

25 ANOS DE CONFERÊNCIAS DEMOCRÁTICAS E PARTICIPATIVAS: ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.

Andrey Almeida Loiola,

Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 1º, Parágrafo Único – Constituição Federal, 1988.

INTRODUÇÃO

Segundo o Art. 1º da Constituição Federal a República Federativa do Brasil “constitui-se em Estado democrático de direito”. Os artigos 196 a 200, que tratam da seção de saúde, foram regulamentados por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que instituíram as competências das três esferas de governo e os mecanismos de participação social. As ações e serviços públicos de saúde organizam-se de acordo com algumas diretrizes, dentre elas a participação comunitária. (Brasil, 1988, p.117)

A gestão participativa das políticas públicas tem na Constituição seu arcabouço legal. Apesar deste marco legal, Breder (2006, p. 191) acrescenta que “não se pode dizer que o controle social teve sua origem na Constituição Federal de 1988, mas, sem dúvida, [...] foi um marco no delineamento do modelo que vem sendo construído desde então”.

Os movimentos sociais cresceram e se fortaleceram nas décadas de 1970-80 com a supressão do regime autoritário, quando houve pressão de parcela da sociedade no sentido de garantir os direitos sociais aos indivíduos, utilizando a participação social como instrumento democrático que possibilitasse o diálogo e aprofundamento democrático nos negócios do Estado. (Parente, 2006. p. 206)

A década de 1990 impulsionou a criação e normatização das instâncias de controle social durante o processo de descentralização do SUS. O Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Saúde decidiram garantir a transferência dos recursos públicos às secretarias estaduais e municipais de saúde mediante a existência formal e legal dos conselhos de saúde, acrescido da análise e aprovação dos planos de saúde, orçamentos e relatórios de gestão pelo respectivo conselho. (Pereira e Pereira, 2014. p. 422)

Mesmo com a garantia do controle social, infelizmente, na sociedade brasileira “*permeia o senso comum a ideia de que a mais importante participação política é a eleitoral e, para expressivo contingente da população, também a única*”. (Meireles, 2001, p.111) Todavia a democracia representativa é uma democracia de baixa

intensidade. Ao restringir os espaços públicos, há a tendência em “absolutizar” a vontade do representante em detrimento da comunidade política que se pretende representar. A baixa intensidade democrática se expressa na corrupção, na má redistribuição social e na conversão das políticas sociais em medidas filantrópicas destituídas de direito. (Pereira, 2010, p. 39-41)

Para Leão e Lage (2001, p.60), o Estado, embora imprescindível no que diz respeito à responsabilidade do financiamento e à condução das políticas públicas, é incapaz de responder sozinho às demandas sociais. Nesse contexto, a sociedade participa da formulação e avaliação das políticas públicas com propostas revestidas de caráter transformador.

A participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é estabelecida por meio das instâncias colegiadas conselhos e conferências de saúde. Os conselhos de saúde são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em sua instância correspondente. As conferências de saúde reúnem diversas representações de segmentos sociais com o objetivo de avaliar a situação e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo¹.

A Resolução 453/2012² do Conselho Nacional de Saúde (CNS) determina que “*os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde*”. Dessa maneira, os Conselhos de Saúde constituem “*uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros*”.

A Política Nacional de Participação Social, publicada em 2014³ define conferência como *instância periódica de debate, de formulação e de avaliação sobre temas específicos e de interesse público [...]*. Importante ressaltar que as conferências nacionais de saúde são processos construtivos e ascendentes, correspondendo, segundo Cortês (2009, p. 118) a “*fóruns eventuais, complexos, que se constituem ao longo de meses, iniciando nos municípios [...], progredindo ao nível estadual e culminando com uma conferência nacional*”.

O objetivo das Conferências é melhorar a saúde da população. Para tanto, as conferências devem estar alinhadas no sentido de entender o que deve ser feito para garantir a saúde da população, o que acontece realmente para que esse feito não seja

¹ Lei 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

² Resolução nº 453. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

³ Decreto 8.243/2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências.

realizado e, por fim, como fazer para que o desejo e o real se efetivem. (Carvalho, 2014, p. 107)

Apesar das Conferências de Saúde serem unanimemente espaços estratégicos e democráticos promotores de cidadania, é questionável a capacidade que as mesmas têm em reverberar suas deliberações em políticas de saúde. Muller Neto et al (2006, p. 271) atribuem a baixa influência das deliberações nas agendas de prioridades governamentais a um “conjunto complexo de determinações” que precisam ser desvendados no intuito de auxiliar as praticas de gestão. Recentemente, o mesmo autor reafirma, quanto à efetividade na gestão e definição de prioridades das políticas, que:

[...] as deliberações das conferências não têm caráter vinculativo, e seu estatuto de representação é objeto de disputa e diferentes interpretações por parte dos componentes da esfera pública sanitária. Daí a razão, entre outra, da dificuldade em tornar efetiva no âmbito da gestão do SUS a determinação legal que afirma ser atribuição das conferências de saúde definir as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. (Muller Neto e Artmann, 2014, p. 76)

A crítica de Sarah Escorel (2008, p. 1006) ao não cumprimento por parte do governo, representado pelo Poder Executivo, à agenda ‘pós-conferência’ gira em torno de que “*não tendo caráter deliberativo e funcionando mais como um mecanismo de auscultação da sociedade, os debates das conferências nem sempre se desdobraram em ações do Executivo*”.

No entanto, alguns contra-argumentos podem relativizar essa crítica, por exemplo a respeito da sobrecarga dos mecanismos de participação social. Pode-se compreender, noutra direção, que as transformações necessárias ao sistema de saúde não são responsabilidade exclusiva dos conselhos e conferências, mas é notável que há uma excessiva canalização a essas instâncias em detrimento das responsabilidades do Executivo e do Legislativo. (Escorel e Moreira, 2009, p. 240)

Sendo assim, o presente estudo não tem por objetivo analisar a efetividade do processo participativo na formulação e avaliação das políticas públicas. Todavia, entendendo que conferências são mecanismos democrático-participativos e que seu método pode estar inadequado (CONASS, 2009, p.51), pretende-se identificar tendências, avanços e desafios das últimas conferências nacionais de saúde no intuito de propor princípios e diretrizes gerais para a 15ª CNS, a se realizar em 2015.

METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo documental que se debruça sobre os relatórios finais das conferências nacionais de saúde desde a 8ª CNS, utilizando como método a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011, p.15), “*a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados*”.

Partiu-se do pressuposto de que “em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde alterou a composição tradicional das Conferências de Saúde, até então limitadas aos setores técnicos e à burocracia governamental”. (Escorel e Moreira, 2009, p.233) Portanto, a 8ª CNS é, além de marco no ideário do SUS, a primeira conferência de saúde democrática no Brasil.

Identificados os relatórios finais⁴, desde a 8ª CNS, foram definidas as variáveis analíticas que deveriam permitir a compreensão das permanências e mudanças observadas nas conferências nacionais de saúde. O relatório final da 14ª CNS foi assumido como ponto de partida, posto que acumulava a expertise do decorrer dos anos. Sintetizamos as 23 (vinte e três) variáveis inicialmente encontradas em 16 (dezesesseis) categorias finais que estão descritas no quadro a seguir:

Quadro 1. Categorias analíticas obtidas a partir do relatório final da 14ª conferência.

Eixos, temas e diretrizes;	Origem das proposições discutidas e aprovadas pelos delegados;	Nº de conferências municipais e estaduais;	Participantes;
Segmentos de representação dos participantes;	Instâncias de discussão;	Total de propostas/deliberações;	Deliberações sobre Conferências de Saúde;
Total de moções;	Moções relacionadas à organização das Conferências de Saúde;	Considerações para a próxima conferência.	Proposições que incluem populações específicas;
Tempo entre o último dia da Conferência e publicação do Relatório;	Grupo de Relatoria;	Quem assina o Relatório;	Nº de Páginas;

Fonte: Baseado em Brasil, 2012. Relatório final da 14ª CNS.

As variáveis foram objeto de análise em todos os relatórios finais, desde a 8ª até a 14ª conferência, o que permitiu a comparação dos achados. Utilizou-se de artigos científicos, publicações oficiais, reportagens e noticiários na mídia setorial da saúde no intuito de entender os contextos e validar as informações. Destaca-se que a análise das deliberações restringiu-se às proposições específicas sobre conferências no intuito de não escapar do objetivo desse trabalho.

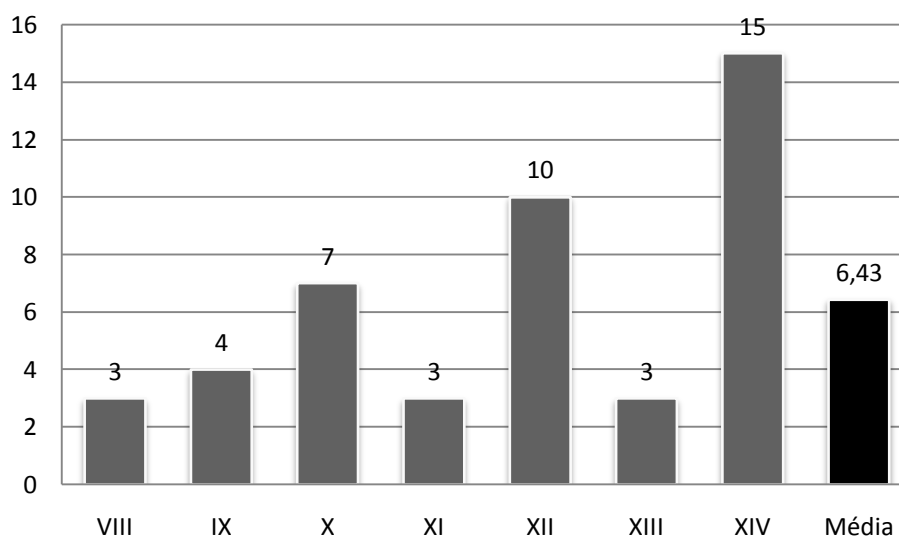
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Eixos, temas e diretrizes.

O temário das CNS pode – e deve - direcionar os rumos das políticas públicas de saúde, todavia “é preciso ter cuidado para não ficar em generalismos que pouco contribuem no momento de planejar as ações em saúde”. (Carvalho, 2014, p. 107)

Gráfico 1. Quantidade de eixos, temas e diretrizes das etapas nacionais da CNS de 1986 a 2012.

⁴ Anexo I.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se um padrão de distribuição do tipo ondular quanto ao número de temas, eixos ou diretrizes ao longo da série histórica desde a 8ª CNS, com alternância entre valores menores e maiores a cada conferência. A média gira em torno de 6,4 temas/eixos/diretrizes por conferência.

O tema mais permanente nas conferências nacionais de saúde tem sido a própria Participação e o Controle Social em Saúde, haja visto que as CNS são processos democráticos e participativos plurais que envolvem diversos movimentos sociais, acadêmicos, gestores e parlamentares. A prevalência desse tema traduz duas possibilidades de explicação, não excludentes entre si: a primeira que a participação social em saúde é considerada como um processo ainda a ser consolidado; e uma segunda, que a sua discussão é imprescindível e indissociável das Conferências Nacionais de Saúde por ser ambiente propício à discussão.

O direito a saúde, por sua vez, quando apresentado nos temas das conferências, sempre foi o primeiro tema/eixo/diretriz a ser tratado, o que demonstra sua importância no processo de construção do SUS. Podemos dizer que esse segundo tema perpassou todas as conferências de saúde, com exceção da 9ª CNS, muito provavelmente porque ao se implantar o SUS na Constituição Federal de 1988 esse direito foi entendido como assegurado. No entanto na 13ª CNS o direito a saúde é tratado no temário como algo ainda a positivar: “*Tema I - Desafio para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI [...]*”. Cabe dizer que esse direito em debate não se refere a uma reformulação na Constituição Federal, mas de garantir o acesso da população aos serviços e sistemas de saúde, portanto, uma melhoria na relação entre a demanda e a oferta.

Seguindo a lógica do direito a saúde, o financiamento deixou de ser temário das conferências somente na 13ª conferência. Na 14ª CNS o tema foi tratado como “subfinanciamento”, o que aponta para a má qualidade na prestação de serviços de

saúde em contrapartida de uma alta carga de impostos no sistema tributário (Vianna, 2007, p. 240-241). É verdade, entretanto, que o financiamento é um tema de difícil compreensão, tanto por parte dos gestores quanto por parte dos usuários do SUS. Representando os gestores, por exemplo, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) abordou financiamento na programação dos congressos de 2013⁵ e 2014⁶.

O trabalho em saúde em forma de políticas de recursos humanos no SUS também é tema bastante debatido nas conferências, na mesma proporção (4/6) da organização assistencial e modelos assistenciais em saúde.

A comunicação e informação em saúde aparece na 12^a pela primeira vez como eixo das conferências e o mesmo se repete na 14^a na possibilidade de construir uma política de informação e comunicação que assegure a gestão participativa.

Apenas na 9^a CNS o poder legislativo foi priorizado nos eixos das conferências, o que pode gerar excesso de deliberações que não são traduzidas em políticas ou mesmo não são aplicadas, pois no processo democrático há certa dependência desses atores. Não somente no processo democrático, mas ao controle social essa dependência se estabelece quando compete aos conselhos o encaminhamento das deliberações e aprovações ao poder legislativo⁷.

Novas formas de organização dos serviços de saúde têm sido debatidas: as Redes de Atenção à Saúde (RAS) integraram recentemente essa discussão. A palavra “Redes” foi utilizada pela primeira vez na 14^a CNS e repetida em quatro diretrizes dentre as catorze dessa conferência, o que indica uma aceitação da proposta por parte do Controle Social.

Na 14^a CNS pela primeira e única vez se trouxe a tona o sistema de saúde suplementar. O objetivo era alcançar um ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses usuários. O sistema suplementar tem sido na verdade elementar, gerando receitas maiores do que as do SUS ao erário, mobilizando cerca de 55% de todos os recursos que estão envolvidos no setor saúde. (Bahia e Scheffer, 2010)

Outros temas aparecem com menor frequência mas não menos importância, a saber: Vigilância em Saúde, Ciência e Tecnologia, Intersetorialidade, Seguridade Social e outras diretrizes mais específicas. Destaca-se, entretanto, que alguns desses temas menos abrangentes têm sido objeto de conferências temáticas específicas.

Origem das Proposições Discutidas

⁵ XXIX Congresso do CONASEMS. Disponível em:

<http://www.fazendomais.com/conasems/index.php/atividades/programacao>

⁶ XXX Congresso do CONASEMS. Disponível em:

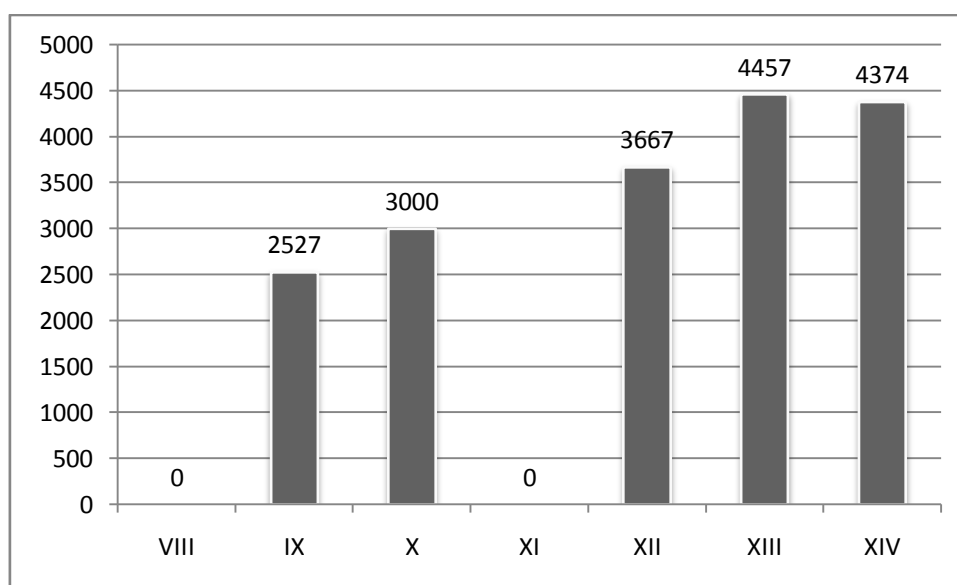
<http://congresso.conasems.org.br/xxx/index.php/programacao>

⁷ Resolução nº 453. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O processo é ascendente desde as etapas municipais e estaduais que resultam em conclusões e encaminhamentos para a etapa nacional. Alguns processos inovaram nesse sentido: na 12ª CNS documentos propositivos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde foram analisados no âmbito das etapas e a 13ª apreciou demandas provenientes de setores que compõem e utilizam o SUS, além das conferências municipais e estaduais. Não são especificadas quantas etapas aconteceram e se aconteceram nas 8ª e 10ª CNS.

Nº de Conferências Municipais e Estaduais

Gráfico 2. Quantidade de conferências municipais e estaduais, com exceção da 8ª e 11ª CNS.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O número de conferências municipais que antecedem a realização das Conferências Nacionais a partir da 9ª CNS, desconsiderando a 8ª e 11ª das quais não se tem conhecimento desses dados, aponta para um crescimento ascendente no nº de etapas, com leve queda na 14ª conferência. Considerando que no ano de 2011 o Brasil possuía 5565 municípios⁸, observa-se que o número de conferências no nível municipal e estadual alcança atualmente um índice em torno de 80%. Comparando com as conferências de outros setores de prestação de serviços estatais, consideramos esse índice relativamente bom, pois as especificidades locais subsidiam a formulação de políticas nacionais, bem como programas municipais voltados para as características locais.

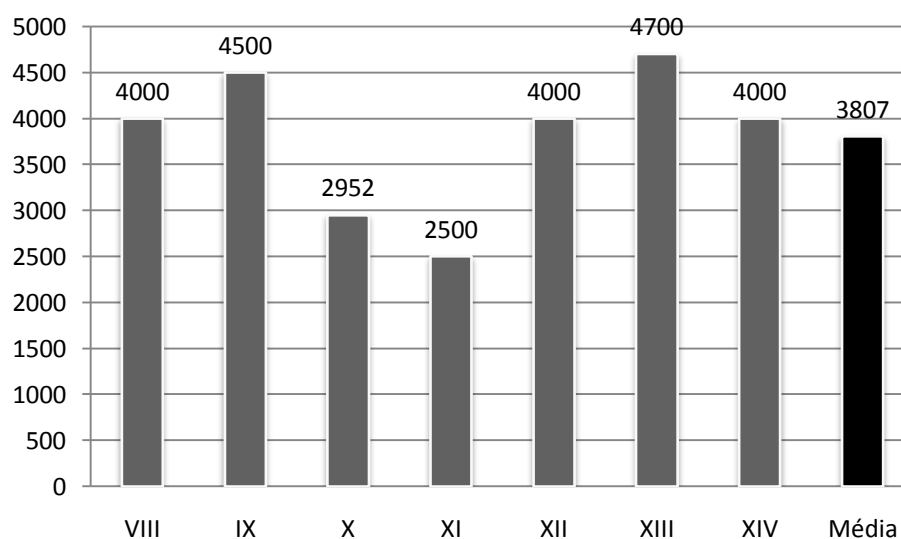
Participantes

⁸ Censo IBGE 2010: Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
Acessado em 29 de Setembro de 2014 às 20hrs.

No dicionário da língua portuguesa o verbo participar está vinculado a “fazer saber”, “comunicar”, “anunciar”, “tomar parte”, “associar-se pelo sentimento, pensamento” ou “solidarizar-se com”. Segundo Pereira (2010), “participar é fazer parte sistemática e permanente em relações que se estabelecem entre atores e setores sociais que se expressam em ideias, valores ou interesses contrapostos”. O intuito de participar é o de atingir objetivos que podem estar fundados em um mix de motivações entre propostas individuais ou coletivas, visando a reforma ou a transformação total de uma situação. (Escorel, 2008, p. 981-983) No entanto participar não significa representar, essa última dimensão envolve o “estar no lugar do outro” para falar em nome daqueles que não podem apresentar suas demandas e interesses diretamente em função da escala e do tempo. A representação sem autorização e controle pode gerar enfraquecimento na representatividade, tendo como uma de suas consequências a falta de legitimidade na definição das políticas públicas. (Dowbor, Houtzager e Serafin, 2008, p. 11-14)

Sempre estiveram presentes representantes dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde na forma de delegados e/ou participantes. Apesar da nomenclatura “delegados” nunca ter sofrido alteração, a dos “participantes” variou entre observadores e convidados.

Gráfico 3. Quantidade de participantes na etapa nacional das Conferências Nacionais de Saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A média de participantes das 7 (sete) últimas conferências foi de 3950 pessoas, um número expressivo quando comparado às conferências de outros setores, por exemplo a 1ª Conferência Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável Solidário (CNDRSS) em 2008 que contou com 1.572 participantes na etapa nacional. Importante ressaltar que 5 (cinco) entre as 7 etapas nacionais das conferências tiveram uma participação acima da média, porém o número de delegados, com direito a voz e voto, apresentaram uma média em torno de 1847 representantes, não levando em consideração as 9ª e 13ª CNS, cujos relatórios não especificam esses dados.

As etapas nacionais da conferência que tiveram menos participantes foram a 10ª e 11ª, apesar de não termos dados concretos a respeito dessa diminuição estima-se que os organizadores tentaram ‘enxugar’ o número de participantes no intuito de facilitar metodologicamente o encaminhamento das deliberações.

Segmentos de Representação dos Participantes

Desde a 8ª CNS, os participantes das Conferências Nacionais de Saúde seguem determinada padronização com variação na nomenclatura dos segmentos. Os representantes dos usuários dos serviços de saúde sempre estiveram presentes, o que era de se esperar tendo em vista o caráter democrático e participativo das conferências de saúde. A participação dos prestadores de serviços e ações de saúde na 10ª e 12ª; e dos profissionais de saúde na 10ª CNS não ficou claramente expressa nos relatórios finais das respectivas conferências.

Participantes do poder legislativo começaram a representar na forma de partidos políticos, no entanto representação se expandiu para governantes e parlamentares independente dos partidos. Gestores dos governos federal, estaduais e municipais não foram citados no relatório da 8ª CNS, estima-se que tenham sido incluídos nos participantes dos grupos profissionais e das instituições do setor saúde.

Alguns segmentos inovaram na participação, os representantes do Poder Judiciário e os Professores integraram pela primeira e única vez nas 9ª e 13ª CNS, respectivamente; em contrapartida os representantes do Ministério Público estiveram presentes nas 9ª e 12ª CNS.

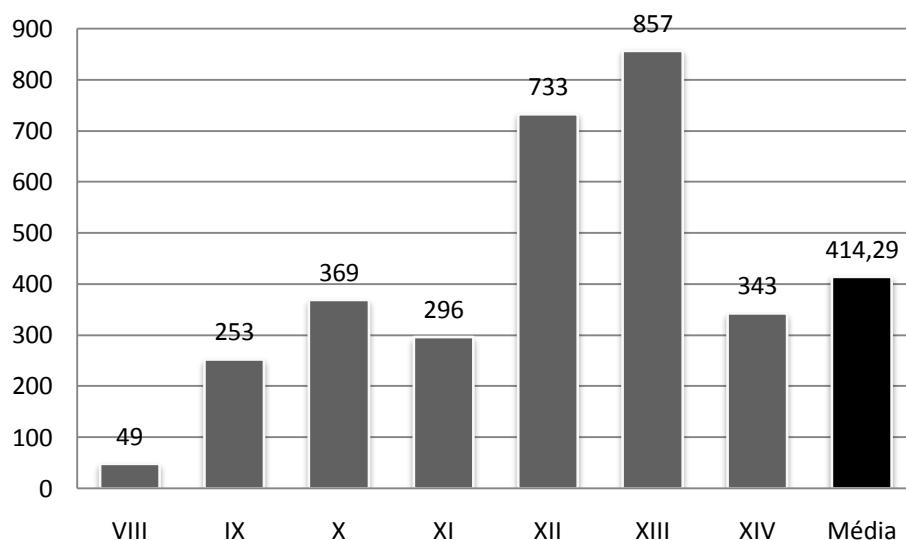
Instâncias de Discussão

Na metodologia das conferências as instâncias de discussão quase sempre têm sido: grupos de trabalho que discutem os temas e a plenária/assembleia final que aprova as deliberações desses grupos, mas nem sempre foi assim. Desde a 8ª até a 10ª os grupos de trabalho se misturam com mesas-redondas oficiais e complementares, e a nomenclatura Grupos de Trabalho (GTs) toma forma a partir da 11ª CNS.

É possível inferir por intermédio dos relatórios que apresentações, painéis temáticos, comunicações orais e relatos de experiência têm integrado as instâncias de discussão das conferências, além de temas livres de interesse ao controle social.

Nº de Deliberações

Gráfico 4. Quantidade de deliberações apresentadas no relatório final das CNS, desde a 8ª CNS.



Fonte: Elaborado pelos autores.

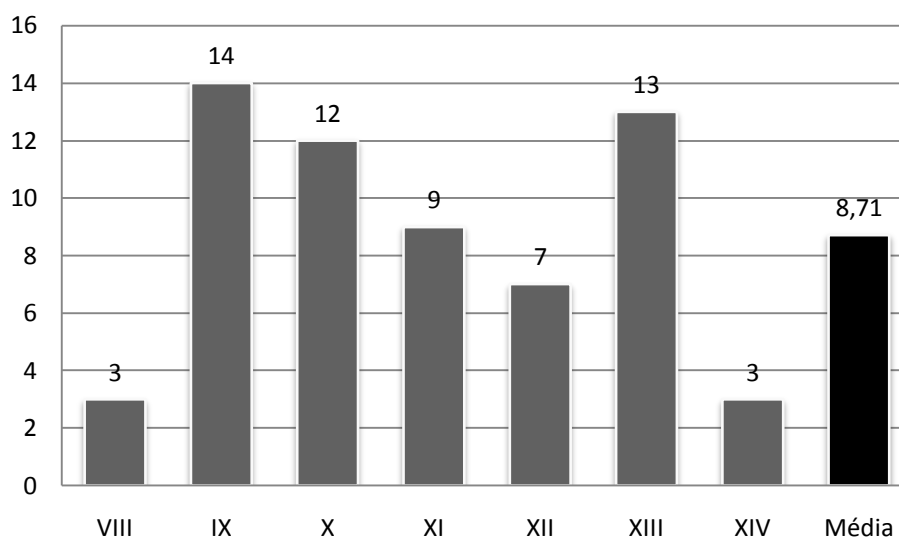
A média de deliberações aprovadas na etapa nacional das conferências nacionais de saúde foi de 414, mas, nesse caso, a média esconde uma grande variação, tendo como extremos a 8ª CNS com 49 propostas e a 13ª com 857 deliberações.

Cerca de 80% dos municípios brasileiros tiveram conferências municipais de saúde antecedendo a realização da 13ª CNS. A princípio, entendia-se que essa porcentagem poderia ter contribuído com a expressiva quantidade de propostas apresentadas nessa conferência e o número total de páginas do relatório final. No entanto, a grande quantidade de deliberações não está associada à quantidade de deliberações nos municípios e estados. A própria 13ª CNS, por exemplo, limitou os relatórios consolidados das comissões estaduais e distrital a, no máximo, 20 laudas em espaço dois, a serem encaminhados à comissão organizadora da etapa nacional⁹.

Deliberações sobre Conferências de Saúde;

⁹ Regimento da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_13confere/regimento.pdf

Gráfico 5. Quantidade de deliberações específicas sobre conferências desde a 8ª CNS.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Com uma média de 414 propostas apresentadas nas últimas conferências, apenas 2,1% delas se referem às conferências de saúde, sejam elas no nível local, estadual ou nacional.

A “oitava”, apesar de ser a mais sucinta em termos de deliberações sobre conferências, foi a mais completa metodologicamente em relação à formação dos conselhos nos âmbitos municipais, estaduais e nacional. Naquele momento não existia lei que regulamentasse o controle social na saúde, portanto a contribuição na formação e nas formas de representação foi ímpar naquela conferência.

Nota-se que a 9ª CNS, realizada em 1992, apresentou o maior número de propostas em um momento em que a participação social começava a se consolidar a partir da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. De acordo com esse marco histórico, as deliberações da “nona” não tratavam mais da criação/formação/realização dos conselhos de saúde e conferências; agora existente o aparato legal, priorizava-se a estrutura dos conselhos. Entendeu-se naquele momento as conferências como foros para a definição de regras para a formação, funcionamento, mandato e mecanismos de escolhas dos representantes dos diferentes segmentos que integram o conselho. Solicitava-se a obrigatoriedade e periodicidade (municipal, estadual – 2/2 anos – e nacional – 4/4 anos) das Conferências, bem como seu caráter deliberativo e aprovação dos regimentos internos dos conselhos. Os delegados eleitos deveriam ser custeados pelo poder público e os eleitos por instituições federais e entidades de âmbito nacional não podiam exceder 20%, no intuito de maximizar a participação. Importante ressaltar que pela primeira vez se deliberou pela realização de conferências setoriais específicas como Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde Indígena, Comunicação Social em Saúde, Saúde Bucal, entre outros. Houve um esforço no sentido de garantir o acesso universal aos Relatórios Finais e repasse de informações

das etapas estaduais da conferência. Naturalmente esta conferência teve mais deliberações sobre conferências do que as demais, haja vista que ainda era recente o entendimento sobre controle social exercido por conselhos e conferências.

A 10ª CNS ainda se preocupou com as questões estruturais das conferências e conselhos, mas iniciavam-se as deliberações que convocam conferências previstas. Entendemos que o cumprimento dessas conferências deve ocorrer, mas pode gastar tempo e energia dos participantes discutindo sobre conferências já previstas deixando a mercê questões mais prioritárias. Estava em xeque naquele momento o respeito às deliberações das conferências, chegando-se a solicitar ao Ministério Público a fiscalização do cumprimento dessas. Pela primeira vez solicitou a divulgação do relatório final nos meios de comunicação como rádios, televisões e redes nacionais e regionais; da mesma maneira ainda se falou pela primeira vez sobre conferências microrregionais e fóruns anuais ampliados nos estados, municípios, distritos e regiões. No relatório final consta a participação dos Gestores e Usuários – apesar de não citar claramente Trabalhadores –, mas estava claro o sentimento de receio sobre as conferências quando se solicitou que obedecesse a paridade estabelecida pela Lei 8.142/90.

Na 11ª CNS mais claramente deliberou-se sobre convocações de conferências previstas, gerando uma automatização para a metodologia das conferências. Todavia a 11ª inovou quando recomendou a discussão do Plano Nacional de Saúde no intuito de contribuir na construção de diretrizes para o mesmo, bem como estabelecer estratégias e metas de saúde para o país. Apesar da boa intenção, o fator tempo limitou a discussão do Plano Nacional de Saúde, visto que este implica determinada complexidade, onde até mesmo as versões resumidas contém número elevado de pactuações e páginas¹⁰. Houve um esforço em incluir as Conferências como um espaço político-administrativo que avalie as políticas implementadas no período que a antecede e de levantamento de tendências para a (re)formulação de novas políticas públicas. Nesse sentido, solicitou-se a inclusão das deliberações das conferências nos planos nacionais de saúde sugerindo estabelecer uma comissão de monitoramento do cumprimento das deliberações.

As deliberações geradas nas conferências não estavam sendo cumpridas e é possível observar isso quando se sugere o resgate das deliberações já ocorridas para que sejam encaminhadas aos conselhos e seus respectivos gestores, bem como o estabelecimento de sanções e penalidades aos gestores públicos que desacatarem as legislações do SUS e as deliberações dos conselhos. Deliberou-se novamente pela garantia da paridade entre os delegados das conferências, sendo constituída por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores de serviços em atendimento às conferências anteriores¹¹.

¹⁰ Plano Nacional de Saúde. Quadriênio 2012-2016. Versão Resumo. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

¹¹ Decreto nº 1448/95. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde, e dá outra providência.

Apesar da 12ª CNS ter tido o menor número de deliberações sobre conferências após a 8ª CNS, a mesma refletiu o sentimento de descumprimento das deliberações das conferências anteriores por parte dos gestores quando promoveu, novamente, a criação de fóruns de acompanhamento das deliberações das conferências de saúde. Visando sanar estes problemas os participantes solicitam a modificação do caráter da Conferência de Saúde, passando de propositivo para deliberativo. Sugere-se a manutenção da conferência de quatro em quatro anos e que seja priorizado outros locais de realização que não seja a capital federal. O financiamento garantido pelas três esferas de governo aos delegados estaduais e municipais eleitos nas conferências retoma como proposição novamente. Por fim, foi solicitado no âmbito municipal que as Conferências Municipais de Saúde sejam precedidas por pré-conferências.

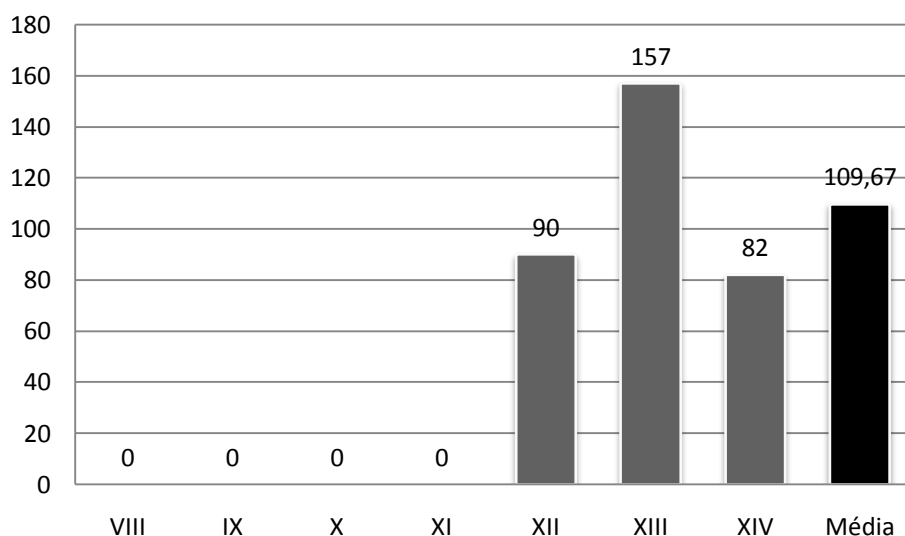
A 13ª trouxe alguns elementos que já tinham sido debatidos em conferências anteriores, o que significa que esses assuntos ainda estão pendentes e necessitam ser apreciados. Para que se incluam os atores do SUS, em especial trabalhadores e usuários, recomendou-se para evitar conflito de interesses que as vagas de delegados preenchidas por esses segmentos não o sejam por pessoas com cargos de coordenação ou chefia na gestão. No intuito das deliberações serem acompanhadas em sua implementação e revisadas a cada conferência, novamente entra em debate a divulgação do relatório final da conferência para a sociedade por intermédio dos vários meios de comunicação. A comissão de monitoramento e implementação das deliberações retorna ao escopo das deliberações, todavia assume uma nova configuração: sugere-se que essa comissão seja permanente e realize plenárias de avaliação com ampla participação popular.

Uma das deliberações inéditas nessa conferência foi a obrigatoriedade dos delegados serem eleitos durante as conferências municipais e estaduais, e não mais indicados pelos gestores e outros segmentos. As deliberações sobre conferências previstas também foram explicitadas no relatório final. Uma das principais deliberações dessa conferência foi a revisão das metodologias utilizadas nas conferências de saúde para que possibilite ampla participação popular. Por fim, os participantes inovaram solicitando que as conferências sejam convocadas preferencialmente nos primeiros anos de governo, no intuito de que as deliberações sejam reverberadas nos planos plurianuais e nas diretrizes para as políticas de saúde.

A 14ª CNS contou com poucas deliberações sobre as CNS, mas trouxe considerações sobre a conferência elaboradas pelo Comitê Executivo e pela Comissão Organizadora, sintetizadas no capítulo final do Relatório. Em relação às deliberações do relatório podemos observar a diminuição da convocação de conferências previstas. Foi solicitado também maior efetivação do controle social por meio da criação de mecanismos de monitoramento, controle e avaliação da gestão pública. Além disso, delibera-se sobre a punição dos gestores pelo não cumprimento das resoluções dos conselhos e conferências, especialmente em relação a dotação orçamentária.

Nº total de Moções

Gráfico 6. Quantidade de moções aprovadas desde a 12ª CNS.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A apresentação de moções foi observada a partir da 12ª CNS, com uma média aproximada de 110 moções por Conferência, sendo 4,5% delas relativas à organização de Conferências. Observa-se uma maior expressividade na 13ª CNS, que poderia estar relacionada ao maior número de conferências municipais e estaduais, geradoras de propostas para o debate nacional, bem como o elevado número de participantes nessa conferência.

É necessário dizer que nem sempre o instrumento político das moções foi utilizado durante as conferências: a primeira moção propriamente dita é relativamente recente, aparece pela primeira vez em 2003 durante a 12ª CNS. Antes disso os instrumentos que substituíam as moções eram as Cartas da Conferência que, com um sentido menos plural e abrangente, contemplava as exigências dos participantes das conferências.

Moções Relacionadas à Organização das Conferências Nacionais de Saúde

As moções relacionadas diretamente à organização das Conferências Nacionais de Saúde não seguiram uma padronização, mas são divididas entre moções de apoio, repúdio e aplauso.

Comumente foram encontradas moções de apoio e aplauso relacionadas à infraestrutura das conferências desde a 12ª, principalmente no que tange ao cumprimento da participação social no SUS. Em contrapartida, as moções de repúdio foram mais direcionadas à locomoção ao local do evento e a não adaptação da hospedagem aos portadores de necessidades especiais.

Essas moções tomam outro rumo além de sugestões sobre a infraestrutura trazendo a importância da comunicação/divulgação nas mídias tradicionais e alternativas sobre as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde. Outro ponto importante é o pedido de avaliação da metodologia utilizada nas conferências de saúde que é entendida como ultrapassada, pois não promove uma adequação ao atual panorama do SUS.

Considerações para a 15ª CNS

Os participantes das conferências raramente deliberaram especificamente sobre a conferência subsequente: apenas na 10ª e 11ª, respectivamente, deliberou-se que os participantes da conferência subsequente deveriam discutir o que foi implementado a partir do relatório final da 10ª e solicitaram a disponibilização do Plano Nacional de Saúde para discussão na 12ª Conferência.

A 14ª inovou criando considerações específicas em seu relatório para a 15ª Conferência Nacional de Saúde no intuito de melhorar e aperfeiçoar o processo organizativo das conferências. Visando garantir a melhoria do acesso e da qualidade do acolhimento aos participantes da 15ª, a comissão organizadora e o comitê executivo da 14ª elaboraram considerações sobre estruturação, organização e relatoria do evento.

Primeiramente em relação à estruturação considerou-se que deveria haver separação entre regulamento e regimento interno, sendo que ambos não podem conter os mesmos itens. Com isso, o regulamento (a) deverá ser submetido à consulta pública para garantir o caráter democrático e construtivo; (b) prever tempo superior à 30 dias para consolidar os relatórios das conferências estaduais; e (c) garantir o acolhimento das pessoas que participam da conferência sem estarem previstas no regimento. Nesse sentido, sugere-se, no intuito de evitar evasão, que se institua mecanismo de controle percentual de frequência e promova maior participação nos grupos de trabalho, entregando os certificados somente no final da conferência.

Em relação à relatoria solicita-se que esteja previsto na programação maior período de tempo entre as atividades de grupo e a plenária final para consolidar as propostas da relatoria, bem como fazer reuniões precedentes à conferência visto que a reunião no dia anterior não é suficiente. Não há ainda um comitê de moções com estrutura adequada para receber e organizar as moções; no entanto deve-se avaliar o impacto das moções na construção das políticas públicas e do movimento social. O sistema de votação eletrônica ainda é um desafio para os participantes e isso pode prejudicar a relatoria e as votações; providenciar uma equipe de suporte também foi solicitado.

Por fim, a tenda Paulo Freire – espaço de expressão popular, de difusão e troca de saberes - foi espaço bem recebido pelos participantes da 14ª, a comissão organizadora e o comitê executivo sugeriram a manutenção dessa atividade cultural.

Proposições Que Incluem Populações Específicas

Essa categoria tem como objetivo entender quais são as populações que se solicitou que fossem incluídas nas conferências para subsidiar o perfil dos próximos participantes. Essa representação não trata da etapa final da conferência propriamente dita, mas de fomentar e ampliar a participação dessas populações nas diferentes instâncias do controle social, no âmbito dos conselhos municipais e estaduais, nas etapas das conferências e no Conselho Nacional de Saúde. Deve-se considerar que muitos dos

segmentos já estão contemplados nos conselhos, mas como se trata de uma análise temporal nem sempre essas populações estiveram representadas.

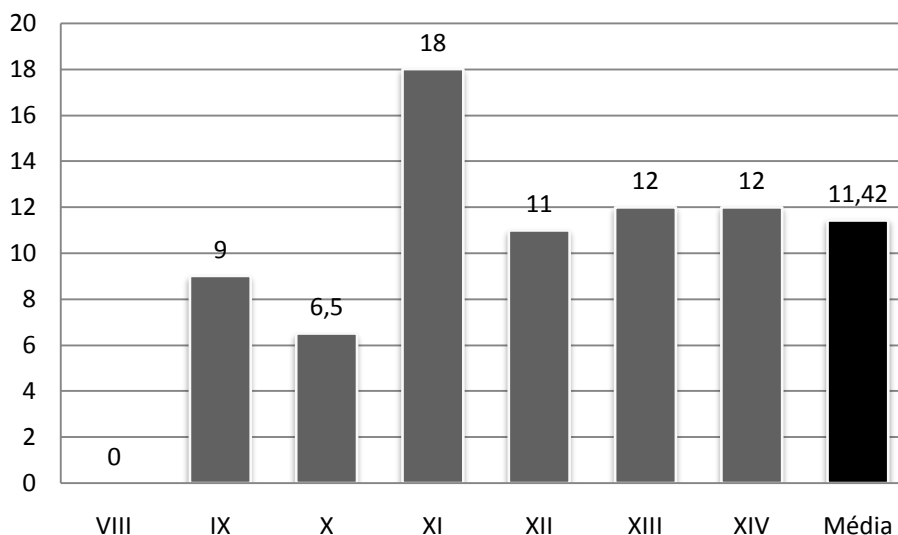
Quadro 2. Relação de populações às quais se deliberou sobre inclusão no processo conferencista.

Populações Específicas	Povos, nações, comunidades e aldeias indígenas;
	Trabalhadores e trabalhadoras do SUS e de outros setores;
	Mulheres;
	População carcerária e do sistema prisional;
	Idosos;
	Crianças e Adolescentes;
	Portadores de HIV/AIDS, doenças degenerativas e infectocontagiosas;
	Usuários de álcool e outras drogas;
	Pessoas em situação de rua, portadores ou não de transtornos mentais;
	Homens e mulheres negras e/ou quilombolas;
	Portadores de Necessidades Especiais e deficiências físicas;
	População Rural;
	Imigrantes;
	População albina e pessoas com nanismo;
	Poder Judiciário, Legislativo e Ministério Público;
GLBTT;	
Portadores de doenças renais;	
População Ribeirinha.	

Fonte: Baseado em Brasil. Ministério da Saúde. 1986, 1992, 1998, 2002, 2004, 2006 e 2012.

Tempo entre o último dia da Conferência e publicação do Relatório.

Gráfico 7. Tempo de publicação do Relatório final em meses.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota-se que o tempo de publicação dos relatórios finais da 8ª a 14ª CNS, em relação à data da realização do evento, varia de 0 a 18 meses, apresentando uma média em torno de 10 meses.

No caso da 8ª CNS, pode-se dizer que o Relatório foi aprovado em sua redação final pelos delegados em sessão plenária. Tal agilidade decorreu da relevância política do evento naquele contexto histórico de 1986 e do espírito reformista que animava a todos, o que foi fundamental para que, traduzido pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, impressionasse os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte que se desenvolviam naquele ano.

As quatro últimas CNS no Brasil superaram essa média, ou seja, os relatórios finais foram publicados e distribuídos praticamente um ano após a realização das conferências, o que pode ter impactado na produção política de programas e ações governamentais nas três esferas do governo.

Esse prejuízo, aparentemente, foi máximo no caso da 11ª CNS, pois: o tempo entre a realização da 11ª e 12ª CNS foi de 3 (três) anos e a publicação do relatório final ocorreu na metade desse intervalo, ou seja, após 18 meses, quando iniciavam-se os trabalhos de organização da 12ª CNS. Interessante ressaltar que nessas mesmas conferências houve grupos de consolidação das relatorias divididos entre relatoria geral e relatoria adjunta. Tais grupos de relatoria não necessariamente auxiliam na agilidade da publicação do relatório, sobretudo porque a 11ª CNS foi a mais tardia nesse sentido. Todavia, nessa perspectiva temporal, é questionável a utilidade/funcionalidade dos relatórios, se servem para cumprir exigências burocráticas ou se integram verdadeiramente as formas de planejamento integrado entre os entes federativos.

Grupos de Relatoria

De modo geral as conferências têm adotado em sua estrutura de relatoria 1 (um) Relator Geral e outros 2 (dois) Relatores Adjuntos, com exceção da 13ª CNS que teve 3 (três) Relatores Gerais e 8 (oito) Relatores Adjuntos. A quantidade de representantes da relatoria não indica uma melhoria no tempo de publicação do relatório final, mas a ausência de estruturas auxiliares pode prejudicar na divulgação.

Na 9ª CNS não houve estrutura de relatoria adjunta e essa conferência demorou um ano e seis meses para publicar o relatório final. Contrapondo essa estatística a 10ª e 14ª CNS acataram estruturas de auxílio na consolidação das relatorias chamadas “GT de Sistematização do Relatório Final” e “Comitê de Relatoria”, que diminuíram o tempo de publicação do relatório.

O Grupo de Trabalho de Sistematização do Relatório Final bateu tempo recorde – quase 7 (sete) meses - mas não superou a 8ª CNS que publicou o relatório no término da Conferência. O relatório final da 14ª CNS não permite inferir o dia/mês de sua publicação, mas estima-se que o tempo de publicação do Comitê de Relatoria foi aproximadamente 1 (um) ano.

Quem assina o Relatório?

Os Ministros do Estado da Saúde têm assinado todos os relatórios finais das conferências, com exceção da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde. Nestas, os

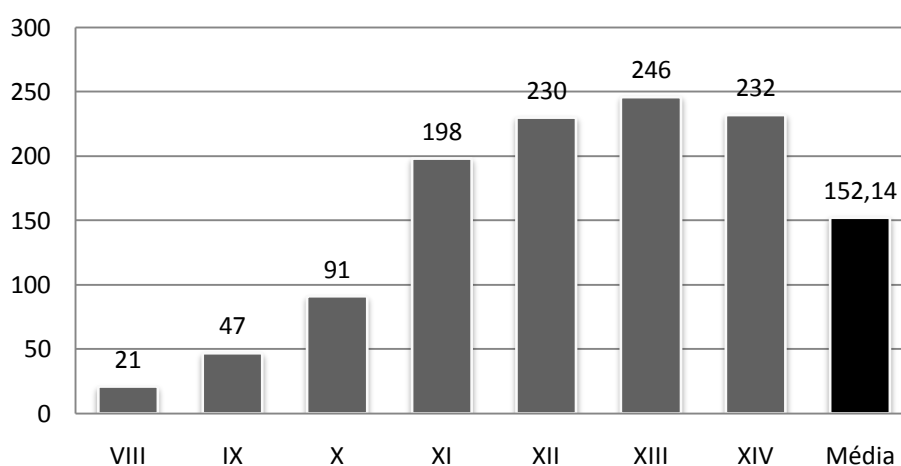
coordenadores gerais da comissão organizadora e do Conselho Nacional de Saúde substituem as assinaturas dos ministros, e pela primeira vez o Presidente eleito do CNS assina o relatório. A lei 8.142 não estabelece atribuição exclusiva ao Conselho Nacional de Saúde em propor, convocar e organizar as Conferências, mas permite a convocação extraordinária se assim o desejar. Portanto, pertencendo ao poder executivo a atribuição de organizar, não há obrigatoriedade do conselho nacional em assinar o relatório.

Entre os documentos analisados apenas na 8ª CNS o Ministro da Previdência e Assistência Social também assina o relatório. Observa-se que a maior parte dos serviços assistenciais eram do INAMPS, mas, desde 1983, vinham sendo administrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde por meio de Convênios, no caso das Ações Integradas de Saúde (AIS), e de Programações Orçamentárias Integradas (POI), a partir de 1986, quando estava vigente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A 13ª CNS foi a primeira conferência coordenada pelo presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde, enquanto a 14ª foi presidida pelo ministro Alexandre Padilha, que era também presidente do conselho nacional de saúde em 2011. Antes de 2007 o ministro da saúde ocupava automaticamente a presidência do conselho até a entrada do primeiro presidente eleito Francisco Batista Junior¹². Mesmo sendo representante eleito, a ocupação do ministro na presidência causou certo repúdio de representantes dos usuários, sendo alegado retrocesso na fiscalização e deliberação das políticas públicas em saúde do Brasil, visto que o gestor do SUS era o fiscal de sua própria administração.

Nº de Páginas do Relatório

Gráfico 8. Quantidade de páginas dos relatórios finais.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A grande quantidade de propostas e moções apresentadas nas últimas conferências se traduz em relatórios densos e cada vez mais extensos, com uma média de 152 páginas por relatório. Essa análise é de certo modo limitada, pois é imprescindível considerar o

¹² Noticiário da Rede Unida. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/noticia/conselho-nacional-de-saude-ja-tem-novo-presidente>. Acesso em 29 de Setembro de 2014 às 17:23hrs.

formato da publicação quanto às ilustrações, espaçamentos, fontes, entre outros. Esses objetos não fizeram parte da análise, todavia o número de páginas dos documentos pode influenciar na elevação do tempo médio de publicação e, além disso, justificar a morosidade de inclusão dessas propostas nas agendas políticas.

CONCLUSÃO

Parte-se do indicativo que o método das conferências nacionais de saúde pode estar ultrapassado, portanto é sugestivo que se inove nas diversas etapas da conferência. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que têm como um dos atributos a participação social ampla, foram criadas em 2010¹³ e são potenciais inovadores nos debates regionais. Mais claramente sugere-se um novo olhar sobre a representação territorial e a criação de mecanismos/etapas conferencistas nos Colegiados de Gestão Regional (CGR) previamente constituídos, bem como a garantia da representatividade dos CGR na etapa nacional.

Ainda sobre as etapas da conferência, há sugestão de que no âmbito municipal as Conferências Municipais de Saúde sejam precedidas por pré-conferências. As pré-conferências podem ser preparatórias e discutir temas individualizados que qualifiquem a etapa municipal. Existem algumas experiências exitosas em municípios que optaram por realizar pré-conferências, como por exemplo, o município de São Paulo¹⁴.

A conferência de saúde tem o intuito de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde, no entanto nem sempre esses espaços precedem a formulação dos planos de saúde. Compactuamos com Gilson Carvalho (2014, p. 103) a respeito da adequação do tempo das conferências aos tempos dos planos de governo intrínsecos na Constituição. É necessário que a 15ª CNS seja espaço político-administrativo que avalie e direcione tendências para a (re)formulação das políticas públicas no SUS.

Nesse sentido, é imprescindível que a 15ª CNS e as conferências posteriores garantam a consolidação e divulgação do relatório final em, no máximo, seis meses após aprovação. Tendo em vista priorizar a publicação em tempo hábil para que as deliberações subsidiem os planejamentos integrados – Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), entre outros. Deve-se levar em consideração que a estrutura auxiliar de relatoria pode otimizar a divulgação do relatório final no que se refere ao fator tempo.

As metodologias de educação popular têm sido bem aceitas e apresentam coerência com a pluralidade presente no interior das conferências. Essas metodologias facilitam pedagogicamente a fixação e construção do conhecimento, visando o desenvolvimento da tomada de consciência crítica e da tomada de consciência da práxis dos sujeitos.

¹³ Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

¹⁴ http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Pasta%20PDF%20Portal%20R/RelatoriosConsolidados_PreConferencias_2013.pdf

(Santorum e Cestari, 2011, p. 227). Os modelos metodológicos da Educação Permanente, em especial a tenda Paulo Freire, devem ser estudados e adequados ao contexto das conferências.

Recomenda-se, em acordo com o comitê executivo da 14ª CNS, que a 15ª disponha maior período de tempo entre a plenária final e os grupos de trabalho, no intuito de consolidar a relatoria desses grupos. A reunião com os relatores dos grupos de trabalho no dia anterior da etapa nacional se demonstra insuficiente, sugere-se qualificação via Educação à Distância (EAD) ou minimamente 2 (dois) dias de capacitação com os relatores. Acredita-se que o melhor preparo dos relatores pode refletir na capacidade de síntese e diminuição do excessivo número de páginas do relatório.

O ascendente número de deliberações descritas nos relatórios finais não estão associados, por exemplo, com os números de etapas municipais, delegados e deliberações anteriores. Reconhecemos o limite desse estudo sugerindo que outras pesquisas procurem entender o motivo do excessivo número de deliberações nas conferências.

Os relatórios finais das conferências são instrumentos que subsidiam o cumprimento das deliberações da conferência nacional de saúde. A densidade desses relatórios pode estar impedindo a leitura. Acredita-se que a qualificação dos relatores pode refletir na capacidade de síntese e diminuição do excessivo número de páginas do relatório. Para que as deliberações reverberem em mudanças reais é necessário que o relatório final da 15ª CNS esteja divulgado nos diversos meios de comunicação e nos diversos setores extrasáude.

Para o pós-conferência, desde a 11ª CNS tem-se deliberado sobre o estabelecimento da *comissão de monitoramento e cumprimento das deliberações*. Sugere-se que seja criada essa comissão permanentemente, atuando como mecanismo de monitoramento, controle e avaliação da gestão pública e realizando plenárias de avaliação com ampla participação popular. Sendo assim, utilizar de espaços instituídos pelo conselho nacional de saúde como a Plenária de Conselhos pode validar esse amplo processo democrático.

Por fim, vale à pena ressaltar que tanto o decreto 8.243 de 2014, que institui a política nacional de participação social, quanto à resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde fortalecem o poder do controle social em deliberar sobre a formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas executadas pela administração direta e indireta. Na pirâmide jurídica, o decreto e a resolução não são suficientemente valorizados, mas na prática o controle social tem deliberado sobre direitos e deveres dos entes federados. Essas normas são infralegais porque não transitam com antecedência pelo parlamento e podem ser consideradas como aparelhamento do estado. Nesse

sentido algumas iniciativas têm sido tomadas para o retrocesso da gestão participativa, principalmente por parte do próprio parlamento¹⁵.

BIBLIOGRAFIA

Bahia L, Scheffer M. Planos e seguros de saúde. São Paulo: UNESP, 2010.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

Brasil. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Lei Federal nº 6.036 de 01 de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União 1974; 01 mai

_____. Lei Federal nº 8080 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 outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set

_____. Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez

_____. Decreto nº 1.448 de 6 de abril de 1995. Dá nova redação ao art.2º do Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde, e dá outra providência. Diário Oficial da União; 06 abr

_____. Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2010; 30 dez

_____. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União 2012; 10 mai

_____. 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. Diário Oficial da União 2014; 23 mai

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

¹⁵ Jornal O Globo. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/camara-derruba-decreto-de-dilma-que-regulamenta-os-conselhos-populares> Acessado 29/10/2014 às 09:51hrs.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Relatório final da Conferência Nacional de Educação (Conae) 2010. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável Solidário (CNDRSS) 2008. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2008.

Breder JC. Controle Social – um modelo em construção: contribuições do Tribunal de Contas da União. In: Sousa Junior JG. Sociedade democrática, direito público e controle externo. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2006. p. 189-202.

Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas. Brasília, DF; 2009

Cortês SMV. Conselhos e Conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-128.

Dowbor M, Houtzager P, Serafin S. Enfrentando os desafios da representação em espaços participativos. São Paulo, CEBRAP: IDS, 2008.

Scorel S. Participação Social. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 979-1010.

_____, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-247.

Labra ME. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 176-203

Leão MG, Lage FIC. Conselhos municipais de assistência social: limites e possibilidades. In: Yannoulas SC. Controle democrático, descentralização e reforma do Estado. Brasília, DF: Paralelo Editora 15; 2001. p.59-74.

Meireles JHA. Processo de planejamento estadual para a elaboração e gestão de políticas públicas de trabalho e renda no Brasil. In: Yannoulas SC. Controle democrático, descentralização e reforma do Estado. Brasília, DF: Paralelo Editora 15; 2001. p.109-175.

Muller Neto JS, Schrader FAT, Pereira MJVS, Nascimento IF, Tavares LB, Motta AP. Conferência de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. Saúde Debate 2006; 30:248-74.

Muller Neto JS, Artmann E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. Cad. Saúde Pública 30(1):68-78, jan, 2014.

Parente LBM. Participação social como instrumento para a construção da democracia: a intervenção social na administração pública brasileira. In: Sousa Junior JG. Sociedade democrática, direito público e controle externo. Brasília, DF: Tribunal de Contas da União, 2006. p. 203-228.

Pereira MF. O controle social e a participação democrática nos conselhos municipais de saúde da RIDE – DF. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Faculdade de Saúde da UnB; 2010

_____, Pereira EM. Saúde e Cidadania nos Municípios: Os desafios para o Controle Social e a Participação Democrática no SUS. In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 422-457.

Santorum JA, Cestari ME. A educação popular na práxis de formação para o SUS. Trab. Educ. Saúde. v.9 n.2 p. 223-240, jul./out, 2011.

Vianna STW. Desenvolvimento econômico e reformas institucionais no Brasil: considerações sobre a construção interrompida. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Economia] – Instituto de Economia da UFRJ; 2007