



**ANA PAULA CRISTIANE RODRIGUES DE SOUZA**

**GESTÃO SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE LAVRAS-MG**

**LAVRAS-MG**

**2021**

**ANA PAULA CRISTIANE RODRIGUES DE SOUZA**

**GESTÃO SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE LAVRAS-MG**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

Prof. Dr. José Roberto Pereira.

Orientador

**LAVRAS-MG**

**2021**

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca  
Universitária da UFLA, com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Souza, Ana Paula Cristiane Rodrigues de.  
Gestão social de políticas públicas de saúde no município de  
Lavras-MG / Ana Paula Cristiane Rodrigues de Souza. - 2021.  
62 p. : il.

Orientador(a): José Roberto Pereira.

Monografia (graduação) - Universidade Federal de Lavras,  
2021.  
Bibliografia.

1. Gestão social. 2. Políticas de saúde. 3. Conferência de saúde.  
I. Pereira, José Roberto. II. Título.

O conteúdo desta obra é de responsabilidade do(a) autor(a) e de seu orientador(a).

**ANA PAULA CRISTIANE RODRIGUES DE SOUZA**

**GESTÃO SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
LAVRAS-MG**

**SOCIAL MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH POLICIES IN THE  
MUNICIPALITY OF LAVRAS-MG**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

APROVADA em 09 de junho de 2021.

Dra. Eloisa Helena de Souza Cabral      SISDIA

Dra. Érica Aline Ferreira Silva Yamamoto      UFLA

Prof. Dr. José Roberto Pereira.

Orientador

**LAVRAS-MG**

**2021**

*A Deus, sem ele eu não teria capacidade para desenvolver este trabalho.  
Aos meus pais Francisca H. Antônio, Emerson L. Antônio e Adão Henrique Rodrigues, pois é  
graças aos esforços de cada um que hoje posso concluir o meu curso.  
Ao meu filho Samuel Philipe Rodrigues Pinto, minha razão de viver.*

*Dedico*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus ao permitir que meus objetivos fossem alcançados durante os meus anos de estudos e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus irmãos Ana Cristina de Paula Rodrigues e Alexandre Nicolas de Paula Rodrigues, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho. Ao meu amigo Rickson Julio, que sempre esteve ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período em que me dediquei ao curso.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho em meu processo de formação profissional.

Às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto em minha formação acadêmica.

## RESUMO

Esta pesquisa qualitativa tem por foco analisar a efetividade da gestão social na formação das políticas públicas nacionais de saúde. Considerando que a formação das políticas públicas nacionais implementadas ocorreu por meio das conferências de saúde, objetiva-se identificar e apresentar as propostas do município de Lavras nas etapas Estadual e Federal. O levantamento das propostas foi construído por meio de análise dos relatórios de cada etapa da conferência: nas esferas municipal, estadual e nacional, nos quais se avalia a conformidade de todas as propostas elencadas. A análise investigativa dos resultados possibilitou a compreensão de como a gestão social é realizada na formulação e efetivação das políticas públicas nacionais de saúde. Como resultado, obtivemos as propostas que se tornaram diretrizes para formulação do plano nacional de saúde e plano plurianual (2020-2023) para efetivação da gestão social de políticas públicas no município de Lavras.

**Palavras-chaves:** Gestão social; Políticas de saúde; Conferência de saúde.

## **ABSTRACT**

This qualitative research focuses on analyzing the effectiveness of social management in the formation of national public health policies. Considering that the formation of implemented national public policies occurred through health conferences, the objective is to identify and present the proposals of the municipality of Lavras in the State and Federal stages. The survey of the proposals was built through the analysis of the reports of each stage of the conference: at the municipal, state and national levels, where the conformity of all the listed proposals is evaluated. The investigative analysis of the results made it possible to understand how social management is carried out in the formulation and implementation of national public health policies. As a result, we obtained the proposals that became guidelines for the formulation of the national health plan and the multi-year plan (2020-2023) to implement the social management of public policies in the municipality of Lavras.

**Keywords:** Social management; Health policies; Health conference.



## LISTA DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 1 Propostas das pré-conferências.....                                    | 35  |
| Quadro 2 Eixos temáticos.....   | 38  |
| Quadro 3 Análise das propostas: Eixo I. ....                                    | 40  |
| Quadro 4 Análise das propostas: Eixo II. ....                                   | 43  |
| Quadro 5 Análise das propostas: Eixo III.....                                   | 45  |
| Quadro 6 Diretrizes 16º CNS análise das propostas dentro do PPA 2020-2023. .... | 48  |
| Quadro 7 Resultados.....  | 451 |

