

As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde

The National Health Conferences and the planning process of the Brazilian Ministry of Health

Luciani Martins Ricardi¹, Helena Eri Shimizu², Leonor Maria Pacheco Santos³

RESUMO O estudo buscou analisar a relação das Conferências Nacionais de Saúde com o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Realizou-se pesquisa qualitativa de análise documental comparada dos quatro Planos Nacionais de Saúde com os relatórios das Conferências correspondentes (XII à XV), identificando-se referências à influência destas no processo de planejamento. Verificou-se que as Conferências mencionam o planejamento, porém, com pouco destaque. Os Planos, em geral, não citam as Conferências como base, com exceção da XII Conferência, antecipada para subsidiar o Plano 2004-2007. Para que as Conferências sejam mais efetivas, precisam indicar prioridades e pautar efetivamente a gestão.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Participação social. Conferências de saúde. Planejamento em saúde. Planejamento participativo.

ABSTRACT *The study aimed to analyze the relationship between the National Health Conferences and the planning process of the Ministry of Health. A qualitative research was conducted based on comparative documentary analysis of the four National Health Plans with the reports of the corresponding Conferences (12th to 15th), identifying references to their influence in the planning process. It was verified that the Conferences mention planning, but, with little prominence. The Plans, in general, do not cite the Conferences as a base, except for the 12th Conference, anticipated to subsidize the 2004-2007 Plan. In order for the Conferences to be more effective, they must indicate priorities and effectively guide the management.*

KEYWORDS *Unified Health System. Social participation. Health conferences. Health planning. Participative planning.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.
luciani_snp@hotmail.com

²Universidade de Brasília (UnB), Decanato de Pós-Graduação (DPG) - Brasília (DF), Brasil.
shimizu@unb.br

³Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Saúde, Departamento de Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.
leopac@unb.br

Introdução

No Brasil, a saúde é estabelecida constitucionalmente como um direito de todos e um dever do Estado. Esse direito é fruto de um processo de luta pela redemocratização ocorrido no País após longo período ditatorial e da atuação do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que resultaram na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã (PAIM *ET AL.*, 2011).

A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS e foi regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, considerada uma complementação à Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), pois a parte referente à participação havia sido vetada pelo então presidente Fernando Collor de Melo. A Lei nº 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 (BRASIL, 1990).

Apesar de se ter como marco de referência da participação social na saúde a Lei nº 8.142/1990, 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 VIII Conferência, é que deixaram de ser restritas a uma cúpula da gestão federal e passaram a ter participação ampliada dos diversos segmentos (GUIZARDI *ET AL.*, 2004).

As Conferências de Saúde têm como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor. Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de Saúde, devem ocorrer no máximo a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1990).

É reconhecida a relevância das Conferências de Saúde 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 (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014). Juntamente com outros instrumentos de participação da comunidade na gestão do SUS, representam uma verdadeira reforma pela democratização da política de saúde e do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, sobretudo por seu caráter ascendente, que visa à participação desde a análise da situação de saúde local até a definição de prioridades e a formulação da política pública (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012).

As Conferências Nacionais de Saúde são organizadas em etapas, que iniciam nos municípios (podendo ser precedidas de etapas locais para democratizar ainda mais o acesso e a participação), vão para as estaduais e avançam para a nacional. As discussões das Conferências municipais e estaduais são sistematizadas e subsidiam a etapa nacional, que tem como principal produto, além da mobilização, o Relatório Final, o qual traz as deliberações, no formato de diretrizes, propostas e moções, buscando subsidiar a gestão e favorecer o monitoramento por parte da população (GUIZARDI *ET AL.*, 2004). Entretanto, cada vez mais, tem-se discutido a efetividade dos espaços de participação e as possibilidades de potencializá-los. Um dos aspectos a se considerar é que, para atenderem aos seus objetivos, as Conferências de Saúde devem pautar o planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores. E esse aspecto, muitas vezes, tem recebido insuficiente atenção da gestão, dos participantes das Conferências, do controle social e mesmo da academia.

De acordo com Matus (1997), 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.

No 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 e o Relatório Anual de Gestão. Além disso, para além do setor saúde, o governo elabora o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Apesar de previsto nas Leis Orgânicas da Saúde e da exigência de elaboração pelos entes de Planos Municipais e Estaduais, o Plano Nacional de Saúde, grande instrumento norteador da política nacional de saúde, só passou a ser elaborado e publicado a partir de 2004.

Apesar da relevância histórica e política das Conferências de Saúde, ainda são poucos os estudos referentes a elas, e os 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 (GUIZARDI *ET AL.*, 2004; MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014). Todavia, pouco se tem estudado sobre a efetividade desses espaços (LOBATO; MARTICH; PEREIRA, 2016; MÜLLER NETO *ET AL.*, 2006), 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, explicitada, sobretudo, no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual.

Visando a compreender como as Conferências Nacionais de Saúde têm pautado os processos de planejamento do Ministério da Saúde, o estudo buscou analisar os Planos Nacionais de Saúde, relacionando-os aos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no mesmo período (XII à XV), a fim de identificar suas correlações e seus distanciamentos.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, realizada a partir de análise documental. 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, buscam-se informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico – como relatórios, documentos oficiais, notícias –, caracterizando-se como dados originais de fontes primárias (OLIVEIRA, 2007).

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.

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, uma análise mais aprofundada foi realizada, com um levantamento das principais menções ao processo de planejamento feitas nos relatórios finais, bem como referências às Conferências nos Planos Nacionais de Saúde. Também verificou-se como o papel e os encaminhamentos das próprias conferências para a gestão eram pautados nos Relatórios Finais.

O presente artigo faz parte do estudo de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob o parecer nº 1.311.854.

Resultados

Considerando-se o período do estudo, foram analisados quatro Relatórios Finais de Conferências Nacionais de Saúde (XII, XIII, XIV e XV) (BRASIL, 2004, 2008A, 2012, 2016A)

e os quatro Planos Nacionais de Saúde existentes (2004-2007, 2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019) (BRASIL, 2005, 2008B, 2011, 2016A), descritos no *quadro 1*.

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

CNS	Eixos	Diretrizes / Propostas	PNS	Eixos*	Propostas
XII (dez. 2003)	1. Direito à saúde	44	2004- 2007 (publ. 2004)	1. Linhas de atenção à saúde	4 objetivos / 10 Diretrizes / 33 Metas
	2. A seguridade social e a saúde	54		2. Condições de saúde	4 objetivos / 20 Diretrizes / 62 Metas
	3. A intersetorialidade das ações de saúde	80		3. Gestão em saúde	9 objetivos / 16 Diretrizes / 27 Metas
	4. As três esferas de governo e a construção do SUS	38		4. Setor saúde	4 objetivos / 7 Diretriz / 28 Metas
	5. A organização da atenção à saúde	107		5. Investimento em saúde	1 objetivo / 1 diretriz
	6. Controle social e gestão participativa	54			
	7. O trabalho na saúde	104			
	8. Ciência e tecnologia e a saúde	70			
	9. O financiamento da saúde	81			
	10. Comunicação e informação em saúde	91			
XIII (nov. 2007)	1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento	193 ascendentes / 89 inéditas	2008- 2011 (publ. 2007 / 2009)	1. Promoção da saúde	1 Diretriz / 11 Medidas / 32 Metas
	2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o Pacto pela Saúde	244 ascendentes / 162 inéditas		2. Atenção à saúde	4 Diretrizes / 28 Medidas / 87 Metas
	3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde	78 ascendentes / 91 inéditas		3. Complexo industrial da saúde	2 Diretrizes / 14 Medidas / 15 Metas
				4. Força de trabalho em saúde	1 Diretriz / 8 Medidas / 9 Metas
				5. Qualificação da gestão	2 Diretrizes / 5 Medidas / 11 Metas
				6. Participação e controle social	1 Diretriz / 4 Medidas / 5 Metas
				7. Cooperação internacional	1 Diretriz / 4 Medidas / 9 Metas
XIV (nov. e dez. 2011)	1. Em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à seguridade social	35	2012-2015 (publ. 2011)	1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade	13 Metas
	2. Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS	42		2. Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências	5 Metas
	3. Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS	27		3. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha	15 Metas
	4. O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde	9		4. Fortalecimento da rede de saúde mental	4 Metas
	5. Gestão pública para a saúde pública	14		5. Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas	3 Metas
	6. Por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde	38		6. Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena	5 Metas
	7. Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços	30		7. Redução dos riscos e agravos à saúde da população	31 Metas

Quadro 1. (cont.)

XIV (nov. e dez. 2011)	8. Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família	28	2012-2015 (publ. 2011)	8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS	3 Metas		
	9. Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersectoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde	20		9. Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar	2 Metas		
	10. Ampliar e qualificar as atenções especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral	37		10. Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde	10 Metas		
	11. Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis	28		11. Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS	7 Metas		
	12. Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS	15		12. Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa	6 Metas		
	13. Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química	13		13. Qualificação de instrumentos de execução direta	5 Metas		
	14. Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador	4		14. Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países	2 Metas		
	15. Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibição do uso exclusivo de leitos públicos por esses usuários	3		15. Implementar ações de saneamento básico e de saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento (transversal).	Sem meta específica		
				16. Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País (transversal).	Sem meta específica		
	XV (dez. 2015)	1. Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade		5 diretrizes / 108 Propostas	2016-2019 (publ. 2016)	1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde	20 Metas
		2. Participação e Controle Social		8 diretrizes / 70 Propostas		2. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde	25 Metas
		3. Valorização do trabalho e da educação em saúde		3 diretrizes / 86 Propostas		3. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida	3 Metas
		4. Financiamento do SUS e relação público-privado		2 Diretrizes / 62 Propostas		4. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população	20 Metas
		5. Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde		4 Diretrizes / 50 Propostas		5. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	9 Metas
						6. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS	5 Metas
			7. Promover a produção e a disseminação dos conhecimentos científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS	10 Metas			
			8. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária	5 Metas			
			9. Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar	3 Metas			
			3 Metas				

Quadro 1. (cont.)

XV (dez. 2015)	6. Informação, educação e política de comunicação do SUS	4 Diretrizes / 42 Propostas	2016-2019 (publ. 2016)	10. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho	6 Metas
	7. Ciência, tecnologia e inovação no SUS	7 Diretrizes / 84 Propostas		11. Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário	3 Metas
	8. Reformas democráticas e populares do Estado	4 Diretrizes / 58 Propostas		12. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS	7 Metas
				13. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos	5 Metas

Fonte: Elaboração própria.

*Resumidos quando referentes a objetivos mais detalhados.

Publ.: publicado.

Como se observa, há uma variação tanto no quantitativo quanto no formato de abordagem temática e estruturação das conferências e dos planos de saúde. A XII Conferência se estrutura em 10 eixos bastante detalhados, inclusive pelo grande número de propostas aprovadas (total = 723), destacando-se o quantitativo de diretrizes referentes à organização da atenção à saúde e ao trabalho na saúde. A questão dos modelos de atenção era pauta prioritária de discussão nesse contexto de mudança de gestão, bem como a necessidade de estruturar e integrar uma rede de atenção à saúde. O trabalho na saúde vinha recebendo destaque, sobretudo desde a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, publicada no ano anterior e de importância também para o planejamento, e mostra, ademais, o peso da participação dos trabalhadores na Conferência. Já o PNS 2004-2007, publicado no ano seguinte, apresenta 5 eixos, nos quais se dividem as diretrizes, os objetivos e as metas, com destaque para as condições de saúde e as linhas de atenção à saúde.

A XIII Conferência, diferentemente da anterior, não foi estruturada em diversas temáticas, englobando apenas três grandes eixos gerais, com destaque para o de políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o Pacto pela Saúde. O

Pacto havia sido publicado no ano anterior ao de realização da conferência e teve grande importância para a gestão, para o planejamento e para a organização do cuidado e dos serviços de saúde. Essa foi a conferência com o maior número de Resoluções (total = 857) e uma singularidade, com a divisão, no relatório, entre deliberações inéditas (quase 40%) e aquelas vindas das discussões dos municípios e estados. O PNS 2008-2011, semelhantemente ao plano anterior, dividiu-se em diretrizes, medidas e metas e teve maior ênfase na atenção à saúde, mas trouxe temáticas diferentes, como o Complexo Industrial da Saúde – valorizado em um contexto desenvolvimentista do País, também aprofundado na conferência –, e trouxe, também, um eixo de cooperação internacional.

A XIV foi a Conferência com mais eixos, nesse caso, apresentados como diretrizes (14), assim como o Plano 2011-2015 (14), que contava com duas diretrizes transversais do governo federal. Os eixos de ambos os documentos apresentam grande inter-relação, possivelmente, entre outros fatores, pelo fato de o Ministro presidir o Conselho de Saúde no período. No total, a XIV resultou em um número menor de propostas (total = 343) do que a XII e a XIII Conferências. O plano de saúde, sobretudo, apresenta a peculiaridade

desse momento em que a gestão passa a priorizar a organização do cuidado em redes de atenção à saúde.

Na XV, as temáticas foram distribuídas em oito eixos, sendo sete diretamente referentes à política de saúde e um eixo transversal, sobre reformas democráticas e populares do Estado, apresentado como uma inovação nas Conferências, em meio ao contexto de início de uma importante crise política no País. Houve, também, bastante destaque às questões de acesso com qualidade e valorização do trabalho e da educação em saúde, e houve grande mobilização ao redor do tema do financiamento, que havia sido reduzido pouco tempo antes da Conferência. No total, a XV resultou em 560 propostas aprovadas. O PNS 2016-2019 não apresenta importantes inovações, tendo grande similaridade com os eixos do Plano anterior, porém, aparentemente, com menor evidência de integração ao planejamento do governo federal para além do setor saúde.

A seguir, são detalhados os resultados referentes à temática do planejamento em si e ao papel das Conferências, oriundos da análise documental de cada relatório de Conferência, em comparação com o respectivo Plano Nacional de Saúde.

XII Conferência Nacional de Saúde e PNS 2004-2007

A XII Conferência Nacional de Saúde trouxe o tema 'Saúde: um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que Temos, o SUS que Queremos' e foi realizada no final de 2003. Contou com a participação de mais de 4.000 pessoas na etapa nacional e de mais de 100 mil pessoas nas etapas municipais (realizadas em 3.640 municípios) e estaduais (em todos os estados).

Essa Conferência teve algumas inovações bastante importantes, que, como apontado no Relatório Final, ocasionaram sucessos e algumas frustrações. Houve a decisão de antecipar a Conferência para o primeiro ano de gestão, para que pudesse impactar mais e

gerar mudanças necessárias para a gestão do SUS, já que, até então, as Conferências ocorriam, em geral, no segundo ano de gestão federal. Também foram elaborados documentos de referência pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, distribuídos após as etapas municipais, e foi feito uso intensivo da informática, com a criação de um sistema de alimentação, indexação e agrupamento das propostas das conferências estaduais, dos grupos de trabalho e das emendas da plenária da etapa nacional. Isso possibilitou, pela primeira vez, a sistematização dos relatórios estaduais em um caderno de propostas, conferindo mais importância às etapas municipais e estaduais, porém, também teve impacto no aumento significativo do número de propostas aprovadas em etapa nacional.

Uma importante dificuldade encontrada no processo foi a de finalização da votação das propostas. Com o grande quantitativo, a votação não foi concluída no Plenário da Conferência. Assim, o Conselho Nacional de Saúde realizou uma revisão das deliberações, separando as propostas consideradas polêmicas e pendentes de votação e enviando-as às delegadas e aos delegados da Conferência. Essa votação domiciliar, realizada pela primeira vez, atingiu 58,3% dos delegados e voltou para o plenário do Conselho, onde foram votadas as moções. O relatório foi concluído com 723 propostas, de 10 diferentes eixos.

No relatório da XII, o planejamento é mencionado desde a apresentação dos relatores – que contextualizam a antecipação da Conferência para subsidiar a elaboração do Plano Nacional de Saúde – até as diretrizes em si.

O Eixo 4 é o que mais aborda essa temática, uma vez que trata da gestão do SUS e do papel das três esferas de gestão. Inicia com a diretriz de rediscussão pela sociedade do pacto federativo para a formulação do Plano Nacional de Saúde e para aprovação da Lei da Responsabilidade Social, e também é proposta a instituição de equipes de representação tripartite entre gestores do SUS para elaborar o

Plano Nacional de Saúde, em processo ascendente, submetido aos conselhos de saúde e com atualização anual. Além do PNS, são destacados: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o PPA, com propostas de integração entre os instrumentos; a democratização dos instrumentos de pactuação e avaliação; a elaboração baseada nas necessidades de saúde; e a revisão anual do PPA das três esferas, com participação da sociedade e adequação dos conteúdos para viabilização dos Planos e Quadros de Metas.

Também há menção ao planejamento nos eixos referentes à intersectorialidade, à organização da atenção à saúde, ao financiamento, à comunicação e à ciência e tecnologia. Destacam-se as diretrizes que pautam a necessidade de fortalecimento da intersectorialidade na elaboração dos planos anuais e plurianuais das três esferas, com a compatibilização dos planos setoriais; a necessidade de priorizações de pautas no PNS, como a pesquisa em saúde; a utilização dos planos de saúde e planos diretores como base para investimento; a realização de pesquisas de opinião pública coordenadas pelos conselhos de saúde para a reprogramação dos planos; e a integração entre distintos instrumentos de planejamento no setor saúde. Há referência, ainda, aos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos (PDI).

O próprio relatório traz, também, propostas sobre o papel das conferências no planejamento, no monitoramento e na implementação das resoluções, das quais, destacam-se as diretrizes de garantia do cumprimento das deliberações das conferências pelos gestores, inclusive com possibilidade de punições; de alteração do caráter propositivo para deliberativo; e de criação de fóruns de acompanhamento das resoluções das conferências.

Já o Plano Nacional de Saúde 2004-2007, intitulado 'Um Pacto pela Saúde no Brasil', aprovado em dezembro de 2004 pela Portaria nº 2.607/2004, faz menção à Conferência desde a introdução até os objetivos e as referências. Destaca-se que o Plano foi elaborado no ano seguinte ao da realização da

Conferência e teve como base suas deliberações. Além da realização da Conferência em si, foi desenvolvido o Projeto Saúde 2004 – contribuição aos debates da XII Conferência – e feita uma pesquisa junto aos participantes da Conferência sobre suas opiniões e sugestões de prioridades a serem contempladas no Plano Nacional. Ainda, o PPA 2004-2007 é mencionado como base na elaboração do Plano, que foi objeto de discussão em fóruns internos do Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Como meta para o objetivo de fortalecimento da gestão democrática e do aprimoramento das instâncias e dos processos de participação, o PNS 2004-2007 aponta a realização da XIII Conferência Nacional de Saúde.

Como descrito no relatório final da XII, o resultado da Conferência é a base da Política Nacional de Saúde a ser implantada, que deve ser muitas vezes revisitado pelos formuladores de política, gestores, usuários, agentes do controle social, profissionais da saúde, legisladores, analistas, enfim, por uma expressiva amostra da sociedade brasileira.

XIII Conferência Nacional de Saúde e PNS 2008-2011

A XIII Conferência aconteceu de 14 a 18 de novembro de 2007, com o tema 'Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento'. A etapa nacional contou com 4700 participantes, entre gestores, trabalhadores, usuários, parlamentares, professores e observadores estrangeiros. Dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 (77%) realizaram suas Conferências Municipais. Foram aprovadas 857 Resoluções e 157 Moções.

Os debates giraram em torno, principalmente, de reflexões e deliberações sobre a intersectorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira

única do SUS. Pela primeira vez, a coordenação geral da Conferência foi feita pelo Presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde, da categoria de profissionais, dando bastante ênfase ao protagonismo dos conselhos de saúde. Em seu relatório, é apontado que

essa XIII Conferência Nacional de Saúde elevou as discussões e deliberações da Conferência a um patamar superior, qualificado, maduro e muito mais complexo que em momentos pretéritos. (BRASIL, 2008A, P. 7).

O relatório da XIII Conferência traz diversas deliberações referentes ao processo de planejamento. O Eixo 2, que também trata da gestão, é o que apresenta maior número de propostas da temática, uma delas aparecendo de forma repetida. É apontada a necessidade de construção ascendente e estratégica dos planos de saúde, envolvendo a participação efetiva de servidores públicos e lideranças locais nos processos de programação e avaliação das metas, garantindo um modelo de acordo com os princípios do SUS.

São pautados, ainda, o planejamento participativo e a implementação de instrumentos como o PDR, o PDI e a PPI, bem como o Pacto pela Saúde, instituído após a XII Conferência. É ressaltada a importância de qualificação da gestão quanto ao alcance de resultados sanitários, com destaque para a regionalização.

Os demais eixos também apontam questões referentes ao planejamento, retomando a questão da intersectorialidade e da integração das políticas sociais, sobretudo no âmbito da seguridade social. Trazem, ainda, a necessidade de que os instrumentos gerais de planejamento do governo federal (PPA, LDO e LOA) sejam baseados nos relatórios das Conferências, nos planos de saúde aprovados pelos conselhos e no Pacto pela Saúde, como é preconizado. Uma deliberação diferenciada refere-se às emendas parlamentares, em que é defendida a necessidade de estas estarem de acordo com as prioridades previstas no Plano de Saúde da esfera correspondente e de

serem aprovadas e controladas pelo respectivo conselho.

No contexto de deliberações no Relatório Final sobre as próprias conferências, assim como na XII, a XIII defendeu a necessidade de criação de uma comissão permanente composta por delegados e conselheiros de saúde para monitorar a implementação das propostas aprovadas e de realização das Conferências no primeiro ano da gestão, para que constituam diretrizes para a política de saúde. Além disso, propôs a implantação de um sistema de informação para acompanhamento detalhado das deliberações e pautou a necessidade de ampla divulgação dos relatórios das conferências nos meios de comunicação, sob responsabilidade dos conselhos de saúde, e de prestações de contas por parte da gestão. Por fim, foi aprovada, ainda, a necessidade de ampla avaliação da participação e do controle social no SUS, nas três esferas, bem como a revisão e a inovação da metodologia da conferência, que também foi tema de uma das moções aprovadas.

Por outro lado, o Plano Nacional de Saúde 2008-2011, intitulado 'Mais Saúde – Direito de Todos', não menciona a XIII Conferência Nacional de Saúde, até porque foi elaborado no primeiro ano da gestão, tendo sido revisto posteriormente. Faz referência às Conferências na contextualização do Eixo 6 – Participação e Controle Social –, mencionando, de forma geral, da VIII à XII, sobretudo esta última, afirmando a relevância dessas instâncias de participação social. Recupera, ainda, algumas propostas emanadas das Conferências, referentes aos Conselhos e a outros canais de participação social, que devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS e à participação da população.

XIV Conferência Nacional de Saúde e PNS 2012-2015

A XIV Conferência Nacional de Saúde traz a temática 'Todos usam o SUS! SUS

na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro’, tendo a etapa nacional ocorrido de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011. Foram realizadas 4.374 Conferências municipais e estaduais, equivalendo a 78% das conferências esperadas, e participaram da etapa nacional mais de 4.000 pessoas, entre convidados, organizadores e delegados representantes da sociedade, de trabalhadores, prestadores e gestores.

É importante destacar que houve uma importante redução no número de resoluções constantes no Relatório Final da XIV, em contraposição ao número crescente que vinha marcando as Conferências, o que é mencionado como fruto do esforço de priorização de propostas e do trabalho de sistematização das propostas vindas de estados e municípios. Não houve espaço para criação de novas propostas na etapa nacional, o que representou quase 40% das propostas da XIII Conferência, por exemplo. Mesmo assim, não foram poucas Resoluções, sendo 343 aprovadas.

Além do Relatório Final, foi elaborado, também, outro documento destinado à sociedade brasileira, intitulado Carta da XIV Conferência Nacional de Saúde, que, além de apontar os principais pontos discutidos na Conferência, tinha o objetivo de mobilizar a população para a defesa do SUS, com grande ênfase para o controle social e o combate à privatização da saúde.

O relatório da XIV Conferência é o que faz menos menção a aspectos do processo de planejamento de uma forma geral. Defende a necessidade de melhoria da efetividade do planejamento integrado entre as esferas e da participação da comunidade no planejamento das ações de saúde, com o fortalecimento do planejamento estratégico e da gestão participativa. Traz, ainda, uma resolução que pauta a garantia de que as propostas aprovadas nas conferências anteriores sejam utilizadas como subsídios para aprimorar os planos municipais de saúde, com acompanhamento dos conselhos. Entretanto, esse aspecto não é apresentado para a esfera federal.

A questão dos encaminhamentos das Conferências é trazida no relatório final de forma incisiva, com a aprovação de proposta de responsabilização de gestores que não cumprirem as Resoluções dos conselhos e das conferências, em especial, quanto à dotação orçamentária, e da garantia de execução das propostas nas três esferas por meio de termo de compromisso nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. Também é pautada a garantia de divulgação ampla e irrestrita em mídia nacional sobre a realização das conferências, bem como dos seus relatórios. Ainda, a Carta da Conferência à sociedade brasileira reafirma o compromisso pela implantação de todas as deliberações da XIV Conferência, que será orientadora das ações nos quatro anos seguintes, para a garantia do direito à saúde.

Entretanto, o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 não faz menção à XIV Conferência e também foi elaborado antes da realização da etapa final da Conferência. A referência às Conferências de Saúde só é feita de forma superficial na Análise Situacional do Plano, quando descreve os desafios e as limitações da Participação e do Controle Social. Nesse ponto, menciona que as deliberações de Conferências, bem como o reconhecimento de diversos problemas relacionados à institucionalização da participação social, desencadearam diversas ações por parte do Ministério da Saúde, como ações de educação permanente dos conselheiros de saúde. A Diretriz 12, que contempla a gestão participativa e a participação social, traz como uma das metas a realização da XV Conferência Nacional de Saúde.

XV Conferência Nacional de Saúde e PNS 2016-2019

A XV Conferência Nacional de Saúde teve como tema ‘Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro’, com realização da etapa nacional de 1 a 4 de dezembro, em Brasília, tendo a

participação de cerca de 3 mil pessoas, entre delegados e convidados. Foi a primeira conferência em que a Presidência do Conselho Nacional de Saúde estava a cargo de uma representante do segmento de usuários do SUS.

As diretrizes, propostas e moções aprovadas na conferência foram publicadas no Diário Oficial da União, em maio de 2016, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde e homologação do Ministro da Saúde (BRASIL, 2016B), porém, não houve publicação de Relatório Final completo até 18 meses após a Conferência.

A conferência apresentou uma tentativa de priorização das propostas, e, pela primeira vez, foi publicada a porcentagem de aprovação de cada diretriz e proposta, contabilizada a partir da votação eletrônica feita pelos delegados da conferência. No total, foram 37 Diretrizes e 560 Propostas aprovadas.

A questão do planejamento não foi diretamente mencionada em nenhuma diretriz da conferência, mas apareceu em algumas propostas. O planejamento integrado entre os entes federativos foi novamente pautado nessa conferência, no sentido de aprimoramento da relação federativa do SUS e do fortalecimento da gestão compartilhada nas regiões de saúde, com adoção do Contrato Organizativo da Ação Pública da saúde (Coap) e com controle social. Também a questão dos instrumentos de planejamento foi mencionada na defesa de aumento do investimento federal de saúde, com inclusão no PPA, LDO e LOA.

Uma das propostas foi feita no sentido de exigir o cumprimento das ações previstas no PPA por parte dos gestores, enquanto outras, no sentido da publicização e da transparência dos instrumentos, dando visibilidade e ampla divulgação, via audiências públicas ou outras estratégias de comunicação, aos Planos de Saúde, à Programação Anual de Saúde, aos demonstrativos de indicadores epidemiológicos, à aplicação de recursos financeiros e às próprias resoluções da conferência. Nesse sentido, uma das propostas dizia respeito à formatação dos documentos oriundos das conferências, num formato objetivo e com

diretrizes claras, a fim de aprimorar o planejamento e facilitar o conhecimento dos integrantes dos conselhos, movimentos e entidades em geral.

Assim como na conferência anterior, a questão dos encaminhamentos das Conferências foi abordada de forma incisiva, e, na XV, foi tema de diversas propostas, algumas até de forma repetida, sobretudo no que tange ao monitoramento das resoluções, seja por meio de instrumentos já instituídos, como Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, seja por redes sociais. A garantia da execução e da efetivação das resoluções da conferência também foi proposta por meio de Termo de Compromisso com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) ou, ainda, por meio de comissão instituída por representantes dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde e do Ministério Público. Destaca-se que algumas propostas apresentam sentido mais geral, enquanto vão a um nível de detalhamento de sugerir, inclusive, o número de participantes das comissões de monitoramento e cronograma. O monitoramento das conferências anteriores também é proposto, de maneira permanente, verificando e comparando resultados positivos e negativos e o status de implantação, com divulgação periódica.

Foi proposta, ainda, a inclusão das conferências nos instrumentos de gestão e que sua execução ocorra até os primeiros 120 dias de gestão. Como nas conferências anteriores, houve também propostas defendendo a responsabilização dos gestores pela não implementação das resoluções das conferências e dos conselhos, uma vez que esse é o espaço de efetiva manifestação e vocalização popular sobre as suas demandas de saúde.

Quanto ao Plano Nacional de Saúde 2016-2019, este foi publicado de forma mais tardia que o plano anterior, tendo sido aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em julho de 2016. São apresentadas considerações sobre a estruturação do plano; uma

detalhada análise situacional; os 13 objetivos, com suas respectivas metas; e informações sobre a gestão do plano.

Na introdução sobre a estruturação do plano, é apontado que os planos de saúde nas três esferas devem considerar as diretrizes definidas nas conferências e pelos conselhos, contudo, não há menção sobre a utilização das diretrizes e propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde como base para a elaboração do Plano. Todavia, é apresentada uma tabela das Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde por Eixos Temáticos, sendo estes os mesmos da XV Conferência, com diretrizes relacionadas.

Quanto aos objetivos do Plano, as conferências só são mencionadas, de forma geral, no Objetivo 11, referente ao controle social e aos canais de interação com os usuários, porém, sem meta específica.

Discussão

A partir da análise realizada, verificou-se que várias propostas referentes ao planejamento e aos encaminhamentos necessários se repetem ao longo das conferências, sobretudo as referentes à garantia de implementação das resoluções e do seu monitoramento, o que ainda não se concretizou de forma efetiva. Há restrita menção ao planejamento nos relatórios, apesar de estar presente em todos eles, e quase nenhuma menção às conferências nos Planos Nacionais de Saúde.

A decisão de antecipação das Conferências para o primeiro ano de gestão federal foi importante, porém, por si só, não garante que o planejamento no SUS seja pautado pelas Resoluções das conferências, até porque a elaboração do Plano Plurianual se dá já no início do ano, para ser encaminhado ao Congresso Nacional até 31 de agosto do primeiro ano da gestão, e a intenção é que o Plano Nacional de Saúde seja construído anteriormente, para subsidiá-lo. As etapas nacionais das Conferências Nacionais de Saúde têm

acontecido no final do ano, com um período de cerca de um ano entre a realização e a publicação de seu Relatório Final.

Ressalta-se que, de acordo com a Portaria nº 2.135/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, deve ocorrer compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (PPA, LDO e LOA), em cada esfera de gestão (BRASIL, 2013A). Em 2011, o Ministério da Saúde também elaborou seu primeiro Planejamento Estratégico 2011-2015, 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) (BRASIL, 2013B).

Embora haja revisão anual dos instrumentos de planejamento, há um desalinhamento nos tempos de elaboração da base do planejamento e da realização das conferências, o que compromete sua efetividade. Isso ficou visível nos Planos Nacionais de Saúde analisados, que, com exceção do primeiro (2004-2007), não mencionam a Conferência como uma das bases para sua elaboração. Também o tema da gestão do SUS, com as etapas de planejamento, execução, monitoramento e avaliação, às vezes, não possui a centralidade necessária nos processos de participação, como verificado na XIV Conferência.

Apesar de o PNS 2008-2011 não mencionar a XIII Conferência como base, em 2010, foi publicado, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Série 'Cadernos de Planejamento', um caderno específico sobre o PNS 2008/2009-2011, no qual é destacado que, embora a elaboração do Plano tenha se iniciado no começo de 2007 e tenham sido construídas as diretrizes para o PPA elaborado naquele ano, algumas alterações de conjuntura alteraram seu processo, tendo sido submetido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde apenas em 2009. É destacado que a elaboração do Plano esteve

fundamentada em documentos orientadores, entre eles, o Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2010).

Os conselhos de saúde também possuem importante papel no processo de planejamento para a consolidação da gestão participativa e democrática do SUS. Além de ser papel dos conselhos a definição das diretrizes para a elaboração dos Planos de Saúde das respectivas esferas – diretrizes essas que deveriam ser elaboradas a partir das conferências de saúde –, os planos precisam ser analisados e passar pela aprovação dos conselhos. Fleury e Ouverney (2012) apontam que, no que tange ao compartilhamento do poder decisório, é essencial que os gestores compreendam que tanto a definição dos macro-objetivos, das diretrizes e metas da agenda das políticas públicas de saúde quanto as questões processuais referentes à sua implantação estão sujeitas à ação política dos distintos grupos de interesse que fazem parte dos conselhos de saúde.

Outra questão importante identificada, referente aos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, é o grande número de Resoluções aprovadas nas últimas conferências, sem hierarquia entre elas. Apesar de o fato 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 prioridades e das diretrizes que devem orientar a política de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, grande marco da participação social na saúde, ocorrida em 1986, teve apenas 49 propostas aprovadas, porém, com uma potência que consolidou as bases da proposta de criação de um SUS. Como apontado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2009), se as conferências não indicarem o que é mais importante, torna-se impossível identificar as prioridades, o que compromete o esforço de análise e acompanhamento que deve ser feito pelos Conselhos de Saúde sobre o planejamento da ação governamental.

Reconhece-se que, para além da etapa

nacional, as demais etapas das Conferências, que ocorrem anteriormente, também podem e devem trazer importantes subsídios para a gestão, inclusive porque se preconiza que o planejamento no SUS ocorra de forma ascendente. Também, a mobilização gerada pelos espaços de participação social é de grande importância para o fortalecimento da gestão participativa, e os tensionamentos evidenciados nas conferências contribuem para a inclusão de temáticas na agenda da política de saúde.

É reiterada nas distintas conferências a necessidade de revisão da metodologia desses espaços. Experiências exitosas nos níveis locais têm sido realizadas e precisam ser consideradas no processo de avaliação e para inovação do controle e da participação social no SUS (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012). Percebe-se essa tentativa, também, no âmbito nacional, sobretudo na XV Conferência, que ainda não teve seu Relatório Final completo publicado, mas que passou a prever, já em seu documento orientador, a priorização das propostas desde as etapas municipais até a nacional, bem como fortaleceu a importância das conferências livres e instituiu critérios de equidade para os participantes (BRASIL, 2015). Ainda, a XV incluiu na programação um ato público em frente ao Congresso Nacional, no momento de início de processo de *impeachment* presidencial bastante discutível e contrário às defesas da maior parte dos movimentos, conjuntura que também influenciou diretamente o processo de planejamento do Ministério.

Para além das normativas e dos documentos de planejamento, sabe-se que alterações na conjuntura, a busca de soluções para problemas recorrentes ou pontuais identificados e os atores envolvidos nos processos influenciam a alteração e a criação de políticas e programas, como, por exemplo, ocorreu com o Pacto pela Saúde, instituído na primeira gestão analisada neste estudo; a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, instituída no segundo período; e o Programa Mais Médicos, instituído no terceiro; entre tantos outros, que nem sempre

estão no Plano Nacional de Saúde. Também a estrutura do Ministério da Saúde foi alterada cerca de dez vezes no período analisado.

Contudo, isso não exclui a necessidade de investir no planejamento e no fortalecimento das instâncias de participação, no sentido de garantir ainda mais efetividade no controle e na participação sociais. Em estudo exploratório publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), referente à efetividade de três Conferências Nacionais – II Conferência Nacional de Aquicultura e Pesca (2006), III Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (2005) e I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (2004) –, realizado a partir da análise dos relatórios das conferências e dos planos de ação elaborados pela gestão logo após as conferências, foi verificado grau de efetividade média para a primeira e para a segunda (40% de inclusão das propostas) e alto para a terceira (72% de inclusão). São apontados quatro fatores explicativos acerca da efetividade das instâncias participativas, quais sejam: o contexto político; a natureza da política pública; a organização da sociedade civil; e o desenho institucional da conferência (PETINELLI, 2013).

Percebe-se, assim, que as conferências também expressam disputas, próprias do jogo político, e, como apontado por Guizardi *et al.* (2004, p. 17),

é absolutamente esperado que alguns dos defensores de posições distintas das aprovadas construam estratégias voltadas a atenuar o impacto das resoluções da conferência no cotidiano da formulação de políticas, estratégias que podem incluir, por exemplo, as tentativas de reinterpretar ou de simplesmente ignorar aquelas resoluções.

Conclusões

Verificou-se que o PNS e outros 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, isso parece ser pouco levado em consideração. 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 alguns aspectos precisam ser revistos para aumentar sua efetividade.

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 seu principal objetivo, que é apontar as diretrizes para a Política de Saúde. Além disso, também é essencial rever os processos de elaboração 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 as trabalhadoras e os trabalhadores empoderados, pautando e construindo coletivamente com a gestão os rumos para a garantia do direito à saúde e para o fortalecimento da democracia.

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 extrapola o objetivo aqui pretendido, mas que também possui relevância na análise da efetividade das instâncias de participação. Sugere-se um acompanhamento maior da academia, da gestão e da população sobre o planejamento e a execução da política de saúde e a realização de mais estudos referentes à temática das conferências de saúde e seus impactos, contemplando, também, outras metodologias e objetos de análise.

Colaboradores

LMR participou de todas as etapas de elaboração do artigo.

HES e LMPS participaram da concepção e do delineamento do artigo, da definição metodológica, da revisão crítica e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 5 jun. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: um Pacto pela Saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 set. 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Consolidado dos relatórios das conferências estaduais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 501, de 7 de maio de 2015, *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/05mai13_Reso501_em_homologacao.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 507, de 16 de março de 2016.

- Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mai. 2016b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília, DF: CONASS, 2009.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642012000200007>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- LOBATO, L. V. C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. D. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00074.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1997.
- MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, 2014.
- MÜLLER NETO, J. S. *et al.* Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73-74, p. 248-274, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309010.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- 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, C. H. L. (Org.). *Conferências Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade*. Brasília, DF: IPEA, 2013. p. 207-242.
- TOFANI, L. F. N.; CARPINTÉRO, M. C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 244-252, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/sausoc/v21s1/21.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

Recebido para publicação em março de 2017
 Versão final em agosto de 2017
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve