

Participação da comunidade no SUS: o desafio da inserção das propostas de uma conferência estadual no plano de saúde correspondente

Community participation in SUS: the challenge of inserting the proposals from a state conference in the corresponding health plan

Roberto Nascimento de Farias

Biólogo, Especialista em Vigilância em Saúde e em Gestão em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e, atualmente, servidor do Governo do Estado do RS, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: betofarias.bio@gmail.com; ORCID: 0000-0002-0946-0279

Renan Aurélio Marques

Cirurgião-dentista, Mestre e Especialista em Saúde Pública, Apoiador do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), unidade Fronteira, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil;
E-mail: renan.aurelio.marques@gmail.com; ORCID: 0009-0002-5877-6592

Rodrigo Finkelsztejn

Advogado, Especialista em Direito Sanitário, Mestre em Direitos Humanos, servidor público estadual, Especialista em Saúde e, desde 2005, lotado no Conselho Estadual de Saúde do RS, Porto Alegre, RS, Brasil (CES/RS);
E-mail: rodrigo-finkelsztejn@saude.rs.gov.br; ORCID: 0009-0003-2405-2956

Carolina Brandt Gualdi

Bióloga, Especialista em Direito Ambiental; servidora pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: carolgualdi@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0002-9812-4954

Contribuição dos autores: Este estudo é resultado do Trabalho de Conclusão de Residência em Gestão em Saúde do primeiro autor, que coletou e organizou os dados utilizados. A análise e a interpretação dos dados, escrita e revisão final do manuscrito contaram com a participação de todos os autores. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 07/11/2023

Aprovado em: 04/04/2024

Editor responsável: João Batista de Oliveira Junior

Resumo: A incorporação das demandas de conferências de saúde em seus respectivos planos tem se mostrado um desafio para a efetiva participação da comunidade no planejamento do Sistema Único de Saúde. Assim, este estudo teve por objetivo analisar tal processo de formulação de política pública a partir de uma abordagem qualitativa com base documental, em nível estadual. Para fins comparativos, as propostas do Relatório Consolidado da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e as metas do Plano Estadual de Saúde correspondente foram sistematizadas em seis macrocategorias, subdivididas em 20 categorias operacionais, de acordo com políticas, ações e serviços de saúde, verificando-se em que medida as demandas das propostas foram contempladas pelas metas do PES. Constatou-se que somente 20% das propostas foram inseridas no Plano correspondente. Inúmeros fatores podem contribuir para esse distanciamento entre os documentos analisados, tais como o elevado número de propostas, expressivo percentual de propostas intersetoriais, questões de redação, entre outros. Além disso, sugere-se que uma etapa intermediária, entre a conferência e o Plano, poderia representar uma oportunidade de melhoria para o processamento técnico das propostas, a fim de torná-las exequíveis e passíveis de incorporação.

Palavras-chave: Participação Social; Planejamento Governamental; Planejamento em Saúde; Participação da Comunidade; Controle Social; Conferências de Saúde.

Abstract: The incorporation of health conferences' demands in their respective Health Plans has proved to be a challenge to the effective community participation in the Brazilian Unified Health System planning. Thus, this study aimed to analyze this process of public policy formulation from a qualitative approach based on documentary analysis, at the State level. For comparative purposes, the proposals of the 8th Health Conference of the State of Rio Grande do Sul Report and the goals of the corresponding State Health Plan were systematized into six macrocategories, subdivided into further 20 operational categories, according to policies, actions and health' services, verifying to what extent the demands of the proposals were contemplated by the Unified Health System goals. It was found that only 20% of the proposals were included in the corresponding Health Plan. Numerous factors may have contributed to this, such as the high number of proposals,

the expressive percentage of intersectoral proposals, drafting issues, among others. In addition, it is suggested that an intermediate stage, between the conference and the Plan, could represent an opportunity for improvement in the technical processing of the proposals in order to make them feasible and subject to incorporation.

Keywords: Social Participation; Planning; Health Planning; Community Participation; Social Control; Health Conference.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as Conferências Nacionais de Saúde são anteriores ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Foram instituídas no Brasil em 1937, ocorrendo pela primeira vez em 1941¹. Inicialmente, esses foros não contavam com a participação da comunidade. Até a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, participavam apenas gestores, técnicos e especialistas convidados¹.

Em 1964, após um golpe militar, o país entrou em um regime de exceção, que se estendeu até 1985. Esse período foi marcado pela desarticulação da participação social, transformação da saúde em bem de consumo e fomento à expansão do mercado de planos e seguros de saúde, com deterioração dos serviços públicos^{2,3}.

Com a crise econômica internacional, no fim dos anos 1970, observou-se a ampliação das tensões sociais e o surgimento dos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde². Em meados da década de 1970, surge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que, segundo Souto e Oliveira, constituiu-se na mobilização da sociedade brasileira pela redemocratização, afirmando a saúde como direito universal de cidadania³. A década de 1980 foi marcada pela queda do regime militar e efervescência dos movimentos sociais pelas liberdades democráticas. Nesse contexto, a luta por sistemas nacionais e públicos de saúde no Brasil associou-se ao projeto político da reforma sanitária⁴.

A grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, que representou um “divisor de águas” no processo de participação na

gestão da saúde⁵. Para essa conferência houve um amplo processo de mobilização social, com realização de pré-conferências estaduais, e considerável aumento da participação popular⁵. Além disso, a 8ª CNS discutiu e aprovou as principais demandas do movimento sanitário, como o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e a integração da medicina previdenciária à saúde pública, formando um sistema único².

As proposições aprovadas na 8ª CNS e constantes em seu relatório final estabeleceram as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde e os princípios que deveriam orientar a sua criação⁶. Assim, em 1988, a Constituição Federal estabeleceu as diretrizes do SUS, como norma programática, sendo posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/90^{7,8}. No entanto, os dispositivos dessa lei que tratavam da participação da comunidade na gestão do SUS foram vetados pelo então Presidente da República, Fernando Collor de Melo⁹. Em consequência das lutas pela democratização da saúde, no mesmo ano, foi sancionada uma segunda Lei Orgânica da Saúde, a Lei Orgânica nº 8.142/90, regulamentando a participação da comunidade na gestão do SUS¹⁰.

A participação da comunidade está estabelecida na Constituição Federal brasileira como uma das diretrizes do SUS, sendo também um de seus princípios, conforme previsto na Lei nº 8.080/90^{7,8}. Segundo Busana, Heidemann e Wendhausen, o SUS é considerado: “a primeira política pública no Brasil a abarcar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios”^{11:447}. A participação da comunidade na gestão do SUS foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que definiu duas instâncias colegiadas de participação da comunidade: as Conferências e os Conselhos de Saúde, presentes nas três esferas de governo¹⁰.

Os conselhos de saúde possuem caráter permanente e deliberativo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera governamental correspondente¹⁰. Além disso, a sua existência é requisito para que municípios e estados recebam e gerenciem recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde¹⁰.

As conferências de saúde, por sua vez, acontecem a cada quatro anos, reúnem representantes de vários segmentos sociais e, segundo a Lei nº 8.142/90 (art. 1º, § 1º), têm por objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”¹⁰. Elas são convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelas próprias conferências ou pelo Conselho de Saúde.

As conferências de saúde são organizadas em etapas, inicialmente, nos municípios, depois nos estados e, por fim, em nível nacional. As diretrizes e propostas das conferências municipais são discutidas e analisadas nas conferências estaduais de saúde, sendo definidas aquelas a serem levadas para o nível nacional. Dado o seu caráter ascendente, possibilitam a participação da comunidade desde a análise da situação de saúde local até a formulação da política pública nacional.

As conferências estaduais e municipais passaram a ser disseminadas a partir de 1992, com as etapas preparatórias à 9ª Conferência Nacional de Saúde⁵. No Rio Grande do Sul, já foram realizadas nove conferências estaduais de saúde, sendo que a última delas foi realizada em maio de 2023.

As propostas e diretrizes aprovadas nas conferências de saúde devem orientar a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS em sua respectiva esfera de governo¹². No entanto, a inserção das proposições nos respectivos planos de saúde tem se mostrado um desafio, o que pode comprometer a efetiva participação da comunidade na gestão do SUS¹³. Considerando que ainda são desconhecidos estudos publicados que tenham abordado essa temática em nível estadual^{1,13-15}, este estudo analisa em que medida as propostas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (8ª CES), ocorrida em 2019, foram inseridas no Plano Estadual de Saúde correspondente (PES 2020-2023).

METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, tendo por base a análise documental¹⁶. Foram analisados o Relatório Consolidado da 8ª CES do Rio Grande do Sul e o PES 2020-2023, ambos documentos de domínio público^{17,18}. Para fins de comparação, tanto as propostas da 8ª CES

quanto as metas do PES foram sistematizadas, de acordo com a temática predominante, em categorias de análise pré-definidas, tendo por base a organização do SUS como política e como serviço.

As propostas e metas foram sistematizadas atribuindo-se a cada uma delas um código alfanumérico correspondente ao eixo/objetivo ao qual pertence e à posição que ocupa nele (e.g. “E1.1”, E1.2”, [...] “E2.1” etc)¹. A categorização das propostas e das metas foi feita utilizando-se uma planilha eletrônica organizada em seis macrocategorias, subdivididas em 20 categorias operacionais, descritas no quadro 1. Por fim, foi gerada uma tabela comparativa com a proporção de propostas e de metas em cada categoria.

A categorização utilizada neste estudo foi atualizada a partir do modelo proposto por Kruger et al., em função das reformas e mudanças ocorridas no SUS nos últimos anos¹³. Sendo assim, a categoria “Fundamentos do SUS”, do estudo em questão, foi substituída por “Princípios e Diretrizes do SUS”, e passou a englobar também “Integralidade”, “Descentralização”, “Regionalização”, “Humanização e Acolhimento”. As categorias “Municipalização” e “Pactos da Saúde” foram suprimidas por terem sido consideradas desatualizadas em relação à legislação vigente do SUS. “Terapias Alternativas” foi renomeada para “Práticas Integrativas e Complementares no SUS” adequando-a à legislação¹⁹. Por fim, “Conselhos locais” e “Modalidade de ofertas de serviços” foram excluídas por estarem contempladas nas categorias “Conselhos de Saúde” e “Organização do SUS”, respectivamente. Por não tratarem de atribuições privativas do SUS, as macrocategorias “Seguridade Social” e “Outros” foram incorporadas à categoria operacional “Intersectorialidade”^{20,21}.

Posteriormente, procedeu-se à análise do conteúdo das propostas da 8ª CES e das metas do PES 2020-2023. Foram identificadas e quantificadas as propostas e metas repetidas, assim como aquelas contraditórias e antagônicas entre si. Por fim, para cada uma das propostas da 8ª CES, verificou-se se as demandas ali constantes haviam sido contempladas pelo PES. Para a avaliação de inclusão das propostas, foram consideradas incluídas aquelas cuja demanda principal foi inserida em pelo menos uma das metas do PES 2020-2023.

¹O Relatório Consolidado da 8ª CES reúne 176 propostas, sendo: 27 pertencentes ao Tema Central (Democracia e Saúde), 39 propostas para o Eixo 1 (Saúde como Direito), 68 propostas para o Eixo 2 (Consolidação dos Princípios do SUS) e 42 propostas para o Eixo 3 (Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS). Originalmente, as propostas não aparecem numeradas, sendo apresentadas sequencialmente em cada tema. Para atribuir-lhes um código, numeramos as propostas de cada tema/eixo e utilizamos a combinação resultante das iniciais do tema/eixo (TC para Tema Central, E1 para Eixo 1, E2 para Eixo 2 e E3 para Eixo 3), com a sua numeração. Exemplo: TC.1 - refere-se à primeira proposta do Tema Central existente no Relatório; E3.10 - refere-se à décima proposta do Eixo 3 existente no Relatório.

Quadro 1. Macrocategorias e categorias operacionais utilizadas no presente estudo, com a sua definição e as referências utilizadas como base para descrevê-las.

Macrocategoria/Categoria	Definição
1. Políticas de Saúde ^{29,30}	Conjunto de disposições e medidas que traduzem a orientação política do Estado em relação à saúde e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público nesse tema. Englobam diretrizes, planos, programas de ação governamental e também a própria criação de políticas públicas de saúde por meio de normas legais e infralegais, com vistas à garantia e à defesa de direitos de saúde.
1.1 Direito à Saúde ⁷	De acordo com a Constituição Federal ⁷ (art. 196), “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal”.
1.2 Princípios e Diretrizes do SUS ^{7,8,10}	Constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde no Brasil, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro. Estão listados na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas do SUS (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990). Dessa forma, incluem Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização. Neste estudo, a "Participação da comunidade" não foi incluída nesta categoria por constituir uma macrocategoria à parte.
1.3 Intersetorialidade ^{31,32}	Com base no conceito ampliado de saúde e nos objetivos da promoção à saúde, abrange as questões que objetivam "promover a qualidade de vida e a reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes". Assim inclui deliberações que necessitam da cooperação do setor saúde com outras áreas e setores de governo, as voltadas à preservação do meio ambiente, cultura de paz, não-violência, gestão democrática, entre outros.
2. Atenção à Saúde ³⁰	Envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações de proteção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças e promoção da saúde. Dessa forma, engloba ações relacionadas ao fornecimento de serviços de saúde aos usuários do SUS para o atendimento das suas necessidades, isto é, ações concretas que materializam e efetivam as políticas públicas de saúde.
2.1 Vigilância em Saúde ³²	Conjunto de práticas contínuas e articuladas voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento de problemas de saúde da população de um território determinado relativos a fatores de risco, atuais e potenciais, a acidentes, a incapacidades, a doenças e a agravos à saúde. Inclui as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador.
2.2 Atenção Básica ³⁰	A atenção básica ou "Atenção Primária em Saúde" é conhecida como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial. É o primeiro nível de atenção em um sistema de serviços de saúde, responsável pela oferta de ações de baixa complexidade tecnológica, voltadas ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população.
2.3 Média e Alta Complexidade ^{30,33}	Conjunto de estabelecimentos que compõem a rede assistencial onde se realiza a prestação de serviços de média e alta complexidade tecnológica, os quais incluem ambulatórios e clínicas de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros que integram redes específicas de atendimento a determinadas patologias e que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

2.4 Assistência Farmacêutica ³⁰	Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o uso racional.
2.5 Saúde de Populações Específicas	Trata, especificamente, de determinados grupos populacionais, tais como crianças, mulheres, homens, idosos, população negra, população indígena, pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, pessoas com deficiência entre outros.
2.6 Programas Específicos	Trata de programas específicos desenvolvidos no âmbito do SUS. Ex: PSE, PIM etc.
2.7 Práticas Integrativas e Complementares no SUS ^{19,32}	Abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. São práticas transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde.
3. Participação da comunidade e controle social^{30,34}	A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS e compreende o envolvimento ativo da população em ações de saúde e sob a forma de participação política, no processo decisório no setor. O controle social, por sua vez, refere-se ao controle da sociedade sobre a política de saúde e se dá por meio dos conselhos de saúde. A participação da comunidade e o controle social no âmbito do SUS foram institucionalizados nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde pela Lei nº 8.142/90 ⁴ . Por meio dessas duas instâncias, a população participa do planejamento das políticas públicas, fiscaliza as ações do governo, verifica o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisa as aplicações financeiras realizadas pelo Estado no gerenciamento da saúde.
3.1 Conselho de Saúde ¹⁰	Órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (municipal, estadual e federal).
3.2 Conferências de Saúde ¹⁰	Instância colegiada do SUS que reúne-se a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Fóruns que reúnem representantes de diversos segmentos sociais com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo (municipal, estadual e nacional).
3.3 Gestão Participativa ³⁰	Compreende mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados do SUS, com ênfase no controle social.
3.4 Ouvidoria ³⁵	Canal de comunicação entre a população e o Sistema Único de Saúde (SUS) para o acolhimento de manifestações e busca de soluções e informações sobre os serviços de saúde pública. A Ouvidoria do SUS é um serviço de mediação entre o demandante e as áreas competentes pela resolução da demanda. Além disso, constitui-se em um instrumento de participação social e de apoio à gestão democrática para melhorias do Sistema Único de Saúde.
4. Gestão do SUS²⁹	Conjunto de medidas necessárias para planejar, estruturar, organizar, articular e fazer funcionar o Sistema Único de Saúde, estando, assim, relacionado principalmente à administração e à organização do SUS.

4.1 Planejamento ^{30,32}	Conjunto de práticas dialógicas para o estabelecimento de consensos, acordos e pactuações sobre compromissos no âmbito do SUS de forma a melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e a eficiência dos sistemas na proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.
4.2 Infraestrutura ³⁰	Refere-se à capacidade instalada na Rede de Atenção à Saúde, incluindo instalações físicas, equipamentos e material de consumo para o desenvolvimento das atividades gerenciais e assistenciais.
4.3 Financiamento ³⁰	Envolve o planejamento e a gestão de receitas advindas das três esferas de governo para financiar o SUS de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema.
4.4 Organização do SUS	Compreende a estruturação, a configuração e o funcionamento do SUS e envolve a coordenação e a mobilização de profissionais, recursos, estratégias e processos de trabalho.
4.5 Regulação, avaliação e controle	Engloba intervenções do Estado para garantir a produção, a distribuição, o consumo e também a avaliação das ações e serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.
4.6 Trabalho no SUS	Compreende os diversos aspectos que tratam diretamente do processo de trabalho no SUS e dos agentes e sujeitos da ação, isto é, os próprios profissionais e trabalhadores do SUS.
5. Educação e Informação em saúde	Engloba estratégias de Educação Permanente e Educação Continuada em Saúde, assim como ações de conscientização, informação e capacitação em temáticas relacionadas ao SUS.
6. Ciência e Tecnologia em Saúde³⁶	Engloba a pesquisa, o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de tecnologias na área da saúde e voltadas ao SUS, incluindo patentes, estudos e outras atividades ligadas à inovação e à difusão tecnológica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação aos aspectos éticos, este estudo utilizou informações de acesso público e que não permitem a identificação individual, não havendo necessidade de avaliação por parte de comitês de ética²².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise do Relatório Consolidado da 8ª CES, bem como do PES 2020-2023, verificou-se uma limitada incorporação das propostas existentes no relatório da 8ª CES no PES correspondente, sendo que apenas 20,00% delas tiveram seu conteúdo inserido em ao menos uma das metas do PES 2020-2023. Tais propostas abordavam principalmente o fortalecimento do controle social, da vigilância em saúde, da auditoria do SUS e da educação permanente de saúde.

O Relatório Consolidado da 8ª CES sistematizou 176 propostas, distribuídas em três eixos temáticos, sendo eles: “I. Saúde como direito”, “II. Consolidação dos princípios do SUS” e “III. Financiamento adequado e suficiente para o SUS”. O PES 2020-2023, por sua vez, foi organizado em três partes (“I. Análise situacional”, “II. Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores” e “III. Monitoramento e Avaliação”) e contou com uma única diretriz, quatro objetivos e 131 metas. Enquanto as propostas da 8ª CES se mostraram relacionadas predominantemente à “Gestão do SUS” (38,07%), “Atenção à Saúde” (23,30%) e “Políticas de saúde” (21,59%), as metas do PES se mostraram mais associadas à “Atenção à Saúde” (59,54%), “Gestão do SUS” (19,08%) e “Educação e Informação em Saúde” (12,21%), como mostra a tabela 1.

Os principais temas tratados nas propostas incorporadas foram o fortalecimento do controle social, da vigilância em saúde, da auditoria do SUS e da educação permanente de saúde. Além desses, podem ser citados o fornecimento de ações e serviços de saúde para a população, distribuição mais equitativa dos recursos para a saúde, assim como o plano de carreira para os servidores da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Tais propostas encontravam-se distribuídas, entre as macrocategorias analisadas, da seguinte forma: “Atenção à Saúde” (37,14%), “Gestão do SUS” (31,43%), “Participação da comunidade e controle social” (14,29%), “Educação e Informação em Saúde” (8,57%), “Políticas de Saúde” (5,71%) e “Ciência e

Tabela 1. Quantidade e proporção (%) de propostas da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e de metas do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 em cada categoria e macrocategoria analisada.

Macrocategoria ou categoria	Propostas da 8ª CES		Metas do PES 2020-2023	
	Quantidade	Proporção (%)	Quantidade	Proporção (%)
1. Políticas de Saúde	38	21,59	4	3,05
1.1 Direito à Saúde	5	2,84	2	1,53
1.2 Princípios e Diretrizes do SUS	8	4,55	0	0,00
1.3 Intersetorialidade	25	14,20	2	1,53
2. Atenção à Saúde	41	23,30	78	59,54
2.1 Vigilância em Saúde	9	5,11	28	21,37
2.2 Atenção Básica	5	2,84	4	3,05
2.3 Média e Alta Complexidade	9	5,11	20	15,27
2.4 Assistência Farmacêutica	5	2,84	5	3,82
2.5 Saúde de Populações Específicas	10	5,68	16	12,21
2.6 Programas Específicos	2	1,14	4	3,05
2.7 Práticas Integrativas e Complementares no SUS	1	0,57	1	0,76
3. Participação da comunidade e controle social	14	7,95	7	5,34
3.1 Conselhos de Saúde	6	3,41	5	3,82
3.2 Conferências de Saúde	1	0,57	0	0,00
3.3 Gestão Participativa	7	3,98	1	0,76
3.4 Ouvidoria	0	0,00	1	0,76
4. Gestão do SUS	67	38,07	25	19,08
4.1 Planejamento	2	1,14	1	0,76
4.2 Infraestrutura	8	4,55	1	0,76
4.3 Financiamento	37	21,02	5	3,82
4.4 Organização do SUS	9	5,11	7	5,34
4.5 Regulação, avaliação e controle	3	1,70	7	5,34
4.6 Trabalho no SUS	8	4,55	4	3,05
5. Educação e Informação em saúde	10	5,68	16	12,21
6. Ciência e Tecnologia em Saúde	6	3,41	1	0,76
Total	176	100,00	131	99,97*

*o somatório da proporção (%) de metas nas diferentes categorias estudadas difere de 100% em função dos valores apresentados terem sido arredondados para duas casas decimais.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tecnologia em Saúde” (2,86%). Das 35 propostas incorporadas, 21 (60,00%) são consideradas de atribuição exclusivamente estadual.

As macrocategorias “Atenção à Saúde” e “Gestão do SUS” foram as predominantes nas propostas incorporadas (68,57% delas) provavelmente porque envolvem aspectos mais diretamente percebidos pela população, como o fornecimento de serviços de saúde e a forma como é organizado o SUS. Macrocategorias como “Ciência e Tecnologia em Saúde”, por outro lado, tratam de questões mais restritas a determinados públicos, como os próprios trabalhadores da saúde, e podem não ser percebidas de forma direta pela população geral. Além disso, a elaboração do Plano de Saúde tende a levar em consideração também a estrutura e a organização da própria SES.

Dentre as 141 propostas não incorporadas ao PES 2020-2023, 33 (24,40%) são consideradas de atribuição da União, pois abrangem o território nacional. Elas tratam de temas como emendas à Constituição Federal, criação ou edição de normas federais, políticas públicas nacionais, gestão de recursos da União entre outros. As propostas não incorporadas encontram-se predominantemente na macrocategoria “Gestão do SUS” (39,72%), seguida de “Políticas de Saúde” (25,53%), “Atenção à Saúde” (19,86%), “Participação da comunidade e controle social” (6,38%), “Educação e Informação em Saúde” (4,96%) e “Ciência e Tecnologia em Saúde” (3,55%).

Observou-se um distanciamento entre os dois documentos analisados, contudo, é importante pontuar que seus objetivos são distintos. O relatório da Conferência de Saúde apresenta a avaliação da situação de saúde realizada pela população e as diretrizes e propostas definidas pela mesma para orientar a formulação das políticas e programas de saúde naquela esfera de governo.¹² O plano de saúde, por sua vez, consiste no “instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos”^{12:105}, sendo responsável pelo direcionamento do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, e pela consolidação das políticas e compromissos de saúde em determinada esfera de governo¹². O plano deve apresentar a análise da situação de saúde da população, além do conjunto das diretrizes nacionais e estaduais ou municipais definidas pelos respectivos conselhos, assim como definir as

diretrizes e os objetivos que irão orientar a gestão da política de saúde no período, expondo metas e indicadores que possibilitarão seu monitoramento e avaliação¹². Ainda assim, mesmo se tratando de documentos com enfoques distintos, o Plano de Saúde deve incorporar propostas da Conferência de Saúde correspondente, e deve ser elaborado a partir das diretrizes estabelecidas pela mesma¹².

A baixa inserção das propostas das conferências de saúde no respectivo Plano tem sido constatada em alguns estudos. Em esfera municipal, a partir de uma análise comparativa realizada por Kruger et al., em Santa Catarina, constatou-se que somente 16,8%, de um total de 303 objetivos, ações e metas presentes nos planos, eram semelhantes ou apenas aproximações das proposições das conferências¹³. Similarmente, em um estudo de casos múltiplos, realizado com 16 municípios do estado de Mato Grosso, a comparação indicou, percentualmente, que as ações contidas nos planos correspondiam às deliberações das conferências em 24,4% e, em contraste ao relatório de gestão, apenas 6,45%¹⁴.

A escassa incorporação das propostas das conferências de políticas públicas também é observada em outras áreas, além da saúde. De acordo com Pogrebinski e Santos, 26% das proposições legislativas que tramitaram no Congresso Nacional entre 1988 e 2009 abordavam questões que haviam sido objeto de diretrizes de alguma das conferências nacionais de políticas públicas ocorridas no período²³. No entanto, somente 4,5% dos projetos tratavam exatamente das demandas apresentadas em cada uma das diretrizes²³.

Dentre os fatores que podem dificultar a incorporação das propostas, destaca-se o empecilho temporal, ou seja, o intervalo curto ou inexistente entre a realização da conferência e a elaboração do respectivo Plano¹. Para Müller Neto et al., essa falta de sintonia fica evidente quando as conferências de saúde são realizadas no ano seguinte à elaboração do Plano Plurianual correspondente¹⁴.

Nas esferas municipal e nacional há relatos de planos de saúde elaborados antes mesmo da realização das conferências correspondentes^{1,13}. Isso, no entanto, não se aplica ao presente estudo, pois a 8ª CES foi realizada em maio

de 2019 e a elaboração do PES 2020-2023 se deu ao longo do ano de 2020^{17,24}. Em âmbito nacional, observa-se que há planos de saúde que sequer mencionam as conferências correspondentes, bem como há aqueles em que a elaboração dos mesmos ocorre com meses de antecedência à realização da conferência^{1,15}. Para Krüger et al., a ausência de referências diretas às propostas das conferências nos respectivos planos pode colocar em risco a legitimidade desses espaços¹³.

O elevado número de propostas aprovadas nas conferências também pode contribuir para a sua não inserção no Plano de Saúde. Estudos têm demonstrado uma tendência de aumento no número de propostas aprovadas tanto nas conferências de saúde nacionais quanto nas municipais^{5,13}. Para garantir a sua efetividade, as conferências devem estabelecer prioridades, de forma a orientar a gestão¹. Nesse sentido, o Conselho Estadual de Saúde aprovou, com ressalvas, o PES 2020-2023, estabelecendo, entre outros apontamentos, metas primordiais que deveriam ter sido inseridas no Plano²⁵.

Sugere-se, contudo, que esse aumento no número de reivindicações vai ao encontro dos crescentes desafios sanitários e sociais, bem como a complexidade do próprio SUS em enfrentá-los. Um dos achados importantes deste estudo é o fato de que muitas demandas presentes nas propostas da conferência reivindicam novos paradigmas de atenção e promoção à saúde, que superem o modelo biomédico. Esse é o caso de muitas propostas pertencentes à categoria “Intersetorialidade” (14,20%), que tratavam de temas diversos como reforma tributária, reforma política, reforma da previdência, meio ambiente saudável, saneamento básico, asfaltamento de rodovias, auditoria da dívida pública entre outros.

Apesar de tais temas não envolverem atribuições privativas do SUS, estão relacionados a distintos determinantes e condicionantes de saúde. Ao excederem o caráter setorial da saúde, tais propostas exigirão também investimentos intersetoriais²⁶. O considerável percentual de propostas abarcadas nessa categoria demonstra o desafio ainda atual de se compreender de fato o conceito ampliado de saúde e realizar as devidas articulações entre os distintos setores do governo e da sociedade para alcançá-lo.

A não incorporação das propostas da conferência no respectivo Plano pode também estar associada a problemas com a sua redação. No que tange ao conteúdo das propostas analisadas no presente estudo, uma encontrava-se repetida, estando presente em dois eixos distintos, quatro apresentavam demandas contraditórias entre si (quadro 2) e cinco foram consideradas imprecisas (quadro 3). A interpretação dessas propostas pode ser ambígua, o que compromete a sua adaptação para ações governamentais e enfraquece o potencial das conferências.

Quadro 2. Propostas da 8ª CES com conteúdo contraditório entre si

Código	Texto da proposta
TC.10	“Garantir uma reforma tributária que tenha por objetivo a implantação da justiça fiscal, promovendo o crescimento e a distribuição de renda, com as seguintes características: [...] g) revogação da Lei Kandir , que torna imune a tributação de produtos semielaborados exportados, incentivando a exportação de commodities em detrimento de manufaturas”; [...]
TC.13	“ Cumprir a Lei Kandir para que os Estados e os municípios recebam o que é de direito (os recursos para investir na saúde)”.
E3.11	“ Cumprir os percentuais obrigatórios de investimentos de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), previstos na Emenda Constitucional nº 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012 com prioridade para Atenção Primária à Saúde, bem como, garantir que os recursos pactuados sejam repassados integralmente e regularmente ao estado e aos municípios, com a devida responsabilização dos gestores, em caso de descumprimento”.
E3.12	“ Aumento do percentual de repasse do Estado aos Municípios de 12% para 15% do orçamento em saúde”.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 3. Propostas da 8ª CES com conteúdo impreciso e ambíguo

Código	Texto da proposta
TC.22	“Defender uma Reforma Política que fortaleça a Democracia e o Povo”.
E1.39	“Redefinir a discussão do formato de atendimento nos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador”.
E2.59	“Aumento do número de campanhas estaduais de mobilização social”.
E3.19	“Lutar por pacto federativo que equalize melhor distribuição de recursos entre os entes federados”.
E3.34	“Maior reorganização do sistema administrativo e financeiro, nas três esferas”.

Fonte: Elaborado pelos autores.

As propostas das conferências de saúde geralmente refletem necessidades imediatas dos usuários e dos trabalhadores da saúde¹³. Além disso, elas tendem a aparecer como reivindicações pontuais e não estruturadas e não

se constituem diretrizes para a política de saúde²⁷. Como destacam Miranda et al., a manutenção das propostas como expressões de demandas genéricas “facilita a sua subordinação a imposições técnicas e administrativas oriundas da normatividade governamental instituída”^{26:569}. Dessa forma, o texto das propostas necessita de processamento técnico posterior, “em busca de viabilização política, técnica e administrativa ou em termos de formulações de políticas institucionais viáveis”^{26:569}.

Como dificuldade encontrada neste estudo, refere-se a sua análise estritamente documental e os desafios da sua abordagem comparativa, em virtude da forma de apresentação distinta entre o Relatório Consolidado da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul¹⁷ e o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023. Ressalta-se também a escassez de estudos que avaliem a efetividade do controle social na formulação de políticas públicas, o que limita uma discussão aprofundada sobre o tema. Além disso, o estudo limitou-se a avaliar a incorporação das propostas ao PES. No entanto, seriam também interessantes estudos que avaliassem a implementação e a execução das propostas incorporadas ao Plano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no método utilizado neste estudo, por meio da categorização de metas e propostas, foi possível a análise comparativa de documentos com distintos contextos de elaboração: o Plano de Saúde e o Relatório Final da conferência. Constatou-se que somente 20% das propostas tiveram suas demandas contempladas pelas metas do PES 2020-2023. Isso se deve, em parte, a limitações da própria conferência, como o elevado número de propostas, expressivo percentual de propostas intersetoriais, questões de redação entre outros. Dada a importância de espaços como as conferências de saúde, é imprescindível que se busque superar os obstáculos apontados para garantir a efetiva participação da comunidade no SUS.

Dessa forma, ressalta-se a importância de uma etapa intermediária, entre a conferência de saúde e o Plano correspondente, com o intuito de tornar as propostas exequíveis e passíveis de inclusão. Nesse sentido, sugere-se a elaboração de uma oficina, a ser criada pelo Plenário do Conselho de Saúde, com a participação da sociedade civil¹¹. Ela teria como atribuição a leitura, discussão e adequação do texto das propostas ao formato de diretrizes,

¹¹Ideia semelhante havia sido discutida pelo Plenário do CES/RS em 5 de março de 2020, com o intuito de realizar uma “oficina de cocriação” do PES 2020-2023²⁸. No entanto, tal proposição não foi implementada.

preservando, obviamente, o seu conteúdo original. O produto final seria formalizado por meio de uma Resolução do respectivo Conselho de Saúde, expondo as diretrizes para subsidiar a política de saúde e orientar a elaboração do Plano. Com isso, a oficina restringiria também a discricionariedade da gestão no que tange à interpretação e incorporação de propostas imprecisas ou conflitantes.

Por fim, destaca-se a necessidade de mais estudos acerca dos potenciais e fragilidades do Controle Social na formulação de políticas do SUS, bem como se recomenda futuras investigações com abordagens metodológicas que levem em conta a percepção e contribuição dos atores envolvidos na realização, participação e elaboração das conferências e planos de saúde em seus diferentes níveis de organização.

REFERÊNCIAS

1. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saude Debate [Internet]. 2017 set. [citado em 10 nov. 2022];41(spe 3):155-70. doi:10.1590/0103-11042017S312.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist Cienc Saude - Manguinhos [Internet]. 2014 jan.-mar. [citado em 10 nov. 2022];21(1):15-36. doi:10.1590/S0104-59702014000100002.
3. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Saude Debate [Internet]. 2016 jan.-mar. [citado em 10 nov. 2022];40(108):204-18. doi:10.1590/0103-1104-20161080017.
4. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS; 2013. p. 237-71.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília, DF: CONASS; 2009.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: MS; 1986.
7. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990.
9. Brasil. Mensagem de veto nº 680, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990.

10. 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. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990.

11. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Popular participation in a local health council: limits and potentials. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 abr.-jun. [citado em 10 nov. 2022];24(2):442-49. doi:10.1590/0104-07072015000702014.

12. Brasil, Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília, DF: MS; 2016.

13. Krüger TR, Lemke AP, Nardino D, Finger SJ, Meggiato JR, Nunes MLA, Pedrini DM. As proposições das Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde: um estudo em municípios de Santa Catarina. *Saude Debate* [Internet]. 2011 out.-dez. [citado em 10 nov. 2022];35(91):508-21. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341765003>

14. Müller Neto JS, Schader FT, Pereira MJVS, Nascimento IF, Tavares LB, Motta AP. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saude Debate* [Internet]. 2006 [citado em 10 nov. 2022];30(73-4):248-74. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345309010>

15. Marques RA. Community Participation in the Brazilian Unified Health System: the relationship between National Health Plans and National Health Conferences' guidelines [dissertação]. Kraków: Jagiellonian University Medical College; 2020.

16. Kripka R, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. In: Anais do 4º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa; 2015; Aracaju, Brasil. Aracaju: CIAIQ; 2015. p. 243-47.

17. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Relatório consolidado da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: etapa estadual da 16ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Porto Alegre: CES/RS; 2019 [citado em 16 nov. 2021]. Disponível em: <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/1638/Propostas-prioritarias-da-8%EF%BF%BDConferencia-Estadual-de-Saude-do-RS-para-a-16%EF%BF%BD-Conferencia-Nacional-deSaude>

18. Rio Grande do Sul. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 [Internet]. Porto Alegre: SES/RS; 2021 [citado em 16 nov 2021]. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadualde-saude-28-05-interativo-b.pdf>

19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXV Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasília, DF: MS; 2017.

20. Brasil. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1991.

21. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1991.

22. Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de

dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

23. Pogrebinschi T, Santos F. Participation as representation: the impact of national public policy conferences on the Brazilian National Congress. Dados [Internet]. 2011 set. [citado em 10 nov. 2022];54(3):259-305. doi:10.1590/S0011-52582011000300002.

24. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Aberta a 8ª Conferência Estadual de Saúde com mais de três mil participantes [Internet]. Porto Alegre: SES/RS; 2019 [citado em 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/aberta-8-conferencia-estadual-de-saude-com-mais-de-tres-mil-participantes>

25. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Resolução nº 12, de 22 de dezembro de 2020 [Internet]. Brasília, DF: CES/RS; 2020 [citado em 16 nov. 2021]. Disponível em: <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/780/RESOLUCOES-CES/RS>

26. Miranda AS, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, Bezerra FM, Oliveira JC, Rezende R. Discursos práticos sobre ocorrências, processos decisórios e decorrências de Conferências Municipais de Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 jul.-set. [citado em 10 nov. 2022];20(58):559-71. doi:10.1590/1807-57622015.0300.

27. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. Saude Soc [Internet]. 2020 [citado em 10 nov. 2022];29(1):e181084. doi:10.1590/S0104-12902020181084.

28. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Ata da 3ª Plenário Ordinária do CES/RS. Porto Alegre: CES/RS; 2020 [citado em 16 nov. 2021]. Disponível em: [http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/1643/Toda-reuniao-do-Plenario-e-documentada-por-uma-ata.-Por-ter-valor-juridico,-ela-apresenta-um-resumo-fiel-dos-fatos,-ocorrencias-e-decisoes-tomadas-pelos\(as\)-conselheiros\(as\)-durante-as-reunioes](http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/1643/Toda-reuniao-do-Plenario-e-documentada-por-uma-ata.-Por-ter-valor-juridico,-ela-apresenta-um-resumo-fiel-dos-fatos,-ocorrencias-e-decisoes-tomadas-pelos(as)-conselheiros(as)-durante-as-reunioes)

29. Lucchese PTR, Aguiar DS, Wargas T, Lima LD, Magalhães R, Monerat GL. Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2004.

30. Teixeira C, Silveira P. Glossário de Análise Política em Saúde. Salvador: EDUFBA; 2016.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS; 2010.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília, DF: MS; 2012.

33. Teixeira C. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.

34. Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília, DF: MS; 2013.

35. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Glossário temático: ouvidoria do SUS. Brasília, DF: MS; 2007.

36. Brasil, Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília, DF: MS; 2004.