## **LISTA DE SIGLAS**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>CES MG</b> | Conferência Estadual de saúde de Minas Gerais |
| <b>CMS</b>    | Conferência Municipal de Saúde                |
| <b>CNS</b>    | Conferência Nacional de Saúde                 |
| <b>EC</b>     | Emenda Constitucional                         |
| <b>LC</b>     | Lei Complementar                              |
| <b>PEC</b>    | Proposta de Emenda Constitucional             |
| <b>PNS</b>    | Plano Nacional de Saúde                       |
| <b>PPA</b>    | Plano Plurianual                              |
| <b>PSF</b>    | Programa Saúde da Família                     |
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde                        |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>1.1. Objetivo Geral.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>1.2. Objetivos Específicos .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>1.3. Justificativa.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2.1 Gestão social como prática de formulação de políticas públicas.....</b>                    | <b>14</b> |
| <b>2.2. Cidadania Deliberativa.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>2.3 Políticas Públicas.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>2.4 Contexto histórico das conferências de saúde no Brasil.....</b>                            | <b>22</b> |
| <b>3. METODOLOGIA .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>3.1. Natureza da pesquisa.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>3.2 Técnicas de coleta de dados.....</b>   | <b>31</b> |
| <b>3.3 Análise e sistematização .....</b>   | <b>32</b> |
| <b>4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>4.1 Propostas das pré-conferências .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>4.1.1 A Conferência Municipal.....</b>   | <b>35</b> |
| <b>4.1.2 A Conferência Estadual .....</b>   | <b>38</b> |
| <b>4.1.3 Conferência Nacional.....</b>  | <b>38</b> |
| <b>4.2 Propostas apresentadas em todas as esferas públicas .....</b>                              | <b>40</b> |
| <b>4.2.1 Análise das propostas levantadas em cada eixo .....</b>                                  | <b>40</b> |
| <b>5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS COM BASE NOS CRITÉRIOS DE<br/>CIDADANIA DELIBERATIVA .....</b> | <b>50</b> |
| <b>5.1 Processo de discussão.....</b>   | <b>51</b> |
| <b>5.2 Inclusão .....</b>   | <b>52</b> |
| <b>5.3 Pluralismo.....</b>  | <b>52</b> |
| <b>5.4 Igualdade Participativa .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>5.5 Autonomia .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>5.6 Bem comum .....</b>  | <b>54</b> |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>55</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>57</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Gestão social é uma ação gerencial dialógica fundamentada na ação comunicativa no sentido da construção do bem comum (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2015). Tomando-se esse conceito como referência e as práticas de gestão social, considera-se que a gestão social pode contribuir, como ponto de partida, para a construção de projetos e políticas públicas, especificamente, na área da saúde, ao se analisar o processo de formulação de propostas nas conferências municipais, estaduais e nacionais. As conferências de saúde, geralmente, são marcadas pelo diálogo livre, sem coerção, que promove a interação e a participação de diferentes segmentos sociais para a promoção, execução e avaliação de políticas públicas construídas de baixo para cima, de onde se poderá ouvir o ecoar de vozes de esferas municipais, estaduais e federais.

Nesse sentido, busca-se atrelar a formulação das políticas públicas em concordância com a opinião de pessoas que irão recebê-las, ou seja, é a promoção da participação do público na elaboração das políticas para a garantia de direitos sociais. A gestão social, ao promover o diálogo entre as partes interessadas e considerar o bem comum, promove a equidade e procura impedir que interesses particulares se sobreponham aos interesses públicos. Neste caso, a tomada de decisão é resultante de um processo de diálogo entre diversos atores sociais, os quais buscam compreender as visões de cada um, formando-se o que Habermas (2012) denomina de comunidade de intérpretes, caracterizando, por sua vez, o processo intersubjetivo na busca por resolução de conflitos que se compromete com a construção do bem comum.

Diante do contexto político no Brasil, torna-se ainda mais relevante a participação ativa da sociedade em prol da coletividade. Nessa perspectiva, buscou-se fazer uma análise investigativa dos relatórios e informações disponíveis na área de saúde, com o intuito de responder ao seguinte problema de pesquisa: Como se efetivou a gestão social no processo de formulação das propostas de políticas públicas de saúde advindas das pré-conferências e conferência municipal no município de Lavras?

É preciso esclarecer que a pesquisadora é integrante do Conselho Municipal de Saúde na condição de representante de usuários. Esta condição possibilitou o acompanhamento de todas as conferências e debates como mediadora e participante ativa das discussões que culminaram na formulação das propostas que foram enviadas para a 9ª Conferência. Dessa forma, foi possível coletar dados e informações em prol de investigar o processo de formulação de propostas nas pré-conferências e conferências da esfera municipal de saúde

(CMS). Posteriormente, estas foram enviadas para a Conferência Estadual (CES-MG) e, por fim, para a Conferência Nacional de Saúde (CNS), resultando em políticas públicas de âmbito nacional. O processo de formulação de propostas se caracteriza como uma das práticas de gestão social.

Os possíveis resultados deste trabalho poderão contribuir para o fortalecimento da área de gestão social de políticas públicas no âmbito acadêmico e nas práticas de formulação e implementação de políticas públicas nos três entes federados. Portanto, a realização deste trabalho se justifica por contribuir com a divulgação e compreensão da efetiva gestão social na formulação das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo e proporcionar uma reflexão das políticas de saúde a partir da visão e demandas dos usuários. Espera-se compreender por meio do percurso das propostas do município de Lavras quão longínqua e audível está sendo a voz deste povo, e se ecoará em Brasília.

