizadas por Oliveira & Teixeira (58), a partir da análise da participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia. Observa-se a perspectiva de que as demandas sociais apresentadas nas Conferências de Saúde influenciem diretamente tanto nas deliberações do conselho, quanto no processo de formulação e implementação da política de saúde.

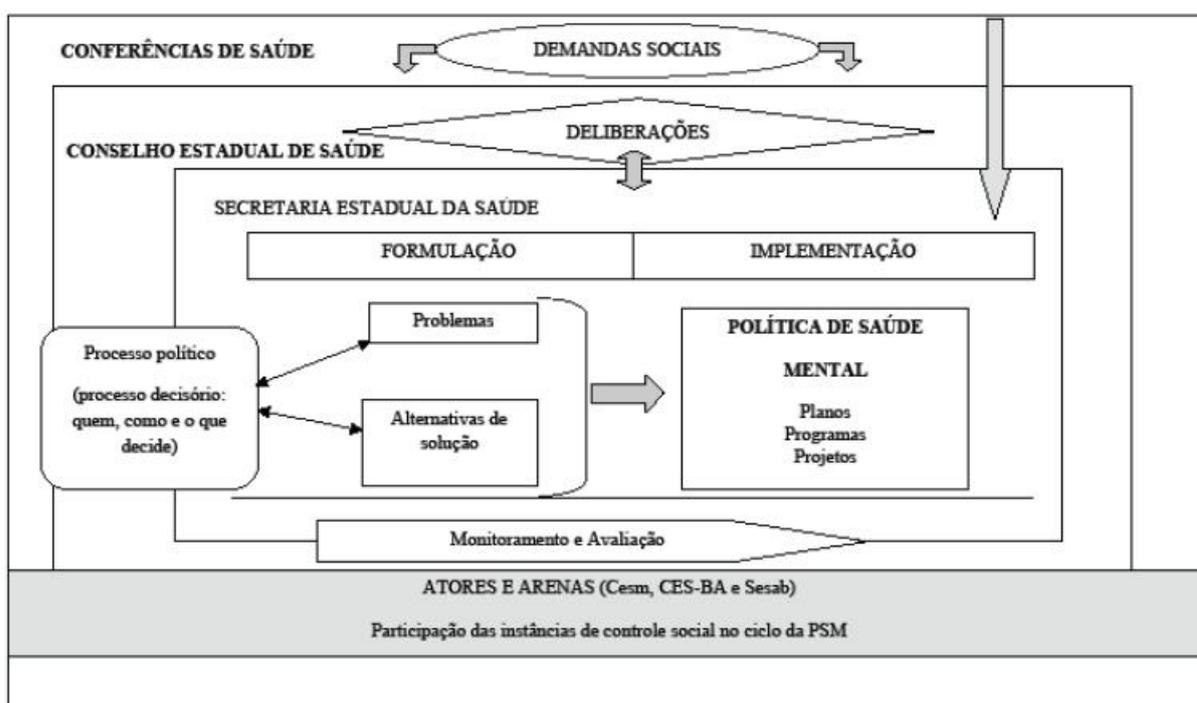


Figura 2. Modelo de análise da participação do CES-BA, das Conferências de Saúde Mental e da Sesab na Política Estadual de Saúde Mental.

CES-BA: Conselho Estadual de Saúde da Bahia; Cesm: Conferência Estadual de Saúde Mental; SESAB: Secretaria de Saúde da Bahia; PSM: Política de Saúde Mental.

Fonte: Oliveira e Teixeira (58), adaptado de Pinto e Teixeira (59).

A cada nova conferência, há mobilização e discussões em torno dos desafios e possibilidades que se abrem para o setor saúde e para a consolidação do Sistema Único de Saúde de acordo com seus princípios e diretrizes, tornando-se pauta principal de muitos editoriais e publicações de revistas científicas na área de saúde (60–73), com destaque para o processo de construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Os relatórios das conferências também têm sido importante objeto de estudo, sobretudo em pesquisas que buscam, por meio de análise documental e/ou análises de conteúdo, identificar como temáticas específicas têm sido pautadas ao longo dos anos nas conferências de saúde municipais (7,74–76), estaduais (77) e nacionais (5,49,51,78–82), em especial nestas últimas, também incluindo conferências temáticas (83–89). Ainda, estudos de caso (8,58,90) e relatos de experiência (43,91–94) têm se ampliado.

Todavia, pouco se tem estudado sobre a efetividade desses espaços de participação social (7,8) e não há investigações científicas relacionando diretamente as Conferências Nacionais de Saúde ao processo de Planejamento na gestão federal, apesar de o objetivo dessas ser a proposição de diretrizes para a Política de Saúde, explicitadas, sobretudo, no Plano Nacional de Saúde.

2.5 EFETIVIDADE

A ampliação de instâncias e mecanismos de participação social na gestão de políticas públicas no país, sobretudo nos anos 2000, bem como das críticas sobre seu funcionamento, têm evidenciado cada vez mais a necessidade de discussões e melhorias acerca da efetividade desses espaços e da implementação das decisões tomadas nessas instâncias, tanto pela crescente associação entre participação e políticas públicas, quanto pela preocupação com relação ao tema da deliberação e sua efetividade (95). Petinelli (96) aponta que os estudos sobre conferências têm sugerido quatro fatores explicativos acerca da sua efetividade, quais sejam: o contexto político; a natureza da política pública; a organização da sociedade civil e o desenho institucional da Conferência.

Efetividade é a capacidade de produzir um efeito, contudo há distintos conceitos de efetividade da participação social e diferentes formas de avaliá-la, relacionados ao entendimento sobre quais seriam os objetivos das instâncias e mecanismos participativos. Souza (97), em estudo sobre os objetivos de 68 Conferências Nacionais de distintos setores realizadas entre 2003 e 2010, identificou que a finalidade propositiva, da formulação de propostas para políticas públicas, é a mais recorrente. Ademais, as conferências também se propuseram a agendar temas (com concentração na disseminação de ideias e visões para a construção de agendas e troca de experiências e fortalecimento de redes), diagnosticar

situações ou analisar a implementação de políticas e fortalecer a participação na gestão de políticas públicas (97). Existem ainda resultados não esperados dos processos. As finalidades apresentadas tem forte relação com o ciclo de políticas públicas, composto pelas fases, muitas vezes simultâneas, de identificação do problema, formação de agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção (98).

Como aponta Wampler (99), é extremamente difícil estabelecer uma ligação clara entre a tomada de decisão nas instâncias participativas e as mudanças nas políticas públicas, sobretudo no caso dos conselhos e conferências, que não possuem regras institucionais que liguem diretamente o voto dos cidadãos em projetos específicos à sua eventual implementação, como ocorre no caso do Orçamento Participativo. Assim, a influência das conferências sobre as decisões políticas muitas vezes é indireta.

Petinelli (96), buscando avaliar a efetividade de três Conferências Nacionais setoriais, analisou o efeito das recomendações aprovadas sobre as políticas públicas posteriormente formuladas pelo Governo Federal, utilizando, como material de análise os planos de ação elaborados após essas conferências, contendo os programas, as ações e as metas.

Neste estudo, focou-se também a análise de efetividade na finalidade propositiva das Conferências Nacionais de Saúde, buscando identificar sua influência na formulação de propostas para a política de saúde. As propostas e diretrizes de cada nova gestão são evidenciadas nos instrumentos de planejamento, estando os Planos Nacionais de Saúde correlacionados aos Planos Plurianuais, elaborados no primeiro ano de gestão para período quadrienal, sendo, portanto, instrumentos privilegiados para a análise no caso da saúde.

Apesar de a avaliação da situação de saúde ser o outro objetivo explicitado das Conferências Nacionais de Saúde, é difícil analisar sua ocorrência, seja por ausência de registro nos relatórios, seja pelo formato não estruturado de realização de avaliação nas próprias conferências.

2.6 PLANEJAMENTO NA SAÚDE

De acordo com Matus (100), planejamento é tentar submeter à própria vontade o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, os quais determinam uma direção e uma velocidade à mudança que inevitavelmente experimenta um país. É o cálculo situacional

sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação. “*Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for*” (100).

Assim, o planejamento possui papel vital para direcionar as ações em busca do resultado previamente escolhido. Dessa forma, não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si. Sem planejamento, os serviços públicos funcionam de forma desarticulada, de acordo com as ideias de cada dirigente ou colaborador. Por isso, desde a criação do SUS, têm-se dispendido esforços para a discussão e institucionalização do planejamento (101).

Machado et al (102) dividem a trajetória do planejamento estatal no Brasil em seis momentos: (a) 1889 a 1929 – as origens do planejamento; (b) 1930-1945 – estruturação das bases para o planejamento; (c) 1950-1963 – planejamento desenvolvimentista, com destaque para as áreas econômica e de infraestrutura e para a criação do cargo de Ministro Extraordinário de Planejamento; (d) 1964-1979 – planejamento autoritário, associado às ideias de segurança nacional e do intervencionismo estatal; (e) 1980-1994 – crise do planejamento, relacionada à crise do Estado e às reformas neoliberais; e (f) 1995-2002 – planejamento gerencialista, com implantação do Planos Plurianuais propostos pela Constituição, cuja primeira elaboração se deu em 1991. Ainda que o governo Lula não tenha trazido rupturas radicais no modelo de atuação do Estado, é possível identificar elementos de mudança, com expressão no planejamento, como a definição de uma agenda estratégica, com mais de duzentas iniciativas prioritárias identificadas pelos ministérios e 45 metas prioritárias selecionadas pela alta direção de governo, e o projeto “Brasil em 3 Tempos” (2007, 2015, 2022) que, além de incluir análise situacional, construção de cenários, busca de soluções estratégicas e monitoramento, procurava valorizar o plano como processo e a pactuação nacional (102).

As origens do planejamento estatal se relacionam à expansão das funções do Estado na defesa e na economia, com intervencionismo estatal por meio do planejamento e da produção direta de serviços. Na América Latina, o debate e as experiências de planejamento nacional estiveram associados à questão do desenvolvimento, porém os avanços do planejamento nem sempre coincidiram com mudanças estruturais (102).

Na década de 1960, incorporou-se na região o planejamento normativo como modelo de planejamento para a saúde difundido pelo Cendes/Opas (Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela/Organização Pan-americana de

Saúde), numa transposição rígida do planejamento econômico normativo, que visa à otimização dos ganhos econômicos e à diminuição dos custos da atenção, na linha da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Baseado no diagnóstico, na seleção de prioridades e na proposição de uma nova organização dos recursos, apresenta uma proposta tecnocrática, onde o planejador, “detentor de plenos poderes”, referenciado em seus conhecimentos técnicos “neutros”, faz o plano e estabelece prioridades, supondo uma situação de consenso ou quase consenso.

Contudo, por desconsiderar fatores essenciais, em especial o fator “política”, os conflitos e diferentes interesses, após anos de difusão, já no final dos 1960, observou-se um importante descontentamento dos planejadores com o método, sobretudo porque políticos e administradores não seguiam os planos elaborados, pouco úteis para a intervenção em realidades complexas e variáveis. No entanto, apesar de o método não ser mais utilizado como um todo, alguns de seus componentes ainda permanecem, como a eleição de prioridades baseada nos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, assumindo-se, assim, ainda uma visão tecnocrática da programação de saúde, sobretudo em modelos centralizadores (103).

O planejamento estratégico veio como uma contraposição às críticas ao planejamento normativo e restrito às tecnoburocracias, e, especialmente na saúde, teve como duas grandes referências no Brasil e na América Latina Carlos Matus, ex-ministro do governo de Allende no Chile e criador da corrente do planejamento situacional (100), e Mario Testa, sanitário argentino, representante do denominado pensamento estratégico em saúde (104). Os autores tanto desenvolveram aspectos teórico-conceituais do planejamento, quanto aspectos mais operacionais, como no diagnóstico de saúde proposto por Testa e no conteúdo dos momentos do planejamento situacional de Matus (105).

Apesar de ambos apontarem para o papel estratégico do planejamento, Carlos Matus tem como centro do processo de planejamento o governo (planeja quem governa), enquanto Testa tem a sociedade como ator privilegiado, fazendo a discussão sobre o poder, sempre em disputa (103). Neste estudo, optou-se por conferir centralidade para o Ministério da Saúde no processo de planejamento, mas também para a influência na sociedade, por meio das Conferências Nacionais de Saúde.

Giovanella (103) aponta que o político passa a ser incorporado ao planejamento não mais como um fator, mas como seu objeto, sendo a trajetória desenhada flexível e sujeita a revisões baseadas nas circunstâncias e no conhecimento da realidade. Para Matus, o

planejamento situacional se constituiu de quatro momentos simultâneos e em constante processo: o momento explicativo, de diagnóstico; o momento normativo, do “deve-ser”; o momento estratégico, de análise e construção da viabilidade política; e o momento tático-operacional, de tomada de decisão e realização da ação concreta. Já Testa pensa o problema do poder como central no planejamento da saúde e em como deslocá-lo em favor dos grupos subordinados, fazendo os diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico, para, a partir daí, formular propostas programático-estratégicas (103,105).

Atualmente, no âmbito administrativo do SUS, há alguns instrumentos previstos que devem ser utilizados no âmbito federal, para o planejamento da gestão: o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Além disso, tem-se, em âmbito geral do governo, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PPA não é um instrumento específico da área da saúde, mas contém esse eixo, uma vez que traz diretrizes, objetivos e metas para as diferentes políticas públicas governamentais. O PPA é uma prerrogativa do Poder Executivo com previsão no Artigo 165 da Constituição Federal, assim como a LDO e a LOA (1), aos quais devem se submeter todos os órgãos da administração pública, deflagrando processo de planejamento para sua realização, em consonância com os recursos financeiros (101).

A elaboração do PPA se dá no primeiro ano de governo para embasar a ação pública nos quatro anos seguintes (sendo três da gestão que o propôs e o primeiro ano da gestão seguinte, com o objetivo de garantir certa continuidade das atividades), buscando aproximar o planejamento de médio prazo ao orçamento federal. Para isso, apresenta a visão de futuro para o país, os macrodesafios e os valores que guiarão o comportamento para o conjunto da Administração Pública Federal, a partir de metas estabelecidas e de arranjos para a implementação. Apesar de não ter caráter impositivo, podendo ser ajustado de acordo com a necessidade, o PPA serve de referência para a atuação governamental, sendo construído coletivamente de acordo com o plano de governo (106). Nos últimos dois Planos, avançou-se na tentativa de elaboração de um PPA participativo e do monitoramento participativo.

Da mesma forma, o Plano Nacional de Saúde (PNS) é elaborado no início do primeiro ano de gestão, no prazo do PPA, passando a valer a partir ano seguinte. O PNS é discutido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, que, de acordo com a Lei Orgânica do SUS, é quem deve estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços (38). Destaca-se que os planos

de saúde devem ser a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento tem previsão na respectiva proposta orçamentária. O PNS faz uma análise prévia da situação de saúde, seguida do objetivo e das diretrizes e metas a serem alcançadas no período de quatro anos. Apesar de ser previsto já nas Leis Orgânicas da Saúde de 1990, o primeiro PNS só foi elaborado em 2004.

Além dos instrumentos plurianuais, há também os instrumentos de planejamento anuais, que, no caso específico da saúde, são a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (juntamente com o PNS, formam os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS), e, no âmbito geral do executivo, a LDO e a LOA.

Nesse sentido, tem-se buscado, cada vez mais, articular os instrumentos de planejamento e gestão do Ministério da Saúde com os demais instrumentos de planejamento da gestão federal e das outras esferas. Em 2006, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), em um momento de reformas institucionais com o Pacto pela Saúde, redefinindo responsabilidade de cada gestor. O PlanejaSUS apresenta como objetivos a pactuação de diretrizes gerais para o planejamento no SUS; a formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos; a implementação e difusão da cultura de planejamento nas três esferas; a integração do processo de planejamento e orçamento; e o monitoramento e avaliação do planejamento, bem como das ações implementadas e dos resultados alcançados (107).

Adicionalmente, em 2011, o Ministério da Saúde elaborou seu primeiro Planejamento Estratégico, visando a compatibilizar o cerne dos instrumentos de planejamento que estavam sendo finalizados e dos instrumentos em elaboração (PPA, PNS, Agenda Estratégica e Programação Anual de Saúde), para o período de 2011-2015 (108). Observa-se uma forte influência do Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus, na elaboração do documento.

No entanto, Vieira (101) aponta que, apesar dos avanços e iniciativas voltadas à organização e à integração do planejamento do SUS, com unicidade nas três esferas de governo, ainda há importantes obstáculos e vazios, como a não concretização do planejamento ascendente e a desarticulação entre diretrizes, objetivos e metas definidas em cada esfera. Apesar do modelo particular de descentralização do SUS, com representação dos principais atores subnacionais no processo decisório, sobretudo por meio das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT), bem como do Conselho Nacional de Saúde, há ainda uma concentração de autoridade no governo federal, sobretudo pela concentração de

recursos, tornando-o o ator mais poderoso no processo de implementação do sistema, o que gera constantes conflitos e tensões (109).

Além disso, o planejamento ainda é tratado como assunto de um setor específico, com escasso envolvimento dos profissionais de saúde, que seriam responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostos. Assim, o planejamento é visto mais como o cumprimento de uma exigência legal e o plano constitui-se apenas de um conjunto de intenções que figuram em um documento, mas que não levam a resultados práticos (101).

As figuras 3 e 4 apresentam a interligação necessária entre os instrumentos de planejamento e orçamento público da gestão federal e do SUS, numa perspectiva ascendente, enquanto a figura 5 ilustra as inter-relações necessárias com as instâncias de participação social, exemplificando esta relação no âmbito municipal.

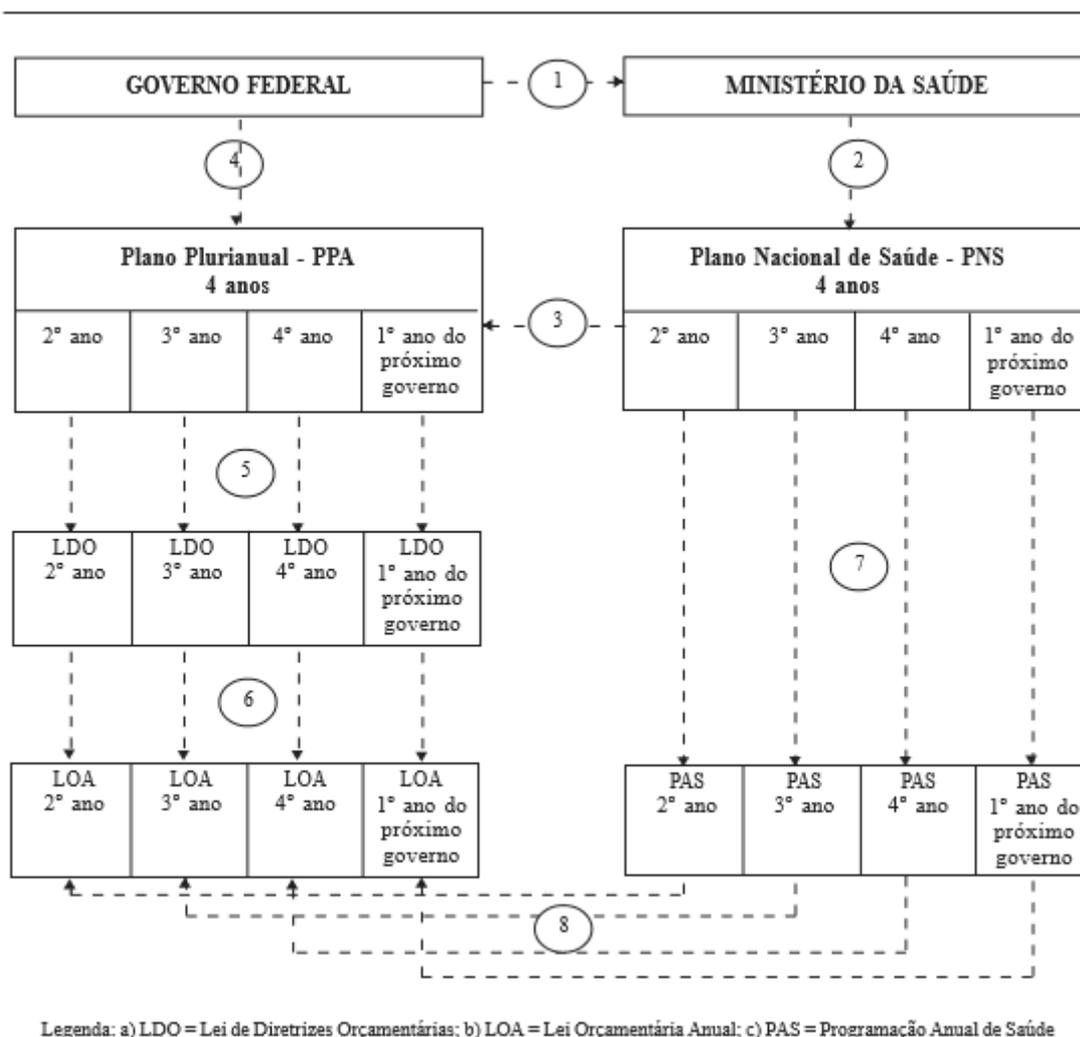


Figura 3. Interligação necessária entre os instrumentos de planejamento e orçamento da gestão pública e instrumentos de gestão do SUS no âmbito da União.

Fonte: Vieira (101)

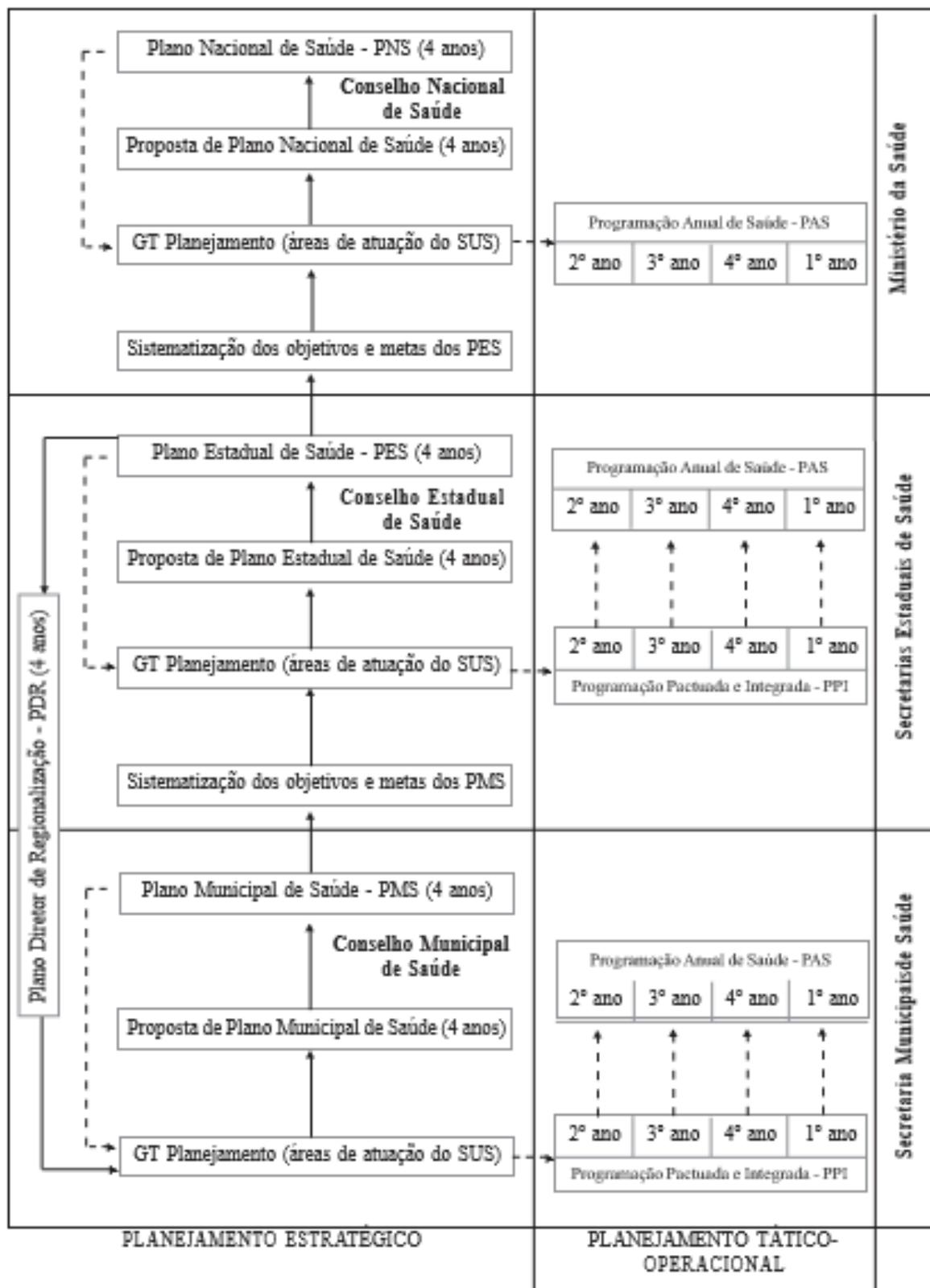


Figura 4. Planejamento ascendente e a relação entre os instrumentos de gestão do SUS.
Fonte: Vieira (101)

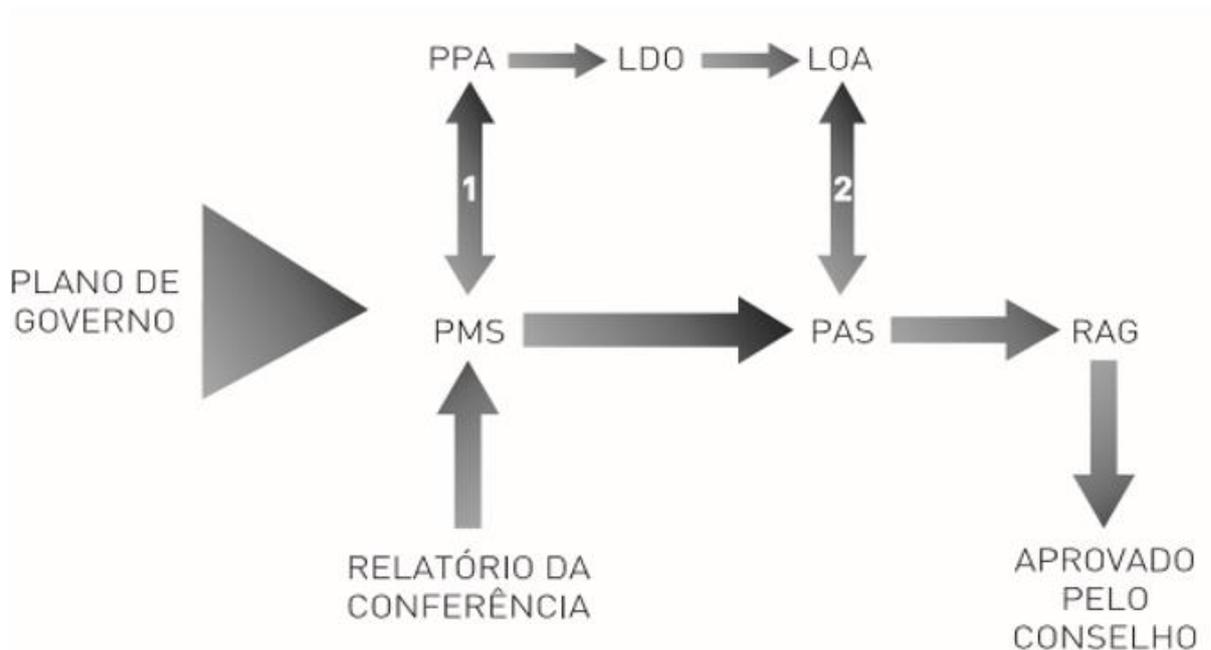


Figura 5: Fluxograma demonstrativo da integração entre instrumentos de gestão, legislação vigente e as respectivas instâncias colegiadas – Conferência e Conselho.

PPA: Plano Plurianual; LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias; LOA: Lei Orçamentária Anual; PMS: Plano Municipal de Saúde; PAS: Programação Anual de Saúde; RAG: Relatório Anual de Gestão.

Fonte: Conasems (2008) (110)

No entanto, as conferências, muitas vezes, têm limitada influência no processo de planejamento e, mesmo quando constam deliberações das conferências no instrumento de planejamento, não necessariamente são colocadas em prática, já que muitos planos são mais figurativos do que definidores de um real direcionamento da política de saúde. Como apontado por Testa, o processo de planejamento envolve dimensões para além do administrativo e organizativo, envolvendo questões estratégicas, necessariamente relacionadas ao poder, e ideológicas (105). Para o autor, o poder da sociedade localiza-se nas organizações, as quais abrangem dois aspectos: o institucional ou da consolidação burocrática e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, sendo que, no caso da saúde, os tipos principais de poder manipulados são de caráter técnico, administrativo e político (105).

Na direção das conferências influenciarem os processos de planejamentos, ao relatar uma experiência de conferência municipal, Tofani & Carpintéro (2012) apontam como aspectos positivos: a utilização dos eixos de instrumentos de planejamento como eixos das discussões das conferências, a fim de subsidiar o Plano Municipal de Saúde e favorecer a compreensão sobre o funcionamento do sistema; a priorização coletiva das necessidades de

saúde e das propostas das conferências; e a transformação do Relatório Final em instrumento político (92). Müller et al (2014) propõem ainda que seria desejável alguma norma que obrigasse a prestação de contas no início de cada conferência de saúde, por parte dos gestores e dos conselhos, a respeito das respectivas medidas tomadas para o cumprimento das deliberações anteriores (6).

Assim, evidencia-se a necessidade de identificar outras formas para garantir uma real influência das instâncias participativas nos processos de tomada de decisão e de planejamento na gestão do SUS. E, como apontado por Facchini et al (111), pode-se considerar que formular políticas é inovação e que a sua implantação se assemelha ao processo de difusão de inovações.

Para além das instâncias participativas e do planejamento, e contemplando-as, Pires (64) identifica quatro vetores que se entrelaçam na constituição do ambiente político-institucional brasileiro, criando complexidades e desafios para a gestão e implementação de políticas públicas: a construção da governabilidade em um regime presidencialista multipartidário, com volumes crescentes de recursos com valor de troca por apoio político no Congresso e governos subnacionais; a descentralização político-administrativa, com limitada articulação entre os entes; um conjunto variado de atores formalmente empoderados para o controle da atividade estatal e a garantia de direitos; e a incorporação crescente de formas institucionais de participação social nos processos de formulação e controle de políticas públicas, que criam oportunidades, mas podem ampliar divergências, tensões e conflitos.

A tomada de decisão e o planejamento da gestão do SUS devem ser pautados pelos processos participativos que envolvem diferentes segmentos sociais, para que se concretize uma real gestão participativa no sistema e para que a política de saúde atenda às reais necessidades da população. E, nas análises desses processos, é sempre importante considerar que, muitas vezes, também outros aspectos, como acima mencionados, podem influenciar tanto ou mais a definição, gestão e implementação das políticas públicas, gerando tensões e desafios a serem trabalhados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os avanços, desafios e a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde e entender como elas têm influenciado os Planos Nacionais de Saúde, considerando o período da 12ª à 15ª Conferências.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os resultados das quatro últimas Conferências Nacionais de Saúde de forma comparada aos Planos Nacionais de Saúde do mesmo período, a fim de identificar convergências, divergências e potencialidades;
- Descrever o funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde e verificar e sistematizar experiências de conferências de saúde apresentadas na literatura brasileira, que abordem avanços, desafios e sugestões para sua qualificação;
- Compreender como os atores-chave na organização e realização das Conferências Nacionais de Saúde percebem o papel das conferências, seus avanços, limitações, resultados, efetividade e influência nos processos de planejamento do Ministério da Saúde e no Legislativo Federal.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho histórico, descritivo e exploratório a partir de revisão de literatura, análise lexical e documental dos Relatórios das quatro últimas Conferências Nacionais de Saúde (12^a à 15^a) e dos Planos Nacionais de Saúde do mesmo período, além da realização de entrevistas com atores-chave, estudadas a partir da Análise de Conteúdo.

Conforme Minayo (112), a pesquisa qualitativa aborda o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes – partes da realidade social –, já que o ser humano se distingue, além do agir, por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada. A pesquisa foi dividida em três etapas: fase exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental.

O estudo considerou o período da 12^a à 15^a Conferências Nacionais de Saúde, uma vez que apenas a partir da 12^a Conferência o Ministério da Saúde passou a realizar um planejamento plurianual estruturado no formato de Plano Nacional de Saúde e foram realizadas mudanças no funcionamento dos conselhos e conferências. E para subsidiar as análises das conferências, bem como para se conhecer o estado da arte desse processo democrático, realizou-se uma detalhada revisão bibliográfica, especialmente para se identificar os avanços, limitações e desafios das experiências brasileiras.

4.2 ANÁLISE LEXICAL E ANÁLISE DOCUMENTAL DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS E DOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

A pesquisa documental é um método de investigação da realidade social, na qual textos já existentes são considerados como dados de pesquisa. Assemelha-se à pesquisa bibliográfica, porém, na pesquisa documental, busca-se informações em documentos que não

receberam nenhum tratamento científico – como relatórios, documentos oficiais, notícias –, caracterizando-se como dados originais de fontes primárias (113).

Para que se pudesse fazer uma análise mais aprofundada do impacto das Conferências no planejamento do Ministério da Saúde a partir de um instrumento mais consolidado e referência principal para a política de saúde – o Plano Nacional de Saúde –, realizou-se uma análise comparada dos Planos com os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde ocorridas nas gestões correspondentes. Para isso, foram utilizadas a primeira edição de cada Plano Nacional de Saúde e o Relatório Final das Conferências, ou, na ausência deste (caso da 15ª), a publicação das diretrizes e propostas aprovadas na Conferência e publicadas no Diário Oficial da União.

Após o levantamento dos materiais em formato eletrônico, inicialmente foi realizada uma primeira leitura do material, buscando extrair características gerais e os principais elementos de cada um deles. Em seguida, realizou-se uma análise textual geral baseada em análise lexical dos Planos Nacionais de Saúde e relatórios finais, com o auxílio do programa Iramuteq, software livre e com fonte aberta, ancorado no software R e na linguagem Python, que possibilita a realização de análises estatísticas que revelam ligações e outras características textuais, apresentando indicadores e visualizações intuitivas sobre a estrutura do texto (114).

Para o uso do programa, foi realizada anteriormente a preparação do material, com padronização de uso de termos e siglas, exclusão de símbolos textuais e seleção apenas dos conteúdos das resoluções/propostas das conferências e diretrizes, objetivos e metas dos Planos Nacionais. Então, foram realizadas as análises, a partir das quais foram identificados termos-chave relevantes por eixo do relatório ou plano, por meio da análise Estatística e identificação de termos mais frequentes; e da inter-relação entre os termos mais frequentes e seu contexto, através da análise de similitude. Os *outputs* da análise estatística foram em formato de tabelas no Excel e da análise de similitude em formato de imagem (PNG). Devido ao grande número (150 tabelas/imagens referentes aos 75 eixos), não foram apresentados os *outputs* na íntegra, mas sim quadros (com os termos mais frequentes da análise estatística apresentados como termos-chave) e descrição dos eixos (com os resultados da análise de similitude quanto às inter-relações).

Na sequência, uma análise documental mais aprofundada dos planos e relatórios de forma individual e comparada foi realizada, a fim de checar essas inter-relações e extrair outros pontos centrais dos debates das conferências e dos direcionamentos dos planos. Com o

auxílio do Programa Excel, foram listadas todas as resoluções e propostas das Conferências e os objetivos e metas dos Planos. Baseada nos termos-chave, foi realizada leitura individual de todas as propostas, com identificação de palavras-chave e análise do teor dos verbos de ação. Em seguida, as propostas foram sendo agrupadas de acordo com a temática. Na interpretação dos dados, foram feitas análises comparadas das propostas dentro de cada eixo, de cada conferência, e depois entre as conferências e os Planos Nacionais de Saúde relacionados.

Além disso, efetuou-se um levantamento das principais menções ao processo de planejamento feitas nos relatórios finais, bem como referências às Conferências nos Planos Nacionais de Saúde. Também se verificou como o papel e os encaminhamentos das próprias conferências para a gestão eram pautados nos Relatórios Finais. A análise documental foi utilizada nos artigos 1 e 2 e subsidiou a elaboração do artigo 6.

4.3 METODOLOGIA PARA A REVISÃO DE LITERATURA

Na realização da revisão de literatura, inicialmente, realizou-se uma busca estruturada preliminar de literatura, entre 1986 e 2016, a partir da qual verificou-se que os estudos científicos referentes às conferências de saúde eram predominantemente qualitativos, com distintos objetivos e metodologias. Assim, optou-se pela sistematização e análise do tipo metassíntese, metodologia emergente nas ciências da saúde que possibilita sintetizar resultados e generalizar o conhecimento a partir da evidência científica de estudos qualitativos primários.

Diante do grande acúmulo de informação publicada, muitas vezes de forma dispersa, a metassíntese qualitativa apresenta-se como uma possível resposta – consideradas as limitações teóricas e metodológicas – às preocupações sobre a relevância e utilização da pesquisa qualitativa. Por meio de um complexo exercício de interpretação, a metassíntese busca preservar a integridade de cada estudo, porém favorecendo generalizações, necessárias tanto para a prática clínica, quanto para a formulação de políticas públicas de saúde (115,116).

Dessa forma, foram seguidas as seguintes etapas: 1) Identificação do interesse intelectual e objetivo da pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e coleta sistemática da amostra de estudos; 3) Leitura analítica e organização dos artigos selecionados; 4) Justaposição dos resultados e identificação do relacionamento entre os estudos; 5) Elaboração

de novas afirmações a partir do conjunto dos resultados; 6) Elaboração de uma nova explicação equivalente aos estudos pesquisados (116).

Assim, a partir da pergunta de pesquisa, foram realizadas buscas em português, inglês e espanhol na base de dados da Biblioteca Regional de Medicina / Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS/OMS), por meio do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui a produção do Lilacs e Scielo; e na base da Pubmed, apenas em inglês. O termo “conferências de saúde” consta na relação de Descritores em Ciências da Saúde (DecS), contudo, para ampliar a busca, utilizou-se também termos variantes: “conferência de saúde”; “conferência(s) nacional(is) de saúde”; “conferência(s) estadual(is) de saúde”; “conferência(s) municipal(is) de saúde”; “conferência(s) regional(is) de saúde”; “conferência(s) local(is) de saúde”. Também foram utilizados buscadores específicos de conferências temáticas não contempladas nos anteriores, a citar: “Conferências de Recursos Humanos na Saúde” / “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”; “Ciência e Tecnologia em Saúde / “Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”; “Medicamentos e Assistência Farmacêutica”.

Os buscadores traduzidos para o espanhol e inglês foram acrescentados de “AND Brasil/Brazil” e os filtros utilizados no Portal BVS foram: Tipo de documento “Artigo” e Línguas “Portuguesa, Inglesa e Espanhola”. Buscou-se as palavras-chave no título, resumo e assunto. As buscas foram realizadas entre outubro de 2016 e janeiro de 2017. Além disso, foram verificadas as referências dos estudos selecionados para identificação de outros artigos que atendessem aos critérios deste estudo.

Os critérios de inclusão foram: artigo publicado entre 1986 e 2016 em revista científica; estudo de conferências de saúde brasileiras, inclusive conferências temáticas de saúde; publicação em português, inglês ou espanhol; estudos qualitativos primários. Os critérios de exclusão foram os seguintes: outros tipos de publicação (editoriais, entrevistas, notícias, debates, notas de conjuntura, dossiê, narrativas, transcrição de palestra, resumo de eventos, livros, relatórios e outros documentos); artigo não localizado na versão completa; artigo referente a outro país; outra temática; apenas citação das conferências ou utilização destas somente como local de outros estudos ou motivação para realização de estudos; e outras metodologias.

Apesar da relevância dos estudos de análise documental feitos a partir dos relatórios das conferências, neste estudo optou-se por focar nos estudos originais de campo, uma vez que estes apresentam mais elementos sobre o formato das conferências em si e não sobre uma

temática específica abordada nas discussões e deliberações das conferências. Assim, foram excluídos estudos exclusivamente de análise documental, bem como artigos de revisão de literatura e ensaios teóricos.

A partir da literatura encontrada, foi realizada a leitura dos resumos e, quando necessário, do texto integral, para a seleção dos artigos que atendiam aos critérios. Os estudos selecionados (n=15) foram lidos na íntegra e classificados nas categorias: ano de publicação, revista, esfera, conferências analisadas, objetivo, metodologia utilizada e resultados apresentados, sintetizados em avanços, limitações e recomendações, de acordo com eixos (papel; divulgação e mobilização; participação; organização e realização; e resultados e encaminhamentos). Os dados foram apresentados de forma descritiva e analítica no Artigo 3, buscando sintetizar o conhecimento produzido sobre o tema, subsidiaram a elaboração do Artigo 6 e as análises e discussões dos demais artigos.

4.4 ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE

Os sujeitos da pesquisa foram atores-chave no momento da realização das Conferências Nacionais: Ministros da Saúde ou, na sua recusa ou impossibilidade, Secretários-Executivos do Ministério (G); Coordenadores-Gerais ou Adjuntos das Conferências (C); e Relatores Gerais (R), buscando-se obter representação dos segmentos de gestores, usuários, trabalhadores de saúde e acadêmicos, sendo um entrevistado por cargo em cada conferência.

O estudo contou com 11 sujeitos entrevistados (dois ex-Ministros, dois ex-Secretários-Executivos do Ministério, quatro coordenadores/as das conferências e quatro relatores-gerais), sendo que um dos sujeitos ocupou dois cargos no período de análise. A maioria dos sujeitos eram do sexo masculino (n=9), sendo que as mulheres (n=2) ocuparam apenas cargos de coordenação das conferências. Quase todos os entrevistados eram profissionais de saúde de formação (n=10), sendo a maioria médicos (n=7) e, no momento de realização das entrevistas, a maior parte dos sujeitos estava vinculada a instituições de ensino e pesquisa (n=7) e nenhum trabalhava no Ministério da Saúde. A maioria dos participantes havia participado de todas ou quase todas as Conferências Nacionais de Saúde desde a 8ª (n=10), com apenas um deles tendo participado de somente uma. Todos possuíam experiência prévia nos serviços de saúde

e/ou gestão, sendo que a metade deles (n=6) atuou diretamente no Ministério da Saúde, e a maior parte relatou experiências anteriores em outros espaços de participação social, como conselhos de saúde e movimento estudantil.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial, ou, na sua impossibilidade, via videoconferência (Skype), baseadas em roteiro semiestruturado, com a pesquisa de campo realizada entre junho de 2016 e abril de 2017. As entrevistas tinham duração média de uma hora, sendo gravadas com auxílio do Gravador de Voz Digital Sony ICD-PX 240 e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, com auxílio do programa InqScribe. Após a realização das transcrições, foi apresentada uma devolutiva individual preliminar aos sujeitos.

Minayo (117) destaca que a entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo, tanto no sentido amplo de comunicação verbal, quanto no restrito de coleta de informações sobre determinado campo científico. E o formato semiestruturado, que pode combinar perguntas fechadas e abertas, permite ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Assim, visa evitar a rigidez dos questionários, a fim de apreender a percepção dos sujeitos.

As questões buscaram compreender as percepções dos sujeitos sobre o papel das Conferências Nacionais de Saúde, avanços e desafios, contextos de realização, resultados, efetividade e influência nos processos de planejamento do Ministério da Saúde e na relação com o Legislativo.

Foi realizada Análise de Conteúdo qualitativa temática das entrevistas baseada em Bardin. Designa-se sob o termo de Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com o objetivo de obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens. As fases da Análise de Conteúdo são as seguintes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (118).

A análise partiu de recortes de ordem semânticas, por tema, relacionados às perguntas das entrevistas. Conforme Bardin (118) “*O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura*”, sendo geralmente utilizado como unidade de registro na análise de entrevistas e estudos de opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências. E complementa:

“Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem

significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O objeto ou referente são temas-eixo, em redor dos quais o discurso se organiza. Neste caso, recorta-se o texto em função destes temas-eixos, agrupando-se à sua volta tudo o que o locutor exprime a seu respeito. A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro, por exemplo, o parágrafo para o tema” (118).

Os temas-eixos, definidos *a priori* e utilizados no processo de análise de conteúdo temática, foram: papel das conferências, avanços, limitações, sugestões, contextos de realização, resultados, efetividade, monitoramento, relação com o planejamento e com o Legislativo. Dentro de cada tema-eixo, buscou-se realizar uma subcategorização, identificando as principais temáticas abordadas dentro de cada questão central, num processo de categorização *a posteriori*, partindo-se dos elementos particulares e reagrupando-os progressivamente, por aproximação de elementos contíguos.

Foram selecionados trechos das falas para ilustrar os temas e, para facilitar a leitura e compreensão, foram excluídas expressões da oralidade e vícios de linguagem. Toda a análise dos dados foi complementada com base na literatura, buscando também diminuir a subjetividade nas interpretações e nas análises, sem desconsiderar a subjetividade dos sujeitos e dos discursos. A metodologia foi utilizada na elaboração dos artigos 2, 4 e 5.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob os Pareceres nº 1.311.854 e 1.785.907 (Complementação). Todos os entrevistados leram e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Autorização de Uso de Som de Voz para fins de Pesquisa.

Devido ao caráter do estudo, não foi possível garantir o total anonimato dos sujeitos, uma vez que estes ocuparam cargos únicos na gestão do SUS ou na realização das

Conferências, conforme informado no Termo de Consentimento. Para minimizar os efeitos, as falas dos sujeitos foram identificadas por siglas enumeradas de acordo com a ordem de realização das entrevistas e não das conferências, sem qualquer menção aos nomes, e as análises foram baseadas na gestão e não nos gestores. Além disso, foi realizada uma devolutiva prévia individual para cada sujeito a partir de suas entrevistas transcritas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social, assim como o direito à saúde, não são aspectos de todo garantidos, mas encontram-se em permanente disputa. A Constituição Federal e os anos subsequentes à sua promulgação não garantiram completa transformação na estrutura social do país, sobretudo no que se refere ao enfrentamento às iniquidades, o que também se reflete nos espaços de poder. Porém verifica-se que a construção coletiva, com participação popular e o envolvimento de distintos atores e atrizes envolvidos no processo, tem favorecido avanços em meio a essas disputas. Todavia, há que se transformar as práticas apontadas como barreiras e limitações das conferências, para que não se reproduza modelos de participação meramente validatórios das decisões tomadas pela gestão ou que reproduzam a exclusão e a centralização de poder em grupos privilegiados.

Apesar de se identificar um certo consenso sobre a importância ou o potencial dessa instância participativa para a democratização da gestão, tendo como símbolo de efetividade a 8ª Conferência, tanto neste estudo, quanto na literatura científica, identificou-se que as Conferências não têm sido estratégicas em alguns aspectos, pois muitas vezes falta continuidade, falta reflexão sobre a própria gestão do sistema e falta monitoramento e avaliação. Um dos aspectos limitantes do efetivo papel das Conferências Nacionais de Saúde foi a questão da temporalidade. Realizar a Conferência depois da elaboração dos instrumentos de planejamento dificulta a concretização do principal seu objetivo, que é apontar as diretrizes para a Política de Saúde. Além disso, também é essencial rever os processos de elaborações das resoluções e de identificação de prioridades.

Isso não significa que a Conferência não tenha potência e que não pautar a gestão do SUS, mas sim que essa instância precisa ser reavaliada a fim de garantir maior efetividade e fortalecimento dos processos participativos no SUS e em outras políticas públicas, com a população e trabalhadoras e trabalhadores empoderados, pautando e construindo coletivamente com a gestão os rumos para a garantia do direito à saúde e para o fortalecimento da democracia. As conferências têm se caracterizado como lócus de reflexão e inovação, modelo para outros setores, porém é necessário avançar.

Os instrumentos e processos de planejamento são temas recorrentes nos relatórios – mesmo que às vezes não priorizados –, tanto no que se refere à política de saúde de uma forma geral, quanto à implementação de políticas públicas e programas específicos. Por outro lado, na elaboração dos Planos, as deliberações das conferências parecem influenciar pouco.

Como visto, há planos que sequer mencionam as Conferências anteriores como base, nem a participação de estados e municípios em sua elaboração para a construção de um processo ascendente, como preconizado. Ressalta-se que não haver menção a isso não quer dizer necessariamente que não houve qualquer consideração aos processos participativos, porém pode sinalizar que as Conferências não estão sendo tão eficazes na definição de diretrizes da política de saúde, como se propõem.

As Conferências Nacionais de Saúde e os Planos Nacionais de Saúde possuem várias similaridades quanto aos eixos e às temáticas abordadas. Entretanto, muitas pautas estruturantes demandadas nas Conferências – como novas fontes de financiamento, fim dos subsídios públicos para instituições e planos privados de saúde, estatização progressiva da saúde, plano de cargos carreiras e salários nacional para trabalhadoras e trabalhadores do SUS nas três esferas, profissionalização da gestão e mudança no modelo de atenção – não são representados efetivamente nos planos, tanto por envolverem atores de outras esferas, como o Legislativo, quanto por próprias disputas internas no Ministério da Saúde e Governo Federal, além das pressões externas de *stakeholders*.

Também não se pode dizer que o fato de temáticas constarem nos dois documentos represente que a pauta foi criada na conferência e atendida no plano, pois a análise realizada não permite inferências de causa-efeito e, como apontado por um dos entrevistados, as conferências muitas vezes evidenciam discussões, mas não as originam.

Há diferentes percepções sobre a efetividade das conferências de saúde, que, apesar de maior na mobilização e na definição de rumos, ainda é limitada em pautar o planejamento da gestão e na articulação com o Legislativo. Apesar das limitações dos PNS, é de grande importância sua elaboração, buscando maior transparência e controle por parte da sociedade.

Os espaços participativos, institucionalizados ou não, relacionam-se com mecanismos institucionais e dependem de instrumentos técnicos e políticos para se tornarem efetivos, com uma adequada metodologia e temporalidade e revisão dos próprios instrumentos de planejamento e gestão, mas também de um bom funcionamento das relações políticas e democráticas para além do próprio setor saúde. As mudanças necessárias no sistema político e social só se viabilizam com mais democracia e com mais participação.

Como limitação deste estudo, aponta-se a insuficiência dos documentos analisados em identificar o que, de fato, foi concretizado a partir das resoluções das conferências, aspecto que também possui relevância na análise da efetividade das instâncias de participação. Também a percepção dos sujeitos entrevistados, apesar de trazerem importantes reflexões e

análises, não podem ser generalizadas. Seria importante complementar e aprofundar as análises com entrevistas também com outros participantes das conferências, gestores das políticas mais próximos às áreas-fim, bem como atores dos outros poderes, como o Legislativo. É sempre importante envolver e dialogar com mais atores, de diferentes espaços.

Além disso, outros tipos de análises, como o rastreamento de processos, por meio do acompanhamento de uma deliberação para detalhamento de atores, objetos e processos intermediários, poderiam complementar as análises mais gerais realizadas neste estudo, identificando outros processos que podem estar influenciando tanto as Conferências quanto o Planejamento, inclusive sendo responsáveis pela coexistência de temáticas nos documentos analisados, por exemplo.

Alguns aspectos podem ser vistos ainda como lacunas do conhecimento, como a escassez de estudos de maior abrangência e com diferentes metodologias, por exemplo estudos de intervenção, além de análise e sistematização de avanços metodológicos e conceituais na realização das conferências, a fim de enfrentar as limitações já identificadas e ampliar a efetividade das conferências, tema ainda pouco estudado.

Por fim, destaca-se também o papel da academia e da sociedade no monitoramento das políticas públicas, no acompanhamento das deliberações das conferências e na sistematização e divulgação dos avanços e desafios, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, para a concretização do direito à saúde e para o fortalecimento da cidadania e da democracia no país. Espera-se que este estudo possa contribuir conceitual e metodologicamente, evidenciando o acúmulo já construído e subsidiando avanços e intervenções.

Minayo aponta que *“O ciclo de pesquisa não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações novas”* (112). Nesse sentido e pensando em como avançar, ficam as minhas atuais reflexões: Esses possíveis ajustes identificados e/ou sugeridos podem realmente favorecer a democratização do sistema? Um modelo de “democracia democrática”, com ampla participação social e baseada em experiências do Sul global, conseguiria romper com o modelo liberal hegemônico de democracia? Será que só estamos propondo reformas/pequenas melhorias num sistema que está posto, sem ir a fundo no problema, que é o Estado burguês? E como fazer a discussão de participação social nas políticas públicas numa perspectiva revolucionária e de emancipação humana em Marx e com possibilidade de concretude?

Seguimos na busca por transformação...

6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE DOUTORAMENTO

Se me perguntarem se essa tese é “o” produto do meu Doutorado, eu direi que é um dos muitos produtos. Se me perguntarem se as leituras foram a base da minha tese, eu direi que só quando caminharam lado a lado com a prática e com a busca por um mundo justo, igualitário e democrático.

A tese e o doutorado não são um fim em si mesmos, apesar de, durante o processo, muitas vezes desejarmos isso, por nos parecer mais fácil. Eles são apenas parte do processo de construção e reconstrução do saber. Muitas vezes nos cobramos o perfeito, o absoluto, “A” verdade e isso não vamos encontrar nesses quatro anos de dedicação acadêmica e mesmo além deles. Sempre haverá outros lados, outras visões, outras perspectivas, que só vamos conhecendo e aprendendo no andar da vida e no contato com outras pessoas e outros saberes. E tem que ser assim.

Um Doutorado não deve servir para nos distanciar, mas sim para nos aproximar da realidade concreta, dos diferentes saberes, daqueles e daquelas que lutam todos os dias por uma sociedade justa, igualitária. Um Doutorado deve nos ensinar não apenas a ser especialistas em uma temática e em metodologias de pesquisa, deve também nos ensinar a colocar nossos conhecimentos a serviço da transformação social, deve nos fazer ter mais sensibilidade e atitude frente à nossa realidade e à dos “outros”. Precisamos nos colocar a serviço do “crescer e aprender juntos”, deixando de lado a arrogância intelectual e acadêmica, que às vezes se torna característica.

E os processos de formação só fazem sentido se nos fizerem refletirem também sobre eles e não nos obrigarem a apenas seguir um formato e uma rigidez que estão postos. Se queremos avançar na ciência, na “produção” de conhecimento, no papel da academia, precisamos refletir e questionar esses campos e esses espaços e a forma como se dão.

O processo de doutoramento (e não só ele) por vezes é solitário e até dolorido, pois nos expõe e nos obriga a lidar com as limitações da academia, dos docentes e com nossas próprias limitações, seja de um conhecimento teórico, seja na capacidade de sistematizar da melhor forma o conjunto e a riqueza de informações com as quais trabalhamos.

Precisamos aceitar que, às vezes, mesmo em momentos em que os prazos e as pressões parecem nos engolir, precisamos parar e refletir, e talvez até escrever sobre isso, para que os

sentimentos não nos façam paralisar, mas ajudem a qualificar ainda mais o nosso processo de construção e consolidação do conhecimento. Não podemos permitir que a academia, com seus prazos, regras, formatos e modelo muitas vezes produtivista, nos faça perder o encanto e a beleza da descoberta, do conhecimento e do reconhecimento de nós mesmos enquanto sujeitos.

Com todas as dificuldades e limitações que precisamos encarar durante um processo como esse, junto com as críticas que nos fazemos a cada dia, precisamos ter orgulho da nossa trajetória de doutorandas e doutorandos, mas, acima de tudo, de seres humanos em constante aprendizado. Não um orgulho no sentido da arrogância, mas para sabermos valorizar nossos próprios esforços diante de tantos desafios.

Para além do Doutorado, vejo quão importante foi para a reflexão a minha trajetória profissional e pessoal, sendo servidora do público no Sistema Único de Saúde; pesquisando e escrevendo sobre algo que eu realmente acredito e defendo, que é a participação social no SUS; vivenciando na prática do trabalho na Ouvidoria-Geral do SUS e na Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos o que é a participação social nas políticas públicas; assistindo, apoiando e me indignando em tantas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; participando e contribuindo em tantas atividades e discussões da Secretaria-Geral da Presidência da República sobre a Política Nacional de Participação Social; aprendendo tanto com movimentos sociais e militantes pela saúde pública e pelos direitos do povo nos mais diversos espaços; trabalhando na relatoria da 15ª Conferência Nacional de Saúde e na organização e relatoria das Conferências Nacionais Conjuntas de Direitos Humanos; vivenciando a Conferência de Políticas para Mulheres, dentre tantas outras experiências.

Vejo ainda quão importante é reconhecer que, neste processo, eu não descobri “A verdade” sobre a participação social, mas sou mais uma neste processo de tentar qualificá-la para que, de fato, possamos garantir nossos direitos e transformar uma sociedade que tem sido marcada por desigualdades e injustiças. Com nossas falhas e limitações, precisamos seguir na busca e na luta por justiça, igualdade e democracia.

Como diz Boaventura de Sousa Santos (15), *“a ciência é para nós um exercício de cidadania e de solidariedade e a sua qualidade é aferida em última instância pela qualidade da cidadania e da solidariedade que promove ou torna possível”*.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May;377(9779):1778–97.
3. Cordeiro H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2004 Jul;14(2):343–62.
4. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.
5. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MCPA. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):15–39.
6. Müller Neto J, Artmann E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):68–78.
7. Lobato LVC, Martich E, Pereira IDF. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. *Saúde Debate*. 2016;40(108):74–85.
8. Müller Neto JS, Schader FT, Pereira MVS, Nascimento IF, Tavares LB, Motta AP. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saúde em Debate*. 2006;30(73–74):248–74.
9. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. 1st ed. Brasília: Universidade de Brasília; 1998.
10. Pateman C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
11. Santos BS, Avritzer L. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos BS, editor. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 39–82.
12. Schumpeter JA. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura S.A.; 1961. 500 p.
13. Bobbio N. *O futuro da democracia*. São Paulo: Paz e Terra; 1986.
14. Touraine A. *O que é a democracia*. Petrópolis: Vozes; 1996. 286 p.
15. Santos BS. *Democratizar a democracia: os caminhos da democratização participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. 678 p.
16. Müller Neto JS, Artmann E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3407–16.
17. Sader E. Para outras democracias. In: Santos BS, editor. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 651–78.
18. Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: Um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude e Soc*. 2012;21(SUPPL. 1):138–51.
19. Strasser C. *Democracia & Desigualdad: sobre la “democracia real” a fines del siglo XX*. Buenos Aires: CLACSO; 1999. 214 p.
20. Côrtes SV. Fóruns participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: Lubambo C, Coêlho DB, Melo MA, editors. *Desenho institucional e participação política: experiências no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes; 2005.

21. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saude Publica*. 1998;14(suppl 2):S07-S18.
22. Brasil. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. 2014.
23. Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Campinas: Saberes Editora; 2014. 253 p.
24. Stolz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em Debate*. 2006;30(73/74):149–60.
25. Santos MRC, Casotti CA, Vilela ABA, Bittencourt IS. Estrutura da representação social dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre Conferência Municipal de Saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012;36(1):121–33.
26. Neves AV. Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo. Rio de Janeiro: Gramma; 2008. 213 p.
27. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no . 2011.
28. ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948.
29. Tatagiba L. 1984, 1992 e 2013. Sobre ciclos de protestos e democracia no Brasil. *Política Soc*. 2014 Dec 31;13(28):35.
30. Avritzer L, Souza CHL. Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: IPEA; 2013. 297 p.
31. Escorel S, Arouca LE. Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde em Debate*. 2016 Dec;40(spe):39–48.
32. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde em Debate*. 2016 Dec;40(spe):25–38.
33. Carballido MEG. Repensando los derechos humanos desde las luchas. *Rev Cult Jurídicas*. 2014;1(2):75–105.
34. Fleury S, Lobato LVC. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. 288 p.
35. WHO. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978.
36. Mercado CG, Adarme XV. El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. *Cuad CENDES*. 2010;27(74):51–79.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
38. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá. 1990.
39. Avelina G, Barberia LG, Biderman C. Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. *Health Policy Plan*. 2014 Sep 1;29(6):694–702.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS. 2ª. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
41. Vázquez ML, Silva MRF, Gonzalez ESC, Diniz AS, Pereira APC, Veras ICL, et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(Suppl 1):141–55.

42. Souza AV, Krüger TR. Participação Social no SUS: proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. *R Saúde Públ St Cat.* 2010;3(1):80–96.
43. Anunciação AS, Costa AF, Moura BLA, Alves DCM, Gomes ETS, Lima LHO, et al. Pré-Conferências de Saúde: uma proposta de democratização da saúde no município de Camaçari. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2008;32(1):131–7.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p.
45. Brasil. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. Conferências Nacionais Realizadas (1941-2010). 2011.
46. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. 1937.
47. Fiocruz. Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde [Internet]. [cited 2017 Oct 2]. Available from: https://portal.fiocruz.br/pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude
48. CNS. Conselho Nacional de Saúde. História das Conferências de Saúde [Internet]. 2011 [cited 2015 May 10]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>
49. Stedile NLR, Guimarães MCS, Ferla AA, Freire RC. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. *Cien Saude Colet.* 2015;20(10):2957–71.
50. Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, editors. *Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 504.
51. Dourado EPV, Sanna MC. Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde. *Rev Bras Enferm - REBEn.* 2009;62(6):876–82.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Available from: www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf
53. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Available from: www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf
54. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns_relatorio_final.pdf
55. Arraes AKM, Dimeinstein M, Siqueira K, Vieira C, Araujo A. Empoderamento e Controle Social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). *Psicol Polit.* 2012;12(23):71–85.
56. OMS, editor. Liderança e governo efetivo. In: *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários - Agora mais do que nunca* [Internet]. Genebra: OMS; 2008. p. 86–104. Available from: www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
57. Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.* Brasília: Conass; 2009. 100 p.
58. Oliveira TA, Teixeira CF. Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. *Saúde em Debate.* 2015;39(spe):132–44.
59. Pinto ICM, Teixeira CF. Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad Saude Publica.* 2011 Sep;27(9):1777–88.
60. Murtinho R. Trinta anos depois o lema continua vivo: “Democracia é saúde, saúde é

- democracia!” RECIIS – Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde. 2016;10(2):1–3.
61. Campos GW de S. XV Conferência Nacional de Saúde: o que comemorar e o que criticar? *Trab Educ e Saúde*. 2016 Mar;14(1):5–6.
 62. Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Cad Saude Publica*. 2015 Oct;31(10):2047–58.
 63. Costa AM, Rizzotto MLF. A 15ª Conferência Nacional de Saúde pode fazer a diferença. *Saúde em Debate*. 2015 Jun;39(105):294–9.
 64. Pires RRC. Por dentro do PAC: dos arranjos formais às interações e práticas dos seus operadores. In: Cavalcante PLC, Lotta GS, editors. *Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação*. Brasília: ENAP; 2015. p. 177–222.
 65. Minayo MCS. Saúde é desenvolvimento: esse é o desafio da 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2007 Nov;12(suppl):1762–1762.
 66. Almeida MC, Mangia EF. XI Conferência Nacional de Saúde (Editorial). *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2000;11(2/3):i–ii.
 67. Buss PM. A IX Conferência Nacional de Saúde. *Cad Saude Publica*. 1991 Sep;7(3):297–300.
 68. Silva MTN. 9ª Conferência Nacional de Saúde... um evento que precisamos fazer acontecer. *Rev Bras Enferm*. 1990 Dec;43(1-2-3-4):5–5.
 69. Loch MR. A Educação Física e a 15ª Conferência Nacional de Saúde. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2015;20(1):1–2.
 70. Gomez CM, Lacaz FA de C. A propósito da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Cien Saude Colet*. 2005 Dec;10(4):794–6.
 71. Abrasco. Manifesto da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) enviado ao Plenário da Conferência Nacional da Ciência, Tecnologia e Inovação. *Cien Saude Colet*. 2001;6(2):501–2.
 72. Santos NR. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. *Saúde em Debate*. 2011;35(90):356–65.
 73. Cebes. Editorial - 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):182–3.
 74. Bueno RE, Moyses ST, Bueno PAR, Moyses SJ. Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;34(6):416–21.
 75. Chaves MMN, Egrý EY. Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(6):1423–30.
 76. Pedrosa AAG. A tematização da informação em saúde nas conferências de saúde de Teresina (PI). *Saúde em Debate*. 2000;24(56):74–82.
 77. Oliveira AGB, Conciani ME. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):319–31.
 78. Gigante RL, Campos GW de S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab Educ e Saúde*. 2016 Dec;14(3):747–63.
 79. Santos MA, Neves VR, Sanna MC. Conferências Nacionais de Saúde e o Serviço de Ouvidoria no Brasil. *HIST ENF REV ELETR*. 2014;5(1):3–14.
 80. Cavalcante RB, Pessalacia JDR, Pinheiro MMK, Watanabe YJÁ, Silva TIM, Silva CJ. Direito a informação em saúde no Brasil: em busca da legitimação. *Rev enferm Cent-Oeste Min*. 2014;4(1):1004–18.
 81. Chebli ICF, Stephan-Souza AI, Paiva MG. O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: percurso de sua consolidação.

- Rev APS. 2010;13(Suppl. 1):S75–83.
82. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):449–58.
 83. Barbosa VFB, Caponi SNC de, Verdi MIM. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. *Interface - Comun Saude, Educ*. 2016 Dec;20(59):917–28.
 84. Silvestre JAC, Dias MSA, Teixeira EH. Concepções de promoção da saúde presentes nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal. *Rev bras promoç saúde*. 2012;25(3):305–10.
 85. Moyses NMN, Machado MH. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. *Divulg saúde debate*. 2010;(45):33–41.
 86. Lacaz FA de C, Flório SMR. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. *Cien Saude Colet*. 2009;14(6):2123–34.
 87. Silva CC, Braga JEF, Silva ATMC. Revisitando a formação de recursos humanos de saúde no Brasil. *Rev bras ciênc saúde*. 2009;13(3):23–30.
 88. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2006 Jun;22(6):1171–81.
 89. Sayd JD, Vieira Junior L, Velandia IC. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1998 Dec;8(2):165–95.
 90. Miranda AS, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, Bezerra FM, Oliveira JC, Rezende R. Discursos práticos sobre ocorrências, processos decisórios e decorrências de conferências municipais de saúde. *Interface Comun Saude, Educ*. 2016;20(58):559–71.
 91. Busana JA, Heideman ITSB, Wendhausen ÁLP, Lazzari DD. Conferência local de saúde a partir do itinerário de pesquisa de Freire: relato de experiência. *Rev Enferm e Atenção à Saúde*. 2016;5(1):93–104.
 92. Tofani LFN, Carpintéro MCC. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde e Soc*. 2012;21(Supl 1):244–52.
 93. Guimarães R, Santos LMP, Angulo-Tuesta A, Serruya SJ. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cad Saude Publica*. 2006 Sep;22(9):1775–85.
 94. Teixeira CF. Conferências municipais de saúde: construindo o SUS na Bahia. *Saúde Debate*. 1996;(52):50–7.
 95. Avritzer L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: Pires RRC (organizador), editor. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA; 2011. p. 13–25.
 96. Petinelli V. Contexto político, natureza da política, organização da sociedade civil e desenho institucional: alguns condicionantes da efetividade das conferências nacionais. In: Avritzer L, Souza CHL, editors. *Conferências Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade*. Brasília: IPEA; 2013. p. 207–42.
 97. Souza CHL. A que vieram as conferências nacionais? Uma análise dos objetivos dos processos realizados entre 2003 e 2010. Texto para Discussão [Internet]. 2012;1718:1–36. Available from: www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1718.pdf
 98. Secchi L. *Políticas Públicas Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. 1st ed. São Paulo: Cengage Learning; 2012. 133 p.
 99. Wampler B. Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas. In: Pires RRC (organizador), editor. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA; 2011. p. 43–51.
 100. Matus C. *Política, planejamento & governo*. 3ª. Brasília: IPEA; 1997.

101. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2009 Oct;14:1565–77.
102. Machado CV, Baptista TW de F, Lima LD de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Cien Saude Colet.* 2010 Aug;15(5):2367–82.
103. Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad Saude Publica.* 1991 Mar;7(1):26–44.
104. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. Argentina: Organización Panamericana de la Salud; 1989. 305 p.
105. Rivera FJ (org. ., Testa M, Matus C. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. 2nd ed. Rivera FJ, editor. São Paulo: Cortez; 1992. 222 p.
106. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Orientações para elaboração do Plano Plurianual 2012-2015. Brasília: Ministério do Planejamento; 2011.
107. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 318 p.
108. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
109. Arretche M. A política da política de saúde no Brasil. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, editors. Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 285–306.
110. Conasems. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal. Brasília: Conasems; 2008. 28 p.
111. Facchini LA, Carvalheiro JR, Arbix G, Morel C. Conferências nacionais: mecanismo de consenso político? Modelos científicos de previsão e seu impacto social e político. Saúde universal pelo mercado: oximoro conceitual? *Parcerias Estratégicas.* 2011;16(32):47–50.
112. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS (organizadora), Deslandes SF, Gomes R, editors. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28th ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9–29.
113. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2007.
114. Camargo B, Justo A. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 10]. Available from: www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais
115. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Res Nurs Health.* 1997;20:365–71.
116. Matheus MCC. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(spe1):543–5.
117. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS (organizadora), Deslandes SF, Gomes R, editors. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28th ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 61–77.
118. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4th ed. Lisboa: Edições 70; 2009. 281 p.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar da pesquisa “**Participação social na saúde: Estudo da influência das resoluções das Conferência Nacionais de Saúde sobre o processo de planejamento do Ministério da Saúde**”, projeto de doutorado em Saúde Coletiva sob a responsabilidade da pesquisadora Luciani Martins Ricardi. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, a ser realizada a partir do estudo dos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (da 12ª à 15ª), dos Planos Nacionais de Saúde de 2003 a 2016 e de entrevistas semiestruturadas com os Coordenadores Gerais das Conferências, Relatores Gerais e Ministros da Saúde e/ou Secretários-Executivos do Ministério da Saúde no período de análise.

O objetivo desta pesquisa é entender como as Conferências Nacionais de Saúde têm influenciado os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o período da 12ª à 15ª Conferências.

A sua participação se dará por meio de entrevista agendada com antecedência em local combinado com o entrevistado, com um tempo estimado de uma hora (1h). A entrevista será gravada e transcrita na íntegra, para posterior Análise de Discurso.

Por se tratar de uma pesquisa de caráter histórico, cuja temporalidade é um objeto de análise importante (análise individual de cada Conferência e de cada Planejamento de Saúde nas gestões em questão), e pelo fato de o(a) senhor(a) ter ocupado um cargo único na gestão do SUS no período a ser estudado, não será possível garantir o sigilo da sua identidade, o que pode trazer riscos de exposição ou algum constrangimento causado pelas perguntas e/ou pela gravação (áudio).

Para minimizar os riscos e desconfortos, garantimos que o material bruto não será disponibilizado para terceiros, que as gravações serão feitas em espaço previamente acordado que garanta privacidade ao(à) entrevistado(a) e que uma análise prévia do material das entrevistas será enviada para os(as) pesquisados(as) para que estes(as) verifiquem se foram adequadamente representados(as), a fim de evitar possíveis distorções. Além disso, a análise e discussão será focada na gestão e não nos(as) gestores(as), evitando-se assim a menção dos nomes e de aspectos individuais.

Caso você aceite participar deste estudo, estará trazendo benefícios coletivos, contribuindo para a qualificação dos espaços de participação social na gestão do SUS. Para isso, além de apresentarmos os resultados e produtos da pesquisa para os(as) participantes, compartilharemos com o Conselho Nacional de Saúde e com o Ministério da Saúde, com o objetivo de subsidiar o planejamento das próximas ações, visando contribuir com o fortalecimento da gestão participativa do SUS.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como passagem para o local da pesquisa e alimentação no local) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para:

- Luciani Martins Ricardi, no telefone (61) 8272-0290

- Leonor Maria Pacheco Santos, no telefone: (61) 3107-1952/ 3107-1951 (Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome e assinatura do(a) participante

Luciani Martins Ricardi - Pesquisadora Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA



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

Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **Participação social na saúde: Estudo da influência das resoluções das Conferência Nacionais de Saúde sobre o processo de planejamento do Ministério da Saúde**, sob responsabilidade da Pesquisadora Luciani Martins Ricardi, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Meu som de voz pode ser utilizado apenas para a análise por parte da equipe de pesquisa, não podendo ser reproduzido parcial ou integralmente em espaços públicos.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do meu som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Luciani Martins Ricardi – Pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL DOS SUJEITOS

Experiência prévia e posterior no SUS e no controle social:

Tempo no cargo:

Instituição/Entidade atual:

De quais Conferências Nacionais de Saúde participou:

Atuação em outros espaços de participação social:

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

- 1) De uma forma geral, qual sua percepção sobre as Conferências Nacionais de Saúde?
 - a. Papel e importância
 - b. Contextos de realização
 - c. Tendências e mudanças

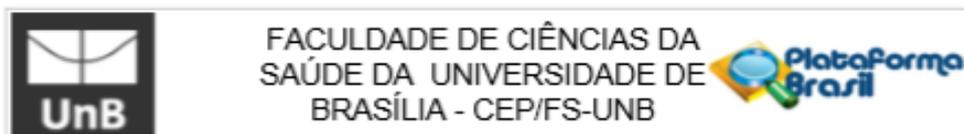
- 2) Na sua percepção quais são:
 - a. Os principais avanços das Conferências
 - b. As principais barreiras
 - c. Os principais desafios
 - d. Principais disputas e correlações de forças
 - e. Principais impactos

- 3) E em relação a 1X^a Conferência, qual foi o contexto de realização? E as principais disputas?

- 4) Qual sua percepção sobre a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde? Em que medida/aspectos isso ocorre ou não?

- 5) Como você vê a relação entre as Conferências Nacionais de Saúde e o processo de Planejamento do Ministério da Saúde? Os relatórios das Conferências têm pautado a elaboração dos instrumentos de planejamento? Como?
- 6) Como os resultados da 1Xª Conferência Nacional de Saúde influenciaram no Planejamento da sua gestão? Quais programas ou ações você acredita que foram resultados da 1Xª Conferência? *(Trazer alguns temas que tiveram mais destaque e questionar sobre o tempo de elaboração do PNS, PPA e realização das conferências)*
- 7) Quais as principais propostas da 1Xª Conferência que você acredita que não se concretizaram? Por que essa concretização não ocorreu?
- 8) E qual sua percepção sobre o monitoramento das resoluções e dos resultados das conferências?
- 9) Na sua opinião, como e em que aspectos as Conferências pautam o Legislativo? Como, na sua percepção, ocorreu o envolvimento do legislativo antes, durante e depois a 1Xª Conferência? Qual o papel do Ministério da Saúde nessa articulação? O relatório foi apresentado posteriormente?
- 10) E considerando a conjuntura atual, como você vê as perspectivas do controle social no SUS?
- 11) De forma geral, para você, as Conferências Nacionais de Saúde estão sendo efetivas?
- 12) E para finalizar, de forma geral, quais seriam as suas sugestões para a melhoria da efetividade das Conferências Nacionais de Saúde, em especial no que tange à influência destas nos processos de tomada de decisão?

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO SUS: O DESAFIO DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Pesquisador: Luciani Martins Ricardi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48503715.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.311.854

Apresentação do Projeto:

No Brasil, a saúde é garantida constitucionalmente como um direito de todos e um dever do Estado. Esse direito é resultado do processo de redemocratização ocorrido no país e da atuação do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988; PAIM, 2011). A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS e foi regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, que é considerada uma complementação à Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), a qual teve a parte de participação social vetada pelo então presidente Fernando Collor de Melo (CORDEIRO, 2004; BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142 trouxe duas instâncias colegiadas de participação da comunidade, as Conferências e os Conselhos de Saúde, as quais devem ser instituídas em cada uma das três esferas de governo (municípios, estados e ente federal). As Conferências Nacionais de Saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo ocorrido pela primeira vez em 1941, porém somente a partir de 1988, com a 8ª Conferência, e que passaram a ter a participação ampliada de usuários e usuárias do SUS e uma regularidade para sua realização (GUIZARDI et al, 2004). As Conferências têm como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor. Convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



de Saúde, deve ocorrer a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais. Para atingirem seus objetivos considerando o conceito ampliado de saúde, as Conferências envolvem diversas temáticas relacionadas as questões sanitárias e seus determinantes e condicionantes. É evidente a relevância das Conferências para o fortalecimento do processo democrático de participação social e para a formulação de uma política de saúde que atenda, de fato, aos anseios da população. Apesar de seu caráter consultivo e não vinculante, as Conferências Nacionais de Saúde tem assumido uma feição propriamente participativa, deliberativa, normativa e representativa (POGREBINSCHI & SANTOS, 2011). Entretanto, para terem resultados concretos, as Conferências devem pautar o Planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente nos processos de tomada de decisão dos gestores.

Metodologia: Será realizada uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, a partir do estudo dos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (da 8ª a 15ª), dos Planos Nacionais de Saúde de 1988 a 2016, e das entrevistas com atores-chave. Os relatórios das Conferências e os Planos Nacionais de Saúde serão analisados por meio de Análise de Conteúdo baseada em Bardin (2009), com a utilização do software livre Iramuteq. Designa-se sob o termo de Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com o objetivo de obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção destas mensagens. As fases da Análise de Conteúdo são as seguintes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009). Na criação de categorias a posteriori, parte-se dos elementos particulares, reagrupando-os progressivamente, por aproximação de elementos contíguos, para, no final deste procedimento, atribuir-se um título a categoria. Dessa forma, as categorias temáticas da AC devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas. Assim, realizar-se-á uma análise comparativa entre as principais temáticas e categorias emergentes das Conferências e dos Planos Nacionais de Saúde. Em seguida, serão realizadas entrevistas com atores-chave, que tenham sido Ministros da Saúde e/ou Secretários-Executivos do Ministério da Saúde no momento das Conferências (quando o Ministro não puder ser entrevistado, entrevistar-se-á o Secretário-Executivo do período), buscando-se compreender suas visões sobre os contextos nos quais ocorreram as Conferências e como as Conferências Nacionais de Saúde influenciaram os Processos de Planejamento e de tomada de decisão em suas gestões. As entrevistas serão do tipo semi-estruturadas, com roteiro previamente elaborado e adaptado de acordo com as especificidades de cada gestão, identificadas na Análise de Conteúdo dos Relatórios das Conferências e dos Planos Nacionais de Saúde. Todas

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.510-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (51)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.211.854

as entrevistas serão gravadas, para posterior transcrição *ipsis verbis* e Análise de Discurso.

O processo de Análise de Discurso tem o objetivo de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação. Por isso, a análise trabalha com o sentido produzido e não com o conteúdo do texto, partindo da conjugação de ideologia, história e linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Por isso, a pesquisa está sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília e todos os entrevistados assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por fim, serão elaboradas propostas para aumentar a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde, a partir dos avanços, desafios e estratégias identificadas no estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Entender como as Conferências Nacionais de Saúde tem influenciado ou não os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do SUS, considerando o período da 8ª a 15ª Conferências. **Específicos:**

- Verificar o conteúdo dos relatórios finais das oito Conferências em questão (8ª a 15ª), identificando as principais temáticas e a frequência dos temas abordados;
- Fazer um levantamento dos temas apresentados nos Planos Nacionais de Saúde, a partir de 1988;
- Comparar os principais conteúdos dos Relatórios das Conferências com os dos Planos Nacionais de Saúde;
- Entender como as Conferências Nacionais de Saúde tem influenciado os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do SUS, a partir da fala dos gestores do Ministério da Saúde;
- Elaborar propostas para aumentar a efetividade desses espaços participativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com a pesquisadora, a pesquisa não prevê riscos aos participantes, uma vez que a participação de pessoas dar-se-á apenas nas entrevistas individuais referentes ao período em que eram gestores do Ministério da Saúde.

Benefícios: Ainda de acordo com a pesquisadora, os benefícios da participação na pesquisa são de âmbito coletivo, pois estão relacionados à contribuição para a qualificação dos espaços de participação social na gestão do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa é referente ao projeto de doutorado em Saúde Coletiva da pesquisadora

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (51)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.211.854

Luciani Martins Ricardi sob a orientação da Profa. Leonor Maria Pacheco Santos. O projeto e o TCLE estão redigidos de maneira clara, permitindo a avaliação ética por parte deste CEP. Tanto no TCLE quanto no projeto, não há menção dos possíveis riscos envolvidos na pesquisa, sendo que de acordo com as normas da Resolução CNS/MS 466/12, toda pesquisa envolve riscos. Além da inclusão dos possíveis riscos inerentes à pesquisa, é necessário descrever o que será realizado para minimizá-los. Ainda, em ambos os documentos fica claro que as entrevistas serão gravadas "A entrevista será gravada e transcrita na íntegra, para posterior Análise de Discurso". No entanto, não foi apresentado o modelo de "Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para o presente parecer, foram utilizados os seguintes documentos:

- 1- Projeto Detalhado / Brochura Investigador: "Projeto_detalhado_corrigido.docx", postado em 19/10/2015
- 2- "Carta_resposta_CEP_Parecer_1233939.docx", postado em 19/10/2015;
- 3- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência:
"Termo_Autorizacao_Som_de_Voz.doc", postado em 19/10/2015;
- 4- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência: "TCLE_out_2015_corrigido.doc", postado em 19/10/2015;

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no parecer No. 1.233.939:

Solicita-se:

1. Realização, tanto no TCLE quanto no projeto detalhado e projeto da Plataforma Brasil, de uma avaliação de risco que inclua o risco de desconforto ou constrangimento causados pelas perguntas e/ou pela própria situação de gravação e o que será feito para minimizar esses riscos, de acordo com o item V da Resolução CNS/MS 466/2012. PENDENCIA ATENDIDA
2. Inclusão no TCLE do risco de exposição de identidade, esclarecendo, conforme já descrito nos Termos, que haverá garantia de preservação o sigilo das identidades dos participantes. PENDENCIA ATENDIDA- De acordo com os pesquisadores, não há garantia de sigilo das identidades devido à natureza do estudo.
3. Apresentação de modelo de "Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz"

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (51)3107-1347 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.311.854

para fins de pesquisa". PENDENCIA ATENDIDA

Não há mais pendências. Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_559470.pdf	19/10/2015 08:46:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido.docx	19/10/2015 08:42:37	Luciani Martins Ricardi	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_Parecer_1233839.docx	19/10/2015 08:33:23	Luciani Martins Ricardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Autorizacao_Som_de_Voz.doc	19/10/2015 08:18:08	Luciani Martins Ricardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_out_2015_corrigido.doc	19/10/2015 08:14:57	Luciani Martins Ricardi	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada e com CNPJ.pdf	14/08/2015 07:58:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	27/07/2015 07:12:40		Aceito
Outros	TermoRespCompromPesq CEPFS 07.2015.doc	27/07/2015 07:10:58		Aceito
Outros	TermoRespComprom_Assinado_Luciani.pdf	27/07/2015 07:10:39		Aceito
Outros	Roteiro para entrevista.docx	27/07/2015 07:09:58		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Helena Eri Shimizu).pdf	27/07/2015 07:08:35		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Leonor Maria Pacheco	27/07/2015 07:08:00		Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (51)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.211.854

Outros	Santos).pdf	27/07/2015 07:08:00		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Luciani Martins Ricardi).pdf	27/07/2015 07:07:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 07.2015.doc	27/07/2015 07:08:09		Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto ao CEPFS 07.2015.doc	27/07/2015 07:05:30		Aceito
Outros	Cartaencaminh_Assinada Luciani e Leonor.pdf	27/07/2015 07:05:00		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

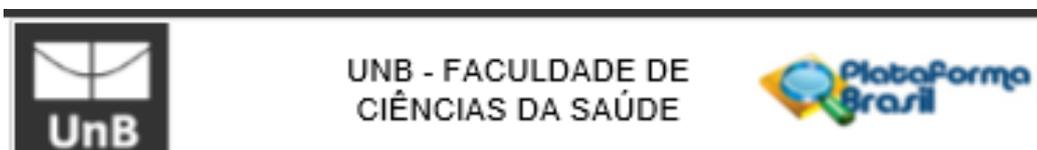
BRASÍLIA, 06 de Novembro de 2015

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (51)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 06 de 06

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA REFERENTE À EMENDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO SUS: O DESAFIO DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Pesquisador: Luciani Martins Ricardi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48503715.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.785.907

Apresentação do Projeto:

As Conferências Nacionais de Saúde têm como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor. O presente estudo de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, terá o objetivo de entender como as Conferências Nacionais de Saúde têm influenciado os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do SUS, considerando o período da 12ª à 15ª Conferências. Para isso, será realizada uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, a partir do estudo dos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (da 12ª à 15ª) e dos Planos Nacionais de Saúde de 2003 a 2016, por meio de Análise de Conteúdo, e da realização de entrevistas semiestruturadas com os Ministros da Saúde e/ou Secretários-Executivos do Ministério da Saúde da época das Conferências e da elaboração dos Planos, com os Coordenadores-Gerais e com os Relatores-Gerais das Conferências, com posterior Análise de Discurso.

Metodologia Proposta:

Será realizada uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, a partir do estudo dos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (da 12ª a 15ª), dos Planos Nacionais de Saúde de 2003 a 2016, e das entrevistas com atores-chave.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **Cep:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cep@unb@gmail.com



Os relatórios das Conferências e os Planos Nacionais de Saúde serão analisados por meio de Análise Documental, com a utilização do software livre Iramuteq.

Realizar-se-á uma análise comparativa entre as principais temáticas e categorias emergentes das Conferências e dos Planos Nacionais de Saúde. Em seguida, serão realizadas entrevistas com atores-chave, que tenham sido Ministros da Saúde e/ou Secretários-Executivos do Ministério da Saúde no momento das Conferências (quando o Ministro não puder ser entrevistado, entrevistar-se-á o Secretário-Executivo do período), Coordenadores-Gerais e Relatores Gerais, buscando-se compreender suas visões sobre os contextos nos quais ocorreram as Conferências e como as Conferências Nacionais de Saúde influenciaram os Processos de Planejamento e de tomada de decisão em suas gestões.

As entrevistas serão do tipo semi-estruturadas, com roteiro previamente elaborado e adaptado de acordo com as especificidades de cada gestão, identificadas na Análise de Conteúdo dos Relatórios das Conferências e dos Planos Nacionais de Saúde. Todas as entrevistas serão gravadas, para posterior transcrição *ipsis verbis* e Análise de Discurso.

O processo de Análise de Discurso tem o objetivo de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação. Por isso, a análise trabalha com o sentido produzido e não com o conteúdo do texto, partindo da conjugação de ideologia, história e linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Por isso, a pesquisa está sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília e todos os entrevistados assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa.

Por fim, serão elaboradas propostas para aumentar a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde, a partir dos avanços, desafios e estratégias identificadas no estudo.

Critério de Inclusão:

Serão entrevistados apenas Ministros da Saúde do período de realização das Conferências Nacionais de Saúde e da elaboração dos Planos Nacionais de Saúde, os Relatores-Gerais e os Coordenadores-Gerais das Conferências. Na impossibilidade de entrevista dos Ministros, serão entrevistados então os Secretários-Executivos do Ministério da Saúde no período.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.810-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** capfscunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.785.907

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Entender como as Conferências Nacionais de Saúde tem influenciado ou não os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do SUS, considerando o período da 8ª a 15ª Conferências.

Alterado para: Entender como as Conferências Nacionais de Saúde têm influenciado ou não os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do SUS, considerando o período da 12ª à 15ª Conferências.

Específicos:

- Verificar o conteúdo dos relatórios finais das oito Conferências em questão (8ª a 15ª), identificando as principais temáticas e a frequência dos temas abordados;
- Fazer um levantamento dos temas apresentados nos Planos Nacionais de Saúde, a partir de 1986;
- Comparar os principais conteúdos dos Relatórios das Conferências com os dos Planos Nacionais de Saúde;
- Entender como as Conferências Nacionais de Saúde tem influenciado os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do SUS, a partir da fala dos gestores do Ministério da Saúde;
- Elaborar propostas para aumentar a efetividade desses espaços participativos.

Alterado para:

- Verificar o conteúdo dos relatórios finais das quatro Conferências em questão (12ª a 15ª), identificando as principais temáticas e a frequência dos temas abordados;
- Fazer um levantamento dos temas apresentados nos Planos Nacionais de Saúde, a partir de 2003;
- Comparar os principais conteúdos dos Relatórios das Conferências com os dos Planos Nacionais de Saúde;
- Entender como as Conferências Nacionais de Saúde têm influenciado os Processos de Planejamento e de tomada de decisão na gestão federal do SUS, a partir da fala dos gestores do Ministério da Saúde e de atores diretamente envolvidos na coordenação e relatoria das

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** capfcurb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.785.907

Conferências;

- Elaborar propostas para aumentar a efetividade desses espaços participativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de uma pesquisa de caráter histórico, cuja temporalidade é um objeto de análise importante (análise individual de cada Conferência e de cada Planejamento de Saúde nas gestões em questão), e pelo fato de o(a) entrevistado(a) ter ocupado um cargo único na gestão do SUS no período a ser estudado, não será possível garantir o sigilo da sua identidade, o que pode trazer riscos de exposição ou algum constrangimento causado pelas perguntas e/ou pela gravação (áudio).

Para minimizar os riscos e desconfortos, as pesquisadoras garantem que o material bruto não será disponibilizado para terceiros, que as gravações serão feitas em espaço previamente acordado que garanta privacidade ao(a) entrevistado(a) e que uma análise prévia do material das entrevistas será enviada para os(as) pesquisados(as) para que estes(as) verifiquem se foram adequadamente representados(as), a fim de evitar possíveis distorções. Além disso, a análise e discussão será focada na gestão e não nos(as) gestores(as), evitando-se assim a menção dos nomes e de aspectos individuais.

Os benefícios da participação na pesquisa são de âmbito coletivo coletivo, contribuindo para a qualificação dos espaços de participação social na gestão do SUS. Para isso, além de serem apresentados os resultados e produtos da pesquisa para os(as) participantes, os mesmos também serão compartilhados com o Conselho Nacional de Saúde e com o Ministério da Saúde, com o objetivo de subsidiar o planejamento das próximas ações, visando contribuir com o fortalecimento da gestão participativa do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda a projeto de doutorado em Saúde Coletiva da pesquisadora Luciani Martins Ricardi sob a orientação da Profa. Leonor Maria Pacheco Santos já aprovado pelo Parecer Consubstanciado no. 1.311.854. O projeto e o TCLE estão redigido de maneira clara, permitindo a avaliação ética por parte deste CEP. Foi apresentada avaliação de risco e como as entrevistas serão gravadas foi também apresentado Termo de Autorização para de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa, ambos de acordo com as Resolução CNS 466 de 2012. Serão 12 entrevistados.

Foi solicitado ainda alteração do cronograma para atender

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
telefone: (61)3107-1947 **e-mail:** cepfciunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.785.907

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos para essa emenda:

Informações Básicas do Projeto:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_666813_E1.pdf de 07/10/2016 com as devidas alterações solicitadas;

Projeto Detalhado: Projeto_detalhado_CEP_out_2016_mod0_revisao.docx de 07/10/2016 e

Projeto_detalhado_corrigido.docx de 19/10/2015 com as alterações marcadas;

Carta de encaminhamento: CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_EMENDA.docx de 11/09/2016 com a solicitação das alterações.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações solicitadas foram:

1)O período do estudo passou da 8ª a 15ª para 12ª a 15ª Conferências Nacionais, a fim de contemplar apenas o período em que já eram elaborados os Planos Nacionais de Saúde na estrutura atual, que serão analisados de forma comparada aos relatórios finais das conferências.

- Além dos ex-Ministros e/ou Secretários-Executivos do período, entrevistar-se-á também os Coordenadores -Gerais das quatro Conferências em questão e os Relatores-Gerais, a fim de ampliar o escopo da análise qualitativa.

- Alteração no cronograma, estando adequado e atualizado. *

Como as alterações solicitadas não alteram o escopo do projeto, apenas foi alterado o período das conferências para permitir comparação aos relatórios finais das conferências. O número de participantes foi ajustado para 12 e o cronograma atualizado. Desta forma não existem óbices éticos quanto a emenda proposta.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **e-mail:** cep@unb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.785.907

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_666813_E1.pdf	07/10/2016 10:08:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto_detalhado_CEP_out_2016_mod_o_revisao.docx	07/10/2016 10:04:59	Luciani Martins Ricardi	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_EMENDA.docx	11/09/2016 17:09:25	Luciani Martins Ricardi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto_detalhado_corrigido.docx	19/10/2015 08:42:37	Luciani Martins Ricardi	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_Parecer_1233939.docx	19/10/2015 08:33:23	Luciani Martins Ricardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Autorizacao_Som_de_Voz.doc	19/10/2015 08:18:08	Luciani Martins Ricardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_out_2015_corrigido.doc	19/10/2015 08:14:57	Luciani Martins Ricardi	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada e com CNPJ.pdf	14/08/2015 07:58:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto.docx	27/07/2015 07:12:40		Aceito
Outros	TermoRespCompromPesq CEPFS 07.2015.doc	27/07/2015 07:10:58		Aceito
Outros	TermoRespComprom_Assinado_Luciani.pdf	27/07/2015 07:10:39		Aceito
Outros	Roteiro para entrevista.docx	27/07/2015 07:09:56		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Helena Eri Shimizu).pdf	27/07/2015 07:08:35		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Leonor Maria Pacheco Santos).pdf	27/07/2015 07:08:00		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Curriculos Lattes (Luciani Martins Ricardi).pdf	27/07/2015 07:07:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 07.2015.doc	27/07/2015 07:06:09		Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto ao CEPFS 07.2015.doc	27/07/2015 07:05:30		Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (011)3107-1947

E-mail: cepsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.785.807

Outros	Cartaencaminh_Assinada Luciani e Leonor.pdf	27/07/2015 07:05:00		Aceito
--------	---	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 21 de Outubro de 2016

Assinado por:
Marle Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **Cep:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (01)3107-1947 **E-mail:** capfounb@gmail.com