

# Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016

Health conferences: metasynthesis of good practices, obstacles and recommendations based on experiences in Brazil, 1986-2016

**Luciani Martins Ricardi<sup>a</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-7500-0465>  
E-mail: luciani\_snp@hotmail.com

**Helena Eri Shimizu<sup>b</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0001-5612-5695>  
E-mail: helena.eri.shimizu@gmail.com

**Leonor Maria Pacheco Santos<sup>b</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-6739-6260>  
E-mail: leopac@unb.br

<sup>a</sup>Ministério da Saúde. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde na Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, DF, Brasil.

## Resumo

O estudo teve como objetivo identificar evidências produzidas sobre as conferências de saúde brasileiras e sistematizar boas práticas, obstáculos e recomendações para qualificar a participação social no Sistema Único de Saúde. A metodologia utilizada foi revisão de literatura com análise do tipo metassíntese, a partir da busca nos portais Bireme e Pubmed de estudos publicados entre 1986 e 2016. A busca resultou em 507 artigos, dos quais 15 atendiam ao critério de ser estudo qualitativo primário sobre conferências de saúde brasileiras. A maior parte dos estudos eram relatos de experiência, de âmbito municipal, publicados nos últimos 10 anos. A metassíntese possibilitou sistematizar os resultados em avanços, obstáculos e recomendações para as conferências, de acordo com distintos eixos: papel, divulgação, participação, organização e encaminhamentos. Verificou-se que, apesar da importância das conferências para democratizar o sistema de saúde e das inovações no formato e na organização delas, o acesso e a participação precisam ser qualificados, com maior divulgação, mobilização da população, empoderamento, formação política e articulação com outros espaços de debate. As recomendações tiveram destaque pelas propostas para enfrentar os obstáculos apresentados, sobretudo com a necessidade de monitoramento, aprimoramento da articulação com os conselhos de saúde e maior influência das resoluções das conferências sobre a gestão.

**Palavras-chave:** Conferências de Saúde; Participação Social; Participação Comunitária; Participação Cidadã; Sistema Único de Saúde

## Correspondência

Luciani Martins Ricardi  
Avenida Duarte da Silveira, 610, João Pessoa, PB, Brasil. CEP 58013-280.

## Abstract

This study sought to identify the evidence produced on Brazilian health conferences and to systematize good practices, obstacles and recommendations to qualify social participation in the Unified Health System. The methodology used was literature review with metasynthesis of studies published from 1986 to 2016 from the BIREME and Pubmed databases. It resulted in 507 articles, of which 15 met the criteria of primary qualitative studies on Brazilian health conferences. Most articles are experience reports of municipal scope published in the last ten years. The metasynthesis allowed to systematize the results into improvements, obstacles and recommendations for the conferences according to different axes: role, dissemination, participation, organization and referrals. Despite the importance of these conferences to the democratization of the health system, we observed that access and participation need to be qualified, be promoted, include population feedback, empowerment, political formation and articulation with other areas for debate. The most notable recommendations were the proposals for dealing with the obstacles presented, more specifically the need to monitor, improve the articulation with the health councils, and the greater influence of Conference resolutions on public management.

**Keywords:** Health Conferences; Social Participation; Community Participation; Citizen Participation; Unified Health System.

## Introdução

A participação social tem sido importante demanda no país e um campo de disputa para o aprofundamento da democracia e o enfrentamento de iniquidades. O setor da saúde trouxe inovações em vários aspectos normativos e organizativos referentes à participação social na gestão da política pública, reflexo dos movimentos organizados na luta pela redemocratização do país e do processo contínuo para institucionalização de um sistema de saúde universal, integral, equitativo e descentralizado (Fleury; Lobato, 2009).

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é garantida como direito de todas e todos e dever do Estado, sendo a participação da comunidade uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A publicação de legislação específica (Lei nº 8.142/1990) regulamentou essa participação nas três esferas de governo, tornando-a obrigatória por meio de duas instâncias: os conselhos e as conferências de saúde.

Destaca-se que tanto os conselhos quanto as conferências de saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo sido instituídos em 1937, entretanto, com formatos e objetivos distantes da perspectiva da participação social na gestão. Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação de legislações posteriores, as conferências e os conselhos foram ganhando destaque e importantes atribuições como instâncias de participação da comunidade e controle social da política de saúde. A existência dos conselhos, por exemplo, com caráter deliberativo, é um dos requisitos para o repasse de recursos federais para secretarias municipais e estaduais de saúde (Brasil, 1990, 2012).

Apesar de a participação social ser um tema em constante debate no meio científico e na gestão, os estudos sobre conferências são mencionados como escassos, quando comparados àqueles que avaliam conselhos de saúde (Miranda et al., 2016; Paiva; Stralen; Costa, 2014).

Contudo, não há como desconsiderar o papel e a relevância desses espaços de participação social no país. Além de seu papel instituído de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas, as conferências têm se

caracterizado como espaços de mobilização social, com distintas estratégias para sua democratização desde o âmbito local até o nacional. Contudo, muitas vezes ainda são pouco conhecidas pela população em geral e desarticuladas para subsidiar efetivamente o planejamento das políticas de saúde (Ricardi; Shimizu; Santos, 2017).

Destarte, dados os resultados positivos do incremento na participação social, foi observada nos últimos anos a expansão das conferências em outros setores. De 2003 a 2013, registraram-se 97 conferências nacionais de 43 áreas setoriais e inúmeras conferências locais.<sup>1</sup>

No âmbito da saúde, além das 15 conferências nacionais ocorridas até 2016, já foram realizadas também diversas conferências temáticas, como: saúde indígena; saúde do trabalhador e da trabalhadora; saúde mental; gestão do trabalho e da educação na saúde/recursos humanos; saúde bucal; ciência, tecnologia e inovação em saúde; saúde ambiental; medicamentos e assistência farmacêutica; direitos e saúde da mulher; comunicação em saúde; e vigilância em saúde.

Partindo do interesse em identificar e sistematizar o conhecimento científico produzido em relação às experiências práticas de conferências de saúde brasileiras, este estudo teve o objetivo de construir um panorama dessa produção, analisando as características e principais resultados apontados para a qualificação e efetivação da participação social no SUS. Para tanto, a pesquisa se baseou na seguinte pergunta: “Quais boas práticas e recomendações são apresentadas na literatura científica para qualificar as conferências de saúde?”.

## Metodologia

Neste estudo optou-se pela revisão de literatura com análise do tipo metassíntese, metodologia emergente nas ciências da saúde, que possibilita sintetizar resultados e generalizar o conhecimento a partir da evidência científica de estudos qualitativos primários.

Inicialmente, realizou-se uma busca estruturada preliminar de literatura, entre 1986 e 2016, a partir da

qual verificou-se que os estudos científicos referentes às conferências de saúde eram predominantemente qualitativos, com distintos objetivos e metodologias.

Diante do grande acúmulo de informação publicada, muitas vezes de forma dispersa, a metassíntese qualitativa apresenta-se como uma resposta - consideradas suas limitações teóricas e metodológicas - às preocupações sobre a relevância e utilização da pesquisa qualitativa. Por meio de um complexo exercício de interpretação, a metassíntese busca preservar a integridade de cada estudo, porém favorecendo generalizações, necessárias tanto para a prática clínica quanto para a formulação de políticas públicas de saúde (Matheus, 2009; Sandelowski; Docherty; Emden, 1997).

Dessa forma, foram seguidas seis etapas: (1) identificação do interesse intelectual e objetivo da pesquisa; (2) definição dos critérios de inclusão e coleta sistemática da amostra de estudos; (3) leitura analítica e organização dos artigos selecionados; (4) justaposição dos resultados e identificação do relacionamento entre os estudos; (5) elaboração de novas afirmações a partir do conjunto dos resultados; (6) elaboração de uma nova explicação equivalente aos estudos pesquisados (Matheus, 2009).

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

1 Informações disponíveis em: <<https://bit.ly/2VM3Yky>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

Saúde”; “Ciência e Tecnologia em Saúde”; “Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”; “Medicamentos e Assistência Farmacêutica”.

Aos buscadores traduzidos para espanhol e inglês acrescentou-se “AND Brasil/Brazil”, e os filtros utilizados no Portal BVS foram: tipo de documento “artigo” e línguas “portuguesa, inglesa e espanhola”. Entre outubro de 2016 e janeiro de 2017 foram buscadas as palavras-chave no título, resumo e assunto. Além disso, foram verificadas as referências dos estudos selecionados, para identificar outros artigos que atendessem aos critérios desta pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: artigo publicado entre 1986 e 2016 em revista científica; estudo de conferências de saúde brasileiras, inclusive conferências temáticas de saúde; publicação em português, inglês ou espanhol; estudos qualitativos primários. Foram excluídos: outros tipos de publicação (editoriais, entrevistas, notícias, debates, notas de conjuntura, dossiê, narrativas, transcrição de palestra, resumo de eventos, livros, relatórios e outros documentos); artigo não localizado na versão completa; artigo referente a outro país; texto de outra temática; trabalhos que apenas citavam as conferências, seja como objeto de outros estudos ou motivação para realização de pesquisas; e outras metodologias.

Apesar da relevância de pesquisas baseadas nos relatórios das conferências, neste trabalho optou-se por focar estudos de campo originais, uma vez que estes apresentam mais elementos sobre o formato das conferências em si e não sobre uma temática específica abordada nas discussões e resoluções das conferências. Assim, foram excluídos estudos exclusivamente de análise documental, bem como artigos de revisão de literatura e ensaios teóricos.

A partir da literatura encontrada, procedeu-se à leitura dos resumos e, quando necessário, do texto integral, para a seleção dos artigos que atendiam aos critérios. Estes foram lidos na íntegra e classificados nas categorias: ano de publicação, revista, esfera, conferências analisadas, objetivo, metodologia utilizada e resultados apresentados, sintetizados em avanços, limitações e recomendações, de acordo com cinco eixos (papel; divulgação e mobilização; participação; organização e realização; e resultados e encaminhamentos). Os dados foram apresentados

de forma descritiva e analítica, buscando sintetizar o conhecimento produzido sobre o tema.

Apesar da complexidade de agregar estudos com diferentes abordagens teóricas, delineamentos e metodologias, esse exercício, realizado de forma rigorosa, dá indicativos mais generalizáveis para a política de saúde. Ademais, a despeito das limitações na busca por palavras-chave em bases de dados específicas, por não garantir a identificação da totalidade da produção científica sobre o assunto, considera-se que o levantamento realizado apresenta boa representatividade da produção e das temáticas, uma vez que as bases utilizadas congregam significativa quantidade e qualidade dos estudos sobre o tema. Por fim, a metassíntese não permite a generalização baseada em amostragem e significância estatística, mas em particularidades, que cria amplas interpretações dos estudos examinados enquanto busca permanecer fiel a cada um (Lopes; Fracolli, 2008).

## Resultados e discussão

A busca resultou em 507 artigos encontrados, sendo 313 repetidos e 181 excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. A partir da consulta às referências dos artigos selecionados, foram localizados mais dois estudos, totalizando assim 15 artigos analisados, conforme a Figura 1.

No Quadro 1, são apresentados os artigos selecionados para a metassíntese. Apesar de a busca ter incluído os 30 anos desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, observa-se uma concentração de publicações nos anos mais recentes, com 11 dos 15 estudos publicados nos últimos 10 anos. De forma geral, isso coincide com o aumento progressivo no número e na disponibilidade de publicações em saúde coletiva e demais campos de saber, além da implementação e do fortalecimento das instâncias de participação social, que parece se consolidar inclusive para além do setor de saúde. O ano de 2012 teve o maior número de publicações (n=4), seguido de 2014 (n=3), ano de realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde. De acordo com os critérios adotados, todos os estudos deveriam ser originais e com metodologias qualitativas; assim, prevaleceram os relatos de experiência e estudos com a realização de entrevistas.

**Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos oriundos da revisão de literatura para elaboração da metassíntese, Brasil, 1986-2016**



**Quadro 1 – Características dos estudos sobre conferências de saúde incluídos na metassíntese, Brasil, 1996-2016**

Esfera	Conferências analisadas	Objetivo	Metodologia utilizada	Referência	Código
Municipal	Conferências municipais de saúde em seis cidades do Ceará em 2007	Identificar significados evidenciados em discursos de participantes de conferências municipais de saúde acerca de tais eventos, seus processos decisórios e decorrências.	Estudo de casos múltiplos, com análise documental, entrevistas e grupos focais, com análise hermenêutica e dialética.	Miranda et al. (2016)	A1
Municipal Etapa Local	1 Conferência Local de Saúde de um município de Santa Catarina	Descrever a experiência da organização e realização de uma Conferência Local de Saúde, a partir de diálogos oriundos da realização de Círculos de Cultura em um Conselho Local de Saúde de um município do estado de Santa Catarina.	Relato de experiência realizada a partir dos Círculos de Cultura de Freire.	Busana et al. (2016)	A2
Estadual	3 e 4 Conferências Estaduais de Saúde Mental da Bahia	Analisar a participação das instâncias de controle social (conselho e conferência) no processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental na Bahia e descrever as ações, os programas e serviços de saúde mental implantados e implementados ou não pela Secretaria Estadual da Saúde.	Estudo de caso por meio de análise documental e entrevistas, com análise de conteúdo fundamentada na teoria do ciclo de políticas públicas de John Kingdon	Oliveira e Teixeira (2015)	A3
Municipal	2 Conferência Municipal de Saúde Mental – Intersetorial de Montes Claros, Minas Gerais	Analisar as práticas sociais de usuários, gestores e trabalhadores no tocante à participação social na política de saúde mental entre participantes da 2 Conferência Municipal de Saúde Mental – Intersetorial de Montes Claros.	Entrevistas semiestruturadas, com análise de discurso textualmente orientada	Silveira, Brante e Stralen (2014)	A4
Municipal	Conferências Municipais de Saúde de cinco cidades do Mato Grosso	Analisar os discursos dos participantes sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde.	Entrevistas semiestruturadas, com análise de discurso do sujeito coletivo	Müller Neto e Artmann (2014)	A5

continua...

**Quadro 1 – Continuação**

Esfera	Conferências analisadas	Objetivo	Metodologia utilizada	Referência	Código
Municipal Etapa local	Pré-Conferência Municipal de Ribeirão Preto, São Paulo	Relatar a experiência da participação de um enfermeiro pós-graduando no bojo de uma Pré-Conferência Municipal de Saúde.	Relato de experiência de cunho descritivo-reflexivo	Lopes-Júnior, Pereira e Mishima (2014)	A6
Municipal	3 Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista, São Paulo	Apresentar o relato de experiência da 3 Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista.	Relato de experiência	Tofani e Carpintéro (2012)	A7
Nacional Etapa municipal	4 Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal, Rio Grande do Norte	Discutir a participação dos usuários da rede de saúde mental no controle social no contexto das etapas locais da 4 Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, de modo a refletir sobre os limites e possibilidades desta participação na construção da política pública e oferecer subsídios para o avanço do processo de reforma psiquiátrica.	Observação participante, entrevistas e análise documental, fundamentada na análise institucional	Arraes et al. (2012)	A8
Municipal	9 Conferência Municipal de Saúde de Salvador, Bahia	Apreender as representações sociais sobre conferência de saúde dos delegados do segmento "usuários do SUS" que participaram da 9 Conferência Municipal de Saúde de Salvador.	Estudo ancorado na teoria das representações sociais, com teste projetivo de evocação livre de palavras.	Santos et al. (2012)	A9
Municipal	Conferências Municipais de Saúde de nove cidades de Santa Catarina	Descrever e analisar o processo organizativo e a dinâmica participativa dos diferentes segmentos que integraram as Conferências Municipais de Saúde realizadas nos anos de 2003 e 2007 em nove cidades de Santa Catarina.	Análise documental e entrevistas	Krüger et al. (2012)	A10
Municipal	4 Conferência Municipal de Saúde de Camaçari e pré-conferências	Relatar a experiência vivenciada pelos membros da comissão de mobilização da 4 Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, na construção e realização das pré-conferências de saúde.	Relato de experiência	Anunciação et al. (2008)	A11
Nacional Etapa municipal	16 Conferências Municipais de Saúde de Mato Grosso – etapas municipais da 12 Conferência Nacional de Saúde	Analisar se as demandas e diretrizes aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde estavam sendo priorizadas pelos próprios conselhos e pelas equipes gestoras.	Estudo de múltiplos casos, com análise documental e entrevistas semiestruturadas	Müller Neto et al. (2006)	A12
Nacional	2 Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	Descrever a implementação e o seguimento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e relatar com detalhes a experiência inovadora e participativa realizada.	Relato de experiência	Guimarães et al. (2006)	A13
Municipal Etapa local	3 Conferência de Saúde do Distrito Sanitário do Portão – Curitiba, Paraná	Apresentar os resultados da 3 Conferência Distrital de Saúde do Portão de 1997, que definiu o Planejamento do Distrito Sanitário para os anos de 1998 e 1999.	Relato de experiência	Gondin, Fanchin e Albuquerque (2000)	A14
Nacional Etapa Municipal	Conferências Municipais da Bahia, preparatórias para a 10 Conferência Nacional de Saúde	Relatar o processo de organização das Conferências Municipais de Saúde no Estado da Bahia, em 1996, como etapa preparatória à realização da 4 Conferência Estadual de Saúde, preliminar a 10 Conferência Nacional de Saúde.	Relato de experiência	Teixeira (1996)	A15

Os objetivos, em geral, relacionavam-se ao relato de experiências de organização e realização de conferências de saúde em âmbito local e à discussão sobre papel, participação e representatividade dos sujeitos nos processos conferenciais. Apenas dois estudos (A3 e A12) tiveram ênfase direta na efetividade, sobretudo quanto aos encaminhamentos das conferências e sua influência na gestão e nos conselhos de saúde (Müller Neto et al., 2006; Oliveira; Teixeira, 2015). Assim, verifica-se também uma intersecção com a temática dos conselhos, além das conferências.

Miranda et al. (2016) apontam que as publicações relacionadas à institucionalização de espaços e processos de gestão participativa no controle público/social sobre políticas governamentais de saúde - dentre as quais predominam estudos referentes aos conselhos de saúde, sobretudo relatos de caso - geralmente enfatizam: análises de normas e marcos regulatórios para participação e controle social; relatos de experiências de gestão participativa por meio de instâncias e processos decisórios correlatos; descrições de grupos e dinâmicas de representação de interesses no setor governamental; análises sobre vocalização e mobilizações por demandas de grupos específicos; e descrições sobre modos de controle social e fiscalização da proatividade e das ações governamentais.

Verificou-se ainda que quase todos os estudos eram referentes a conferências realizadas na esfera municipal (n=13), seja como conferência municipal de saúde, seja como etapa municipal da conferência nacional. Também há estudos referentes a etapas locais das conferências municipais. Apenas um artigo analisava a esfera estadual, e outro a federal. Quanto à distribuição regional dos artigos, apenas a região Norte não foi representada. A maior parte dos estudos foi realizada na região Nordeste (n=6), especialmente na Bahia, seguida das regiões Sul e Sudeste (n=3) e Centro-Oeste (n=2), além do estudo de âmbito nacional.

Destaca-se que, para além dos estudos primários ora analisados, há uma importante produção científica de análise documental a partir dos relatórios das conferências, com trabalhos que, em geral, voltam-se a temáticas específicas ao longo da realização de conferências nacionais de saúde (Guizardi et al., 2004; Stedile et al., 2015). Por questões metodológicas, tais artigos não foram incorporados neste estudo. Conforme aponta Guizardi et al. (2004), há vários modos de examinar os relatórios finais das conferências, desde aqueles que se voltam para a própria superfície do texto, recolhendo empiricamente argumentos presentes no discurso e comparando-o ao longo do tempo, até análises que buscam apreender por detrás dos textos os embates travados no seu processo de elaboração e interesses dos distintos autores. Também os artigos de debate, com características mais teóricas e/ou de opinião de especialistas a partir de experiências e conhecimentos acumulados, têm contribuído tanto para os processos pré-conferenciais quanto para avaliação e direcionamentos da política de saúde (Gadelha, 2015).

Além das conferências de saúde *stricto sensu*, parte da produção referia-se às conferências temáticas, neste caso, especificamente às de saúde mental e de ciência, tecnologia e inovação em saúde. A realização de conferências temáticas foi deliberada já na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em um contexto de ampliação dos processos democráticos na área (Silveira; Brante; Stralen, 2014). Apesar de não possuírem a mesma periodicidade, vêm sendo realizadas desde então, contemplando diversos temas de relevância para o SUS.

Os resultados referentes aos avanços e limitações das conferências, bem como as principais recomendações dos estudos, são apresentados no Quadro 2, de forma resumida e agrupada por tema.

**Quadro 2 – Metassíntese dos avanços, obstáculos a enfrentar e recomendações para a qualificação das conferências, Brasil, 1996-2016**

Eixo	Avanços e boas práticas	Obstáculos a enfrentar	Recomendações
Papel	<p>É reconhecida a importância das conferências de saúde enquanto instâncias de participação social, e os conselhos e conferências de saúde são apontados como as formas principais de diálogo, mobilização e participação da sociedade na saúde, que contribuem para o fortalecimento da cidadania e para a democratização do sistema de saúde (A1, A2, A5, A9, A11, A12, A15). As conferências são vistas também como espaços de aprendizado, tanto de usuários quanto de trabalhadores e pesquisadores (A2, A4, A10, A13). As conferências representam uma inovação e um potencial de melhoria da política de saúde, dos serviços e da gestão, decorrentes das discussões e mobilizações desses espaços participativos (A1, A2, A3, A4, A5, A13, A14)</p>	<p>Predomínio da democracia representativa, da gestão verticalizada e da participação mais figurativa, com governos que proporcionam meios de participação e convivem com as instâncias de controle social, mas operam com agendas próprias, autônomas e dissociadas (A1, A4, A5, A12). O desconhecimento e o descrédito com relação ao potencial da conferência para influenciar os processos de tomada de decisão refletem uma prática social de desvalorização da participação do usuário (A2, A4). Os jogos de forças e disputas de poder, inclusive político-partidárias, dificultam que as conferências atinjam seus objetivos, com participação ampla e efetiva dos atores (A4 e A8).</p>	<p>É necessário fortalecer instâncias de participação, como conselhos e conferências, porém o controle social não pode ser traduzido apenas em mecanismos formais, mas deve se refletir na real mudança cultural e política, com o poder da população em modificar planos e políticas não só no campo da saúde, mas em toda a sociedade, fortalecendo a descentralização e a democratização da gestão (A1, A4, A6, A9, A10).</p>
Divulgação e Mobilização	<p>As conferências locais e as pré-conferências são estratégias empoderadoras e estimulantes para a comunidade, fomentando a participação, ampliando a abrangência de divulgação das conferências municipais e da atuação dos conselhos e favorecendo o apontamento dos problemas de saúde e o levantamento de dados primários para a elaboração de diretrizes (A1, A2, A6, A7, A11, A12). A mobilização para conferências no âmbito local, como nas comunidades e Unidades de Saúde da Família, bem como em redes sociais, favorece uma maior divulgação e o alcance de mais pessoas (A2, A10, A11, A12).</p>	<p>Há poucas informações disponíveis sobre mecanismos institucionais participativos e seus resultados. A divulgação das conferências é ainda um processo frágil, ocasionando pouca participação dos usuários, e as pré-conferências são pouco realizadas nos municípios (A1, A4, A10, A12).</p>	<p>A realização de eventos preparatórios nos territórios, em que tanto usuários quanto trabalhadores de saúde e gestores possam ser informados sobre seus objetivos e para que os temas possam ser trabalhados antecipadamente, pode contribuir para uma participação mais efetiva e qualificada nas conferências e para que, nas conferências futuras, os representantes já tenham as propostas que se aproximem da realidade e das necessidades locais (A1, A4, A6, A10, A11, A12).</p>

continua...

## Quadro 2 – Continuação

Eixo	Avanços e boas práticas	Obstáculos a enfrentar	Recomendações
Participação nas Conferências	<p>As conferências conseguem congregiar uma pluralidade de sujeitos e de demandas da sociedade (A3, A5, A6, A13, A15).</p> <p>Realizá-las de forma ascendente, com etapas locais e regionais, favorece a participação da comunidade e a representatividade dos delegados eleitos e das propostas aprovadas (A6, A7, A11).</p> <p>A intersetorialidade das conferências e a integração com outras instâncias de participação favorecem o reconhecimento da transversalidade de pautas da saúde e a participação e pactuação por distintos atores necessários para efetivar as deliberações (A7, A8, A13).</p>	<p>Apenas a realização de conferências não garante a incorporação nem a participação ativa dos diversos segmentos sociais no controle social, nem a implementação de novas políticas públicas. Identificam-se, em alguns casos, baixa representatividade nas conferências, demandas fragmentadas, falta de paridade e equidade na distribuição das vagas, intensa polarização política, aparelhamento partidário e problemas de comunicação (A1, A4, A5, A8, A10, A12).</p> <p>Há ainda participação restrita na construção do processo de conferências como um todo, o que remete à ausência de formação política e incentivos à participação do usuário como ator fundamental no exercício do controle social e nos espaços cotidianos de debate. A fragilidade do controle social revela-se na concentração das decisões em determinados segmentos (gestores e trabalhadores) em detrimento da participação popular (A4, A8, A10).</p> <p>Problemas na paridade entre os segmentos, o formato de representação por indicação, bem como a sub-representação de grupos foram evidenciados (A6, A8, A10, A12).</p> <p>A repetição exaustiva de pautas, assuntos, representantes e discursos dificulta uma participação mais ampla de novos representantes e novas pautas (A1, A10).</p>	<p>Barreiras precisam ser vencidas para uma participação ativa nos processos decisórios, por exemplo, por meio de divulgação, capacitação, empoderamento, formação política de usuários e trabalhadores e existência de espaços de debate, reflexão e participação ampliados na dimensão cotidiana (A1, A4, A5, A6, A8, A9, A10).</p>

continua...

**Quadro 2 – Continuação**

Eixo	Avanços e boas práticas	Obstáculos a enfrentar	Recomendações
<p>Organização e realização das conferências</p>	<p>A relação entre a agenda nacional e a agenda local das conferências, fortalecida com as pré-conferências, pode revelar uma importante sintonia entre os debates nacionais (A6, A7, A10, A11, A12, A13, A15). A eleição dos conselheiros municipais de saúde na conferência favoreceu a representatividade no conselho e o compromisso com as deliberações conferenciais. A relação das conferências com outras instâncias participativas e setores amplia e fortalece seus resultados (A2, A7, A10, A13). A priorização coletiva das propostas das conferências é uma inovação, qualificando o debate e garantindo a pactuação com a sociedade de um projeto viável a partir de um Relatório Final enxuto, facilitando sua conversão nos instrumentos de planejamento e orçamento (A7, A11, A14). A organização das discussões e a viabilização de estruturas e ferramentas para registrá-las e consolidá-las favorecem a efetivação e a credibilidade das conferências (A7, A13, A14, A15).</p>	<p>O segmento governamental tem estado mais à frente das conferências que os conselhos, e há forte influência da agenda nacional na agenda local das conferências, o que pode revelar uma fragilidade do controle social municipal, que muitas vezes funciona no improviso, não observando particularidades e necessidades de saúde locais, nem uma regularidade na realização das conferências e pré-conferências (A3, A10, A11, A12). Há ainda um formato congressual e formal da conferência, com caráter expositivo na maioria das contribuições, em detrimento dos espaços coletivos de debate, com limitada articulação para a garantia da intersetorialidade. Identifica-se também uma repetição exaustiva de pautas, assuntos, representantes e discursos, o que dificulta uma participação mais ampla de novos representantes e novas pautas (A1, A8, A10). A questão do tempo representa um desafio. A convocatória tardia das conferências implica um apressado processo de organização e construção, com uma diversidade de questões que agregam conflitos e tensionamentos. A discussão de várias propostas em tempo insuficiente revela, ainda, a pluralidade crescente da sociedade e dos interesses nela presentes, a superficialidade nas discussões e o afastamento entre os gestores e os órgãos de participação social (A6, A8).</p>	<p>Criação de calendário bianual para as conferências municipais de saúde para que os temários prioritizados sejam, de modo alternativo, nacional e local, e fazer a conferência coincidir com os momentos de elaboração do Plano de Saúde e o Plurianual, garantindo a incorporação das deliberações às políticas de saúde (A12). Monitoramento, avaliação e apresentação no início da conferência, por parte do gestor municipal da saúde, da análise da situação de saúde do município e do relatório contendo prestação de contas quanto ao grau de cumprimento das deliberações da conferência anterior (A5, A12, A14). O problema do afastamento entre gestores e órgãos de participação social precisa ser reconhecido e enfrentado por meio da mudança de postura, escuta qualificada e promoção do diálogo na diferença, em torno de novos métodos democráticos de organização (A6 A8, A10). Também a organização das pré-conferências são recomendadas para o levantamento ascendente das necessidades e dos problemas de saúde, e para a escolha de representantes (A10, A12).</p>

continua...

## Quadro 2 – Continuação

Eixo	Avanços e boas práticas	Obstáculos a enfrentar	Recomendações
<p>Resultados e encaminhamentos</p>	<p>A realização das conferências atende ao propósito democratizante, envolve a sociedade civil no exercício de reflexão e discussão de problemas coletivos, gerando oportunidades de expressão e mobilização de grupos, com oportunidade de somar forças e renovar o ativismo, favorecendo o ensino-aprendizagem e a formação política dos participantes (A1, A3, A7, A8, A10, A14)</p> <p>A discussão e deliberação sobre agendas e propostas de políticas da gestão nos espaços conferenciais, previamente à sua implantação, favorecem a concretização de políticas mais amplas, equitativas e participativas (A13).</p> <p>O encaminhamento do Relatório Final aos legisladores, gestores, comunidades e candidatos ao poder executivo, solicitando-se o compromisso com as deliberações, favorece o conhecimento das diretrizes propostas e a continuidade das ações (A7, A10, A12).</p> <p>A articulação entre distintas instâncias e mecanismos de participação, como consultas públicas e conselhos, além das conferências, favorece a ampliação da participação da população na gestão das políticas públicas (A2, A13).</p>	<p>Demandas e resoluções apareceram muitas vezes como reivindicações não estruturadas, pontuais e localizadas de problemas percebidos, e não como diretrizes da política de saúde, o que facilita a sua subordinação ou substituição por imposições técnicas e administrativas oriundas da normatividade governamental instituída (A1, A7, A11, A12).</p> <p>Nota-se pouca importância atribuída às deliberações das conferências e ausência de divulgação externa dos Relatórios Finais das Conferências – que, em muitos casos, ficam arquivados sem utilização ou nem são localizados no conselho e na Secretaria de Saúde. Participantes também demonstram facilidade para lembrar de deliberações mais específicas, decorrentes de suas próprias demandas e contextualizadas localmente, porém revelam dificuldades para lembrar das decisões mais gerais, de caráter diretivo amplo (A1, A10, A12).</p> <p>Há ainda negligência dos governos na incorporação das demandas das conferências em suas agendas políticas e na implantação de estratégias institucionais correspondentes, com baixa articulação entre gestão e sociedade civil e incompatibilidade entre os tempos de realização da conferência e dos instrumentos de gestão (A1, A4, A5, A12).</p> <p>Atuação limitada ou ausente do conselho de saúde quanto ao debate e à incorporação das propostas aprovadas nas conferências, sobretudo no monitoramento destas e na avaliação sobre sua efetivação. Em alguns casos as conferências não influenciam decisões políticas do conselho e da gestão, aparentemente tendo sido organizadas apenas por indução do Ministério da Saúde (A1, A3, A4, A12).</p>	<p>Processamento técnico-político e logístico posterior dos relatórios, com iniciativas e tratativas visando ao processo de planejamento e à formulação de políticas institucionais viáveis, considerando a conotação reivindicatória e genérica das demandas das Conferências Municipais (A1, A12).</p> <p>Ampla divulgação aos Relatórios Finais das Conferências, para subsidiar a formação da opinião pública para participação das Conferências, fazendo avaliações e proposições (A10, A12, A14).</p> <p>Necessidade de maior ressonância e influência da participação na esfera pública sanitária e sobre o sistema político e o poder administrativo (A5, A12, A15).</p> <p>Incentivo à formação e capacitação de conselheiros de saúde, de modo a qualificar as suas intervenções de representação, de acompanhamento e de monitoramento das deliberações das Conferências nas políticas de saúde (A1, A3, A6, A12).</p>

Como é possível verificar, no que se refere ao papel das conferências de saúde há um certo consenso sobre sua importância como fator democratizante, sobretudo em relação à mobilização e expressão de grupos sociais (Müller Neto; Artmann, 2014; Santos et al., 2012). O ideal da participação social remete a conceitos de cidadania, direitos sociais, papel do Estado e da relação Estado-Sociedade, já que visa congrega a participação dos diferentes segmentos da sociedade na definição e no acompanhamento das políticas públicas. Esse é o conceito utilizado prioritariamente neste estudo, já que as conferências de saúde preveem necessariamente a participação de diferentes segmentos - de usuárias e usuários do SUS, profissionais de saúde, gestão e prestadores de serviços -, congregando distintos interesses, muitas vezes em disputa.

Apesar de as conferências serem apresentadas muitas vezes como instâncias de controle social, esse termo é visto como reducionista por autores como Stolz (2006), para quem o deslocamento do conceito restringe a atuação das instâncias participativas apenas a um papel de fiscalização. As conferências se propõem a ir muito além da fiscalização, com suas atribuições de analisar a situação de saúde e definir diretrizes para a política de saúde (Brasil, 1990). Todavia, ainda são necessárias estratégias para fortalecer a participação social e enfrentar a dissociação da gestão, que muitas vezes desconsidera as propostas e diretrizes definidas nas conferências, o que reduz substancialmente a efetividade e credibilidade dos espaços de participação, tornando-os simbólicos (Miranda et al., 2016).

Stolz (2006) identifica essa limitação, defendendo que as conferências não conseguiram se tornar instâncias populares para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a política pública. Na verdade, muitas vezes, se tornam momentos de legitimação do processo de implantação do SUS, com seus avanços e contradições, pois não têm tido como ponto de partida a mobilização popular para identificar e debater as reais condições de vida e trabalho, mas partem de elaborações de grupos técnicos do Ministério da Saúde e de atores institucionais. Faz-se necessário construir e reconstruir constantemente a governança e a governabilidade.

Conceitualmente e historicamente, sobretudo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando as conferências passaram a contar com ampla participação e representação dos distintos segmentos, seu papel passa a ser pautado na perspectiva de uma democracia participativa, que busca se afirmar e complementar o modelo hegemônico de democracia representativa.

Na direção da convivência entre democracia participativa e representativa, Santos e Avritzer (2002) apontam que são possíveis duas formas: a coexistência, em geral com democracia representativa em nível nacional, numa forma vertical burocrática da administração pública, e democracia participativa no nível local; e a complementariedade, que implica uma articulação mais profunda entre os dois modelos, com a democracia participativa substituindo parte do processo de representação e deliberação do modelo hegemônico, recolocando em pauta questões de pluralidade cultural e inclusão social. Para os autores, essa complementariedade começa a emergir nos países considerados periféricos e semiperiféricos, com essas novas formas de experimentação institucional de importante potencial emancipatório.

Quanto à divulgação das conferências e mobilização da população, a metassíntese demonstrou que esse processo ainda é visto como insuficiente na maior parte dos casos, o que tem impacto direto na participação (ou não) da comunidade. A realização de pré-conferências e conferências locais, descentralizando ainda mais os processos participativos e realizando-os mais próximo de onde as pessoas vivem e utilizam os serviços de saúde, tem ampliado a abrangência de divulgação das conferências e, em consequência, a participação da comunidade e o levantamento dos reais problemas vivenciados no sistema, sendo bastante recomendada, assim como o fortalecimento de estratégias de comunicação (Anunciação et al., 2008; Busana et al., 2016; Lopes-Júnior; Pereira; Mishima, 2014; Tofani; Carpintero, 2012).

A informação e a comunicação são bases para o processo de participação social. Entretanto, apesar de serem temas recorrentes e de destaque inclusive nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (Stedile et al., 2015), ainda constituem um eixo

bastante frágil no setor. Vázquez et al. (2005), ao analisarem o nível de informação e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste, por meio de inquérito populacional, verificaram que apenas cerca de 10% da amostra afirmava conhecer as conferências de saúde, sendo a taxa de utilização menor que 1%, evidenciando o desafio de colocar em prática as conquistas estabelecidas no plano legal e apontando a debilidade das estratégias de divulgação da existência dos mecanismos, das formas de participação e dos resultados de suas atuações.

A informação e a comunicação também são apontadas como desafios do próprio SUS, que precisa de estratégias específicas para aprimorá-las, como identificado na 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, realizada em 2017. Na ocasião foram apresentadas questões como a necessidade de criar redes de comunicação em defesa do SUS e alternativas de democratização da informação para a ponta, com destaque para o importante papel das mídias sociais atualmente (Brasil, 2017).

No que tange à maior descentralização, mobilização e democratização das conferências, destaca-se também a experiência da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, que incentivou a realização de conferências livres, não apenas por bairros e regiões, mas também por segmentos e grupos sociais (Brasil, 2015). Além disso, garantiu a ampliação da participação por meio de critérios de equidade estabelecidos para a composição de delegados e convidados, além de vagas para participantes livres na etapa nacional.

Ainda no que se refere à participação, a metassíntese evidenciou que, apesar dos avanços na pluralidade de sujeitos e demandas incorporadas, inclusive de pautas intersetoriais e transversais, apenas a existência de processos participativos não garante a sua democratização, sendo necessárias estratégias de incentivo à participação, além de formação política (Arraes et al., 2012; Miranda et al., 2016; Silveira; Brante; Stralen, 2014). Ademais, é importante que se dê especial atenção a questões de representatividade e democratização do acesso, para que o processo participativo não reproduza o modelo excludente frequentemente

criticado da democracia representativa do sistema político, especialmente no que se refere a grupos historicamente estigmatizados, o que foi evidenciado particularmente nas conferências de saúde mental (Arraes et al., 2012; Oliveira; Teixeira, 2015; Silveira; Brante; Stralen, 2014).

Müller Neto e Artmann (2012) defendem que, para uma ação comunicativa efetiva, é necessário superar barreiras frequentes, como o autoritarismo, o populismo, o clientelismo, a cooptação e o corporativismo, que propiciam a colonização do espaço público. Miranda et al. (2016) apontam que os embates entre democracia representativa e participativa não remetem ao esgotamento das iniciativas de democratização participativa, mas sim à permanência de uma cultura institucional nos moldes convencionais da democracia representativa nos espaços de participação, em que as novas representações muitas vezes se adaptam às regras institucionais vigentes, mesmo em conselhos e conferências. Isso porque o modelo representativo tornou-se hegemônico nas democracias ao redor do mundo, nas quais muitas vezes a participação da população se dá quase que exclusivamente pelo voto na escolha de representantes para o Executivo e Legislativo, representando uma espécie de cheque em branco, numa lógica em que os ditos “representantes” sequer prestam contas aos “representados” (Sader, 2002).

Nesse sentido, Santos e Avritzer (2002) afirmam que a perversão e descaracterização dos objetivos de inclusão social e de reconhecimento das diferenças, assim como na democracia de baixa intensidade do modelo liberal representativo, podem ocorrer também nas práticas de democracia participativa, via burocratização, clientelismo, instrumentalização partidária, silenciamento e manipulações. Para evitá-los, são necessárias aprendizagem e reflexão constantes para extrair incentivos para novos aprofundamentos democráticos, sendo as próprias tarefas de democratização definidas por processos democráticos cada vez mais exigentes, ou seja, com mais democracia.

Aspectos organizativos e da realização das conferências também são evidenciados na análise e verifica-se uma importante influência da Agenda Nacional nas etapas locais, o que pode revelar

uma sintonia, mas também uma fragilidade ainda do controle social municipal (Krüger et al., 2012). A organização de pré-conferências, o caráter ascendente e a realização de conferências municipais separadas das etapas municipais da conferência nacional, com distintos focos de análise da política de saúde, têm demonstrado êxito (Lopes-Júnior; Pereira; Mishima, 2014; Tofani; Carpintéro, 2012).

Outro ponto relevante refere-se ao tempo e à metodologia adequada para garantir um espaço apropriado à discussão e deliberação coletiva, e não apenas ao cumprimento de formalidade legal de realização de conferências. Ter periodicidade e tomar como pontos de partida a conferência anterior e a análise da situação de saúde, antes da elaboração de instrumentos com o Plano de Saúde e o Plano Plurianual, são essenciais para um planejamento adequado, para direcionar as discussões e para maior relevância da conferência (Müller Neto et al., 2006). A priorização coletiva das propostas e a eleição de conselheiros no momento das conferências apresentaram-se também como boas práticas, além de métodos democráticos e transparentes de organização e consolidação das discussões (Tofani; Carpintéro, 2012).

No que tange a resultados concretos e encaminhamentos das conferências, foi identificada como avanço a instituição da conferência enquanto espaço de intercâmbio de conhecimentos e formação política para a defesa do sistema de saúde e de pautas internas a ele, sendo essencial sua articulação com outras instâncias e mecanismos de participação e a utilização desses eventos para discussão prévia à implementação de políticas, ainda no processo de elaboração destas (Tofani; Carpintéro, 2012). Também o encaminhamento do relatório final para gestores e candidatos e legisladores mostrou-se positivo para fazer frente a um processo ainda frágil, que é a divulgação das conferências e dos seus resultados, muitas vezes incipientes, o que fragiliza tanto sua importância na gestão quanto a própria transparência e o monitoramento da execução das deliberações por parte da sociedade (Müller Neto et al., 2006).

Não é à toa que o eixo resultados e encaminhamentos apresenta o maior número de obstáculos a superar e recomendações para

sua qualificação. A efetividade das conferências ainda é pouco avaliada e o monitoramento das resoluções das conferências, atribuição do conselho de saúde correspondente, é considerado ainda como uma das principais limitações dos processos conferenciais nos três níveis de governo – tópico recorrente inclusive nos relatórios das conferências nacionais –, seja pelo grande número de resoluções e insuficiente priorização, seja pela ausência de um processo sistemático definido para monitoramento e avaliação da condução e implementação das propostas conferenciais. É preciso ainda estabelecer maior relação entre os processos de planejamento e gestão e a realização das conferências, como já foi mencionado, bem como fortalecer a atuação dos conselhos, a fim de garantir que as diretrizes definidas no processo participativo, de fato, pautem a política de saúde (Lobato; Martich; Pereira, 2016; Miranda et al., 2016; Müller Neto et al., 2006; Ricardi; Shimizu; Santos, 2017). A governança em saúde é um processo em constante construção, que deve seguir na direção de um padrão mais democrático de exercício do poder (Fleury et al., 2010).

Ademais, é preciso ampliar a mobilização e atuação para além das instâncias formais, englobando distintos atores sociais e sujeitos coletivos. Também a academia pode ser um parceiro importante dos conselhos nesse monitoramento e, como apontado por Silveira, Brante e Stralen (2014), apresenta-se como potencial apoiador para o aprofundamento dos processos democráticos, por meio de estudos e proposições de estratégias para incrementar e acompanhar fóruns de participação social.

Por fim, destaca-se que são muitos os avanços, porém os obstáculos precisam ser enfrentados em busca de uma real democratização do sistema de saúde e para além dele, pois, além de questões técnicas, há um importante contexto político, com disputas que envolve diferentes interesses, ideologias e projetos de sociedade. Como destacam Miranda et al. (2016), a análise das conferências de saúde pode ser contextualizada na perspectiva de contradições, tensões e mediações substanciais para a própria democratização do Estado brasileiro, para a consolidação da sociedade civil e para a constituição de instâncias da esfera pública.

## Considerações finais

O estudo demonstrou que há importante produção científica nacional referente às conferências de saúde, com indicativos de avanços, limitações e recomendações de fundamental importância para o aperfeiçoamento desses processos participativos. É reconhecida a importância das conferências para a democratização do sistema de saúde, contudo o acesso e a participação precisam ser qualificados, com maior divulgação, mobilização popular, empoderamento e outros espaços de debate, reflexão e formação. Os encaminhamentos tiveram destaque pelas barreiras que ainda precisam ser enfrentadas, sobretudo com a necessidade de aprimoramento do monitoramento pelos conselhos e de influência das resoluções das conferências sobre o planejamento e a gestão.

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

Alguns aspectos podem ser vistos ainda como lacunas do conhecimento, como a escassez de estudos mais abrangentes, de metodologias de intervenção, além de análise e sistematização de avanços metodológicos e conceituais na realização das conferências, a fim de enfrentar as limitações já identificadas e ampliar a efetividade das conferências, tema ainda pouco estudado. Há ainda insignificante produção internacional acerca das conferências de saúde. Destaca-se o papel da academia e da sociedade no monitoramento

das políticas públicas, no acompanhamento das deliberações das conferências e na sistematização e divulgação dos avanços e desafios, para a consolidação do SUS, para a concretização do direito à saúde e para o fortalecimento da cidadania e da democracia no país.

## Referências

- ANUNCIACÃO, A. S. et al. Pré-conferências de saúde: uma proposta de democratização da saúde no município de Camaçari. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, n. 1, p. 131-137, 2008.
- ARRAES, A. K. M. et al. Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). *Psicologia Política*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 71-85, 2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990.
- BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 501, de 7 de maio de 2015. Aprova as diretrizes metodológicas para a 15ª

- Conferência Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde: relatório final*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/32vAHMO>>. Acesso em: 1º jun. 2018.
- BUSANA, J. A. et al. Conferência local de saúde a partir do itinerário de pesquisa de Freire: relato de experiência. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, Uberaba, v. 5, n. 1, p. 93-104, 2016.
- FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.
- GADELHA, P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2047-2058, 2015.
- GONDIN, A. L. S.; FANCHIN, R. T.; ALBUQUERQUE, M. C. III Conferência de Saúde do Distrito Sanitário do Portão. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 19, n. 4, p. 104-106, 2000.
- GUIMARÃES, R. et al. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1775-1785, 2006.
- GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.
- KRÜGER, T. R. et al. A organização e a dinâmica participativa dos segmentos sociais nas Conferências Municipais de Saúde. *Revista Emancipação*, Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 119-130, 2012.
- LOBATO, L. V. C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. D. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, 2016.
- LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, 2008.
- LOPES-JÚNIOR, L. C.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Participação popular e Pré-Conferência Municipal de Saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 543-553, 2014.
- MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, p. 543-545, 2009. Número especial 1.
- MIRANDA, A. S. et al. Discursos práticos sobre ocorrências, processos decisórios e decorrências de conferências municipais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 559-571, 2016.
- MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.
- MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, 2014.
- MÜLLER NETO, J. S. et al. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73-74, p. 248-274, 2006.
- OLIVEIRA, T. A.; TEIXEIRA, C. F. Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 132-144, 2015. Número especial.
- PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014.
- RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As conferências nacionais de saúde e o processo

de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 155-170, 2017. Número especial 3.

SADER, E. Para outras democracias. In: SANTOS, B. S. (Ed.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 651-678.

SANDELOWSKI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in Nursing & Health*, Hoboken, v. 20, n. 4, p. 365-371, 1997.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Ed.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SANTOS, M. R. C. et al. Estrutura da representação social dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre conferência municipal de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 1, p. 121-133, 2012.

SILVEIRA, A. R.; BRANTE, A. R. S. D.; STRALEN, C. J. V. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 783-793, 2014.

STEDILE, N. L. R. et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, 2015.

STOLZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73-74, p. 149-160, 2006.

TEIXEIRA, C. F. Conferências municipais de saúde: construindo o SUS na Bahia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 50-57, 1996.

TOFANI, L. F. N.; CARPINTÉRO, M. C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 244-252, 2012. Suplemento 1.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 141-155, 2005. Suplemento.

---

### Contribuição das autoras

Ricardi colaborou em todas as etapas de elaboração do artigo. Shimizu e Santos participaram da concepção e do delineamento da pesquisa, da definição metodológica, da revisão crítica e da aprovação da versão final do manuscrito.

Recebido: 23/07/2019

Aprovado: 22/11/2019