Este trabalho está estruturado em cinco seções. Na segunda seção foram apresentados os estudos sobre gestão social, cidadania deliberativa e políticas públicas, bem como uma breve contextualização das conferências de saúde em todas as três esferas das áreas governamentais. É nesta subseção que constam relatos de sua preparação, divulgação e realização. A terceira seção descreve os procedimentos metodológicos adotados para a realização do estudo. Na quarta seção se apresenta o desenvolvimento da pesquisa, levando em consideração a preparação das pré-conferências que foram realizadas em cada um dos PSFs do município, as etapas estadual e nacional, as quais constam nos relatos de seus delegados e na revisão do relatório final. A seção cinco traz a interpretação dos resultados por meio das categorias teóricas de cidadania deliberativa. Por fim, na última seção, as considerações finais acerca de toda temática que norteou este trabalho com o objetivo de responder ao problema de pesquisa e aos objetivos propostos.

### **1.1. Objetivo Geral**

Descrever e analisar como se efetivou a gestão social das propostas na área da saúde pública, apresentadas e discutidas nas pré-conferências, que contribuíram para a formulação das políticas públicas de Saúde consolidadas na Conferência Nacional de Saúde em Brasília-DF no ano de 2019.

### **1.2. Objetivos Específicos**

- Analisar o processo de discussão que resultou nas propostas que foram elencadas na conferência municipal em Lavras, nas três esferas: Municipal, Estadual e Federal;

- Descrever as propostas que foram aprovadas com algum texto aditivo ou com alguma supressão parcial, na etapa da Conferência estadual, procedendo-se da mesma forma na etapa da Conferência nacional;
- Identificar se as propostas do município de Lavras foram incluídas na formulação das políticas públicas de saúde.

### **1.3. Justificativa**

Esta pesquisa se justifica em primeiro lugar pela participação ativa da pesquisadora no Conselho Municipal de saúde na condição de representante dos usuários, o que possibilita encaminhar as demandas dos mesmos. E, também, ao contribuir para o conhecimento, identificação e compreensão do processo de formulação de políticas públicas de saúde, nas três esferas do governo com a participação social. Traz à tona a ameaça a um dos instrumentos que é patrimônio público brasileiro o qual garante a universalidade do atendimento à saúde, o Sistema Único de Saúde, que nasceu da participação social de mais de 5 mil pessoas e que foi legitimado na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os resultados deste trabalho podem servir de embasamento para estudos posteriores sobre esta temática ao descrever o processo de elaboração das propostas nas pré-conferências de saúde no âmbito municipal, considerando que o país enfrenta uma crise devido a uma pandemia, para a qual ninguém estava preparado em 2019. Além de proporcionar um estudo para avaliação de quão efetiva são as propostas das pré-conferências na formulação de políticas públicas de saúde.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Gestão social como prática de formulação de políticas públicas

Em todos os momentos da história política do Brasil, e até o presente tem-se presenciado a evidência permanente da grande separação e o desnível existente nas relações entre aqueles entes que formulam as políticas públicas e a sociedade para quem elas são formuladas. Assim, quando não ocorre o diálogo e a interação entre estes entes, a ação do poder público estadual e federal é imposta para a sociedade. Deste modo, a participação dos cidadãos está limitada, basicamente, ao direito de escolher um representante para que defenda suas aspirações na arena política, na qual as decisões são efetivamente tomadas. Até porque, nestes espaços as políticas a serem discutidas já estão pré-definidas nos eixos temáticos para discussão e eleição das que melhor respondam às necessidades da população no momento. As possibilidades de uma emancipação da sociedade neste processo são muito limitadas.

No entanto, a sociedade brasileira se encontra em um processo reflexivo, onde o indivíduo ao decidir sobre o que refletirá o seu bem-estar, entende que ele só poderá ser encontrado na coletividade e na realização do bem comum. Neste sentido, seu foco se volta para a política. A coletividade que está em processo de emancipação social por esse senso crítico e reflexivo, compreende que a política que permeia a vida de cada um de seus membros, também é influenciada por suas aspirações pessoais e individuais. A população, ao se valer dos espaços democráticos, expressando suas opiniões através de uma linguagem popular, atuam no sentido de promover o bem comum. Nesse sentido, passam a ser agentes promotores das políticas públicas. Esse aspecto pode ser mais bem compreendido com as considerações de Habermas (2002) ao tratar da concepção da esfera política.

Concebe-se a política como forma de reflexão sobre um contexto de vida ético. Ela constitui o médium em que os integrantes de comunidades solidárias surgidas de forma natural se conscientizam de sua interdependência mútua e, como cidadãos, dão forma e prosseguimento às relações preexistentes de reconhecimento mútuo, transformando-as de forma voluntária e consciente em uma associação de jurisconsortes livres e iguais. (HABERMAS, 2002, p. 270).

Atualmente o desequilíbrio de diálogo entre o sistema e o mundo da vida, deve-se ao fato de que cada um deles ter objetivos diferentes e almejar por resultados distintos em sua interação. No mundo da vida, segundo Habermas (2002), as tomadas de decisões consideram o bem-estar comum, suas necessidades, suas aspirações, suas subjetividades. Em contraste, o sistema objetiva interagir com o mundo da vida para obter os melhores resultados, as maiores vantagens e o poder. Assim sendo, para eles a população é o meio pelo qual alcançaram os seus objetivos. Encontra-se aqui o paradoxo bem definido por Habermas sobre a

racionalização do mundo da vida e a complexificação do sistema. Para se resolver esta problemática é necessário levar em conta tanto a perspectiva do mundo da vida, quanto a do sistema.

A própria gênese do sistema faz parte do processo social de racionalização do mundo da vida diagnosticado por Habermas. Segundo ele, em razão do processo de racionalização, o mundo da vida – sobrecarregado –, teria se diferenciado e “criado” uma esfera sistêmica livre de qualquer normatividade (BRESSIANI, 2016, p.23).

O mundo da vida, conceito elaborado por Habermas (2012), envolve a cultura, a sociedade e a personalidade, onde nascem as esferas públicas temáticas que podem ter repercussão no sistema (parlamento e o centro do poder político e administrativo de tomada de decisões). É no mundo da vida que deveriam emergir as propostas de políticas públicas na área de saúde, onde a linguagem dos direitos cumpre a função de socializar e integrar os participantes. Para Habermas (1998, p. 97), *a linguagem é o meio através do qual os “atores coordenam suas ações”* com vistas a um entendimento. A razão comunicativa, neste sentido, constitui o processo dialógico entre os participantes da ação, cujas falas se apresentam sem coerção, construindo relações intersubjetivas voltadas para o bem comum.

Portanto, para Habermas (1998, p. 97), “o agir comunicativo vai além da idealização ou do caráter semântico dos significados linguísticos, pois facticidade e validade penetram a ‘prática comunicativa’, coordenando a ação entre sujeitos participantes”. Essa é uma linha tênue que pende para o ponto de convergência dos interesses do mundo da vida e do sistema, cada qual em seu âmbito social e cultural, contribuindo para elaboração de políticas que influenciam a vida de todos.

Nesse sentido, a gestão social, que emerge das esferas públicas, pode ter o poder de mudar e transformar a dinâmica de dominação do sistema sobre o mundo da vida. A pretensão do sistema é influenciar e manipular o mundo da vida. Neste sentido, o mundo da vida deixa de ser o fim para o qual o sistema trabalha, e passa a ser o meio pelo qual ele, o sistema, alcança os seus objetivos. Assim sendo, o mundo da vida se submete ao sistema. Essa questão emblemática pode ser solucionada pela ação da gestão social, a qual é proveniente do mundo da vida e estabelece o diálogo com o sistema, no sentido de influenciar decisões políticas ou contribuir para a elaboração de políticas públicas.

Neste contexto, os conceitos de Habermas (2012) sobre agir comunicativo busca, por meio do diálogo entre entes de diferentes segmentos, o entendimento e concordância nas tomadas de decisões. Por outro lado, o agir instrumental orienta de forma racional na busca



pela eficiência máxima no que tange a economia e poder. A gestão social se fundamenta no agir comunicativo.

O fim que se espera é que, o diálogo racional, democrático e interativo entre diferentes atores da sociedade e na esfera política, culmine na construção de diretrizes que trarão soluções coletivas eficientes e satisfatórias para o bem comum.

Na proposta da gestão social, cada ente que se encontra no espaço participativo, pode se pronunciar, interagir, sendo protagonista em diferentes pontos, contribuindo por meio desta interação, para que o resultado de toda esta dinâmica possibilita que se chegue a um denominador comum, o qual garantirá o bem estar que será o melhor para todos.

Assim sendo, as relações deverão ser protagonizadas pela sociedade. Criar um espaço de discussão com a inclusão de atores individuais, as minorias, o coletivo e o sistema, onde se considere o pluralismo, a igualdade participativa, a autonomia dos entes participativos, tudo isso em busca do bem comum. Deste modo, as relações entre o Estado e a Sociedade tem como intermediador a cidadania deliberativa. Vale a pena ressaltar que na gestão estratégica o mercado e o Estado regem as decisões frente a sociedade, pois historicamente sempre manteve uma relação coercitiva com o coletivo, o qual apenas tinha por opção aceitar as decisões que lhes eram impostas de cima para baixo, sem ter direito de argumentar sobre o que realmente seria o bom para ele.

Assim, a gestão social de políticas públicas é a abertura para a atuação e intervenção da sociedade junto ao Estado em suas ações e tomadas de decisões, gerenciando dialeticamente a formulação, implantação e avaliação de políticas públicas, sendo o resultado da interação entre os agentes partícipes deste processo.

Contextualizando a relação entre o Estado e a Sociedade na gestão social de políticas públicas o modelo ideal para a concepção estaria na participação ativa e gestão da sociedade em suas formulações embora não seja o que vivenciamos. Nos dias atuais, embora haja no país o poder legislativo e o poder executivo, grande parte das políticas ainda são elaboradas de forma impositiva. Várias reformas são elaboradas da maneira em que foram apresentadas ao Congresso, embora haja manifestações contrárias da sociedade. Como foi o caso da Emenda Constitucional 95 a qual foi aprovada apesar de tantos manifestos populares contrários. Isso justifica a razão pela qual as diretrizes políticas interferem no modo de vida da coletividade.

Esta realidade perdurou até o momento em que alguns segmentos da sociedade se sentiram incomodadas por esta interferência, o que culminou em articulações e organização da sociedade que foram para as ruas em manifestações em busca de seus direitos. Iniciou-se o

processo de ruptura na relação coercitiva entre o Estado e a sociedade que agora se articula na busca de direitos individuais, coletivos e igualdade perante a lei.

Foi a partir da mobilização social que culminou na ruptura da relação monológica existente até então e, também, a abertura para a modernização política que até então era executada somente pelo Estado. Segundo Pereira (2011, p.21) “A dinâmica de mudanças se processou na direção do Estado Moderno à medida que foi se ampliando a ação do Estado e a participação dos cidadãos, exigindo maior proteção, justiça, produção e distribuição”.

O conceito de gestão social se estabelece na ação coletiva para tomar decisões, e na emancipação dos indivíduos. Contudo, a sua principal característica é a tomada de decisão coletiva baseada na comunicação sem coerção sendo estes indivíduos emancipados e capazes de tomar suas próprias decisões.

A tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto e na emancipação na condição de fim último. (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011, p. 697).

Pode-se entender a gestão social como sendo um processo intersubjetivo que coordena as ações de cidadania, onde a ação gerencial dialógica e a cidadania deliberativa pressupõem que os agentes sociais cientes de sua função social atuem não apenas como eleitores, mas sim ativos e presentes na construção de uma comunidade.

Portanto, ressaltar que a comunicação é parte do processo é importante, pois para se alcançar um consenso racional é preciso a predisposição dos indivíduos serem capazes de promover um diálogo produtivo que tenha como fim último a busca do bem comum. HABERMAS (1991, p. 180) descreve que “a argumentação não é um processo de decisão que acabe em resoluções, mas sim um procedimento de soluções de problemas que conduza a convicções”.

É neste ponto que a argumentação se transforma em convicção e se encontra nas esferas públicas, base para a gestão social, “*locus* do diálogo sem coerção, pois se caracteriza como a manifestação de uma opinião pública que terá o poder de modificar uma dada realidade ao influenciar uma decisão política”.

A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomada de posição e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos (HABERMAS, 1997, p. 92).

A gestão social constitui um ambiente em que permeiam os conflitos a serem discutidos na esfera pública, uma vez que nela ocorre a formação da opinião pública

extremamente importante para as tomadas de decisões políticas. Identifica-se na gestão social o espaço onde há a possibilidade do exercício do poder sem coerção e influenciando nas tomadas de decisões. Identifica-se ainda, que relações entre os atores contribuem para que o sistema tenha efetividade no que tange a respeitar princípios e direitos dos cidadãos. Neste contexto, Pereira e Rigatto (2011, p. 21) compreendem que a gestão social de políticas públicas

é um processo gerencial dialógico em que a concepção, a elaboração, a implementação e a avaliação de políticas é compartilhada entre diferentes participantes da ação no âmbito da esfera pública, onde todos têm o direito à fala sem nenhum tipo de coação e tomam as decisões de forma democrática e deliberativa.

## 2.2. Cidadania Deliberativa

Cidadania Deliberativa pode ser compreendida como ação política de interação, discussão e negociação que ocorrem na busca de soluções racionais. E por meio de um processo democrático redireciona o Estado em prol do interesse da sociedade. Para Cançado e Pizzio (2019, p. 134) “cidadania deliberativa é pôr em prática as tomadas de decisões feitas por cidadãos e por quem está representando dentro de uma esfera pública, através de debates”.

De acordo com Tenório (2007, p. 131) as bases para legitimação das decisões estão associadas “em processos de discussão, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum”.

Processo de discussão que pressupõe um espaço intersubjetivo, ou seja, um espaço onde as consciências possam interagir de forma respeitosa e igualitária. Sendo o objetivo da discussão refletir sobre o problema em questão até chegar a um denominador que seja bom para todos. Portanto, neste espaço não pode haver coerção, ou autoritarismo, mas sim diálogo, instrumento para que haja entendimento entre os entes que compõem este espaço.

Inclusão inclui as minorias, o coletivo, os atores individuais nas discussões, tomadas de decisões, e na elaboração de políticas que vão incidir diretamente em suas vidas, possibilitando democraticamente que se integram e que interajam no processo de discussão.

Pluralismo possibilita a formulação de políticas públicas equânimes porque nas tomadas de decisões considera o ponto de vista de vários atores que compõem a sociedade, como poder público, mercado e sociedade civil. Essa configuração do pluralismo confere às políticas públicas o *status* de equidade.

Igualdade participativa se articula com o pluralismo e a necessidade da inclusão de “atores individuais e coletivos anteriormente excluídos dos espaços decisórios de políticas

públicas”. Esse princípio permite que oportunidades iguais, ou seja, para que haja a igualdade participativa.

Autonomia possibilita que cada um dos atores que compõem o espaço de discussão possa tomar sua decisão de forma consciente e sem ser coagido por ninguém, e nem por nenhum motivo.

Bem comum se caracteriza como um conjunto de benefícios compartilhados dentro da sociedade. E quando o denominador comum é acordado entre os atores sociais, pode ser descrito como aquele que beneficia a todos de uma comunidade, e garante a dignidade humana.

Os princípios norteadores definidos por Tenório (2007) de uma cidadania deliberativa são fatores cruciais para a ocorrência dos processos de discussão e negociação, uma vez que as ações políticas tomadas a partir deste irão refletir na busca de alternativas que respeitem o interesse da sociedade.

Conforme Habermas (1995) o processo de deliberação segue um modelo em que a condição de comunicação nos processos políticos tem por incentivo a busca por resultados racionais e o formato de uma política deliberativa realiza este ideal em sua totalidade.

Para Tenório (2012, p. 22) a cidadania deliberativa se legitima dentro de uma esfera pública em que todos estão inclusos no processo de discussão para a tomada de decisão.

A prática da cidadania deliberativa seria aquela que por meio de processos decisórios reflexivos e intersubjetivos apontaria direções que de maneira implícita ou explícita atenderam aos direitos marshallianos na medida em que o diálogo favorece a liberdade individual - direitos civis - possibilita a participação na decisão- direito político – e contribui para o bem comum – direito social.

Na prática podemos concluir que o exercício da cidadania deliberativa em sua plenitude está intimamente ligado aos direitos civis, políticos e sociais descritos por Marshall (1967). E se manifestam na esfera pública, fenômeno no qual as discussões ocorrem e são capazes de formar uma opinião pública capaz de influenciar o sistema.

Considerando a importância de um gerenciamento participativo na formulação de políticas públicas. A gestão social nos fornece as bases necessárias para que o diálogo e a interação ocorram para a concepção, implementação e avaliação das políticas públicas. Deste modo a compreensão sobre o que são políticas públicas e como estas são formulados é de extrema relevância para os propósitos desta análise.

### 2.3 Políticas Públicas

Políticas públicas são todas as ações do Estado na tentativa de promover o bem-estar para seus cidadãos. Estas ações são usadas para minimizar as desigualdades existentes em um país, ou seja, as “Políticas Públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, voltada para a solução (ou não) de problemas da sociedade” (AMARAL, 2008, p. 5). Deste modo, elas podem ser definidas como ações que o Estado irá realizar em determinada situação para intervir e modificar dada realidade.

Em conformidade, Andrade (2006) define que as Políticas Públicas são como um conjunto de ações, programas e decisões tomadas pelos governos em todas as esferas em parceria com entidades públicas e privadas para assegurar os direitos constitucionalmente garantidos para os vários grupos sociais existentes.

A forma como estas ações e decisões são tomadas se transformam em um fator de sucesso para a intervenção das realidades que se pretende modificar. Neste contexto, Laswell (1936) define o conceito de racionalidade sinóptica que tem como foco central o momento de decisão. Nela o gestor possui uma visão privilegiada do todo e pode tomar a melhor decisão. Este conceito se demonstra falho ao desconsiderar aspectos que limitam as decisões e que o gestor não possui de fato todo o conhecimento necessário para tomada de decisão (Simon 1945).

Souza (2003) define as Políticas Públicas como os projetos de governo que por meio de ações visam produzir mudanças no mundo real. E como campos de análise busca colocar o governo em ação e analisá-lo ao mesmo tempo.

A princípio podemos notar que as definições de políticas públicas estão ligadas às formas de intervenção do Estado na sociedade. Assim sendo, podemos compreendê-las como as ações afirmativas tomadas pelo Estado para correção das desigualdades existentes e em conformidade com Jobert e Muller (1987).

Atualmente muito se tem observado das ações e atuações do Estado nas diferentes áreas sob sua responsabilidade. De forma que todas elas irão refletir no bem-estar social. Neste período de pandemia devido ao Covid-19 todos os olhares estão voltados para as definições de como se conduzirá as ações e decisões dentro do país.

As políticas públicas são a totalidade de ações, metas e planos de governos (Nacional, Estadual e Municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes (os governantes ou tomadores de decisão) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas e expectativas da sociedade. (AMARAL, 2008, p. 5).

Percebe-se que o autor argumenta sobre programas, ações e decisões e neste período em especial muitas têm sido as ações para combate da disseminação do vírus Covid-19, bem como a criação de programas para educação a distância e retorno às atividades de mercado. Assim sua atuação vem de encontro com a mudança deste cenário e a assegurar os direitos constitucionais existentes.

Por fim, vimos que a atuação, ação e decisão são as formas do Estado de fazer Políticas Públicas e intervir em uma dada realidade. Contudo, a sociedade civil, embora tenha suas próprias demandas e aspirações, se faz necessário à intermediação de seus representantes no governo. Como afirma Amaral (2008, p. 5) o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isso ocorre devido ao fato de ainda estarmos dependentes de uma Democracia Representativa embora muita mudança em torno desta questão tenha ocorrido nos últimos anos.

Entretanto, como de fato são tomadas estas decisões? Podemos notar que as políticas públicas são as respostas do Estado para resolução de um problema. Esta relação de causalidade se refere a como aquele problema foi causado e qual será o efeito da política sobre ele.

Para Marques e Faria (2013) às decisões seriam pensadas como respostas do sistema a impulsos externos, pelo fato de as políticas públicas partirem de um processo de interação entre os sistemas políticos, sistema de políticas e demais sistemas (EASTON, 1953 e 1965). Conforme Marques e Faria (2013) este funcionaria como um sistema no qual o subsistema de políticas seria alimentado por outros sistemas os *inputs* (demandas) e geraria para cada demanda uma resposta em forma de *outputs* (políticas públicas) que permitirá ao mesmo ter o feedback de suas decisões.

Para que um *input* se torne *outputs* tem que se tornar parte da agenda política. E partindo do ponto em que os problemas são os geradores de políticas, Kingdon (1984) percebeu que estes se apresentam de formas distintas e ganham a atenção do governo do mesmo modo. Assim, para o autor a formação da agenda está relacionada ao problema em que o Estado tem concentrado sua atenção naquele momento. Portanto, “a capacidade de definição das alternativas a serem discutidas no espaço público como legítima é o supremo instrumento de poder” (SCHATTSCHEIDER, 1960, p. 69).

Entretanto, não devemos esquecer que o sucesso de uma política pública está relacionado a sua *implementação* e segundo Pressnam e Wildarsk (1973) a importância da implementação das políticas públicas de fato acontece quando são colocadas em práticas, já

que em seus estudos nos Estados Unidos foi observado que as políticas no âmbito federal não davam certo em todas as localidades.

Inicialmente, o acontecimento é visto como ruim pela lógica do decisor, que não consegue visualizar a política definida a partir de sua implementação. Isto ocorre devido ao distanciamento entre o formulador e os receptores da política. Entretanto, a partir deste estudo se desenvolveu a visão de políticas *Top dow e Button up*, ou seja, de cima para baixo ou de baixo para cima, modelo no qual a forma em que as políticas são instituídas faz com que a recepção desta se diferenciam.

De acordo com esta teoria a aplicação das conferências de saúde se instaura na visão *Bottom up* na qual as diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde acontecem de baixo para cima, onde a participação popular e dos integrantes da saúde na etapa municipal são os precursores das diretrizes a serem aceitas na última etapa deste ciclo na Nacional.

Portanto é importante para o presente estudo a abordagem descrita por Pressnam e Wildarsk, pois apresenta o formato de construção das políticas públicas de saúde por meio das conferências.

#### **2.4 Contexto histórico das conferências de saúde no Brasil**

A Conferência Nacional de Saúde é um instrumento popular e se constitui em um espaço democrático onde a população de modo geral pode ser ouvida e influenciar na formulação de políticas públicas de saúde através de seus delegados. Nelas as demandas são captadas de baixo para cima, ou seja, as necessidades daqueles que vivenciam os problemas a serem solucionados. É deste modo que se reduz o distanciamento entre os formuladores de políticas públicas e os problemas e questões para os quais elas são elaboradas como sendo a solução.

São nas conferências que se reúnem os representantes da sociedade (usuários do SUS), do governo, de profissionais da área de saúde, poder público, representantes da área de saúde privada, entidades religiosas, representantes de instituição de ensino, e prestadores de serviços, entre outros, para analisar e discutir, deliberar sobre a atual situação que se encontra a saúde. E por meios destes elaborar propostas e diretrizes para que se formulem as políticas a serem aplicadas no país em todas as esferas de governo. A partir da Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 a participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde e seus recursos foram instituídos e em seu artigo primeiro é definida como ocorrerão as conferências de saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á 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.

E de igual modo define a atuação do conselho como um órgão de caráter deliberativo que atua em consonância com os preceitos expostos pela Lei acima mencionada para efetivar o caráter participativo que ela propõe, onde a representação dos usuários será paritária com os outros segmentos no que se refere aos conselhos e nas conferências de saúde. Assim consta em seu segundo parágrafo:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Esta pesquisa tem como objetos de estudo a 9º Conferência Estadual de saúde e a 16º Conferência Nacional de Saúde, decorrente das conferências Estadual e Municipal. É relevante para esta contextualização a reconstituição da linha do tempo sobre as discussões de saúde no Brasil e como estas se constituíram até a 16º edição.

Serão discutidas todas as etapas da Conferência Nacional de Saúde a se iniciar pela etapa municipal. A análise será feita com base em dados referentes a cada edição da Conferência, os quais serão retirados de seus relatórios e anais presentes no site da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a partir da 14º CNS dados presentes no Conselho Nacional de Saúde.

Os debates sobre saúde no Brasil iniciaram em 1941 com o decreto 6.788, de 30 de janeiro de 1941 e nos termos do parágrafo único do artigo 90 da Lei nº378, de 13 de janeiro de 1937. A articulação entre os entes federados tem por objetivo firmar princípios e diretrizes em todo o território nacional buscando a definição das diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde. Vale ressaltar que esta primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em conjunto com a Conferência Nacional de Educação.

Neste debate foram discutidas as seguintes temáticas: Organização sanitária estadual e municipal, Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose, Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento, Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.



Os debates foram direcionados por um questionário composto por 106 perguntas em conformidade com a temática. Ela foi adiada pelo decreto 7.196, de 19 de maio de 1941 para a segunda quinzena de setembro. Em seu relatório ficou decretado que a partir de então ocorreria uma conferência de saúde anualmente ou a cada dois anos. A realização da primeira conferência ocorreu apenas em novembro do dia 10 a 15, regulamentada pelo decreto 8.090, de 22 de outubro de 1941. (Relatório final, 1941)

Embora a determinação de que as conferências de saúde deveriam ocorrer anualmente ou a cada dois anos, a 2ª CNS só ocorreu em 1950 e trouxe como foco de discussão a “legislação referente à higiene e à segurança do trabalho”. (Relatório final, 1950).

A terceira Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu em 1963 após 13 anos em que foi pré-fixada pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 onde consta a convocação periódica e pelo decreto 52.301, 24 de junho de 1963 para tratar de questões de saúde e assistência com foco na apreciação Nacional das questões sanitárias da população em geral, as atividades médica-sanitárias nas três esferas no que se refere à coordenação e distribuição, municipalização dos serviços e fixação do plano diretor. Como inovação nesta edição consta em seu relatório um regimento composto por 23 artigos que trata de suas disposições gerais, composição, temário, organização e apresentação de diversas tabelas se referindo às questões de renda, distribuição, alfabetização e doenças. (Relatório final, 1963)

A quarta Conferência Nacional de Saúde - foi realizada em 30 de agosto a 4 de setembro de 1967 no Rio de Janeiro convocada pelo decreto 58.266, de 27 de abril de 1966 teve a “finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação dos recursos humanos” (ANAIS DA IV CNS, 1967). Ela contou com um esquema de organização que tinha em sua composição a comissão organizadora, mesa diretora, atividades da conferência e para as sessões plenárias: simpósio internacional, 4 reuniões gerais dos tópicos, 2 mesas redondas, reuniões de grupos, comissão para redação geral e sessão de encerramento. Houve a formação de 16 grupos de trabalho para discussão do tema: Recursos humanos para as atividades em saúde.

No temário o simpósio foi dividido em duas partes com as temáticas seguintes: Política e realização da Organização Pan-americana da saúde e da organização mundial da saúde nas Américas, Educação e treinamento de pessoal para atividades de saúde, Atendimento médico da população dispersa \_ Experiência da Venezuela e Estudo dos recursos humanos na Colômbia. No que se referem ao tema central quatro tópicos foram discutidos: o profissional de saúde que o Brasil necessita, pessoal de nível médio e auxiliar, responsabilidade do ministério da saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de

saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar e, por último, responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. As mesas-redondas trabalharam as seguintes questões: O saneamento básico e como fator de desenvolvimento econômico-social e planejamento da saúde e a importância da estatística.

Convocada pelo decreto nº 75.409 de 25 de fevereiro de 1975 e regulamentada pela portaria nº 235 de 3 de junho de 1975 a 5ª CNS contou com as seguintes temáticas para discussão: Implementação do Sistema Nacional de Saúde, Programa de Saúde Materno-Infantil, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Programa de Controle das Grandes Endemias; e Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. Participaram do evento 217 delegados sendo eles subdivididos em cinco grupos para realização dos trabalhos e discussão dos temas apresentados pelo governo. Ao todo foram realizadas sete sessões plenárias tendo como produto o relatório composto por recomendações e conclusões de cada temática apresentada. (Relatório final, 1975).

A sexta Conferência Nacional de Saúde CNS “ocorreu de 1 à 5 de agosto de 1977”, convocada pelo decreto nº 79.318 de 1º de março de 1977 reuniu profissionais e autoridades para a discussão dos seguintes temas: “Situação atual do controle das grandes endemias, Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde, Interiorização dos serviços de saúde e Política Nacional de Saúde. Em sua totalidade contou com 405 delegados e 29 observadores sendo estes divididos em 30 grupos de trabalho. A redação do relatório final foi composta dos relatórios iniciais apresentados em plenária por todos os grupos resultando na redação das conclusões e recomendações. (Relatório final, 1977)

O decreto nº 84.106 de 20 de setembro de 1979 convocou a sétima Conferência Nacional de Saúde - CNS nos dias 24 a 28 de março de 1980, que teve por objetivo o debate da implantação e desenvolvimento do programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Diferindo das anteriores, o tema foi centralizado na “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”. Seguido dos seguintes subtemas: Regionalização e Organização de serviços de saúde nas unidades federadas, Saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde – o PLANASA e o saneamento simplificado, Desenvolvimento de recursos humanos, supervisão e educação continuada, Responsabilidade e articulação interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento institucional e da Infraestrutura de apoio nos Estados, Alimentação e Nutrição e os serviços de saúde, Odontologia e os serviços básicos de saúde, Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas,

Informação e Vigilância Epidemiológica, Participação Comunitária, Articulação dos serviços básicos com os serviços Especializados no Sistema de Saúde.

Em sua totalidade 400 partícipes foram divididos em 16 grupos de trabalho, cada participante escolheu seu grupo de atuação no momento de sua inscrição de acordo com o tema escolhido. O discurso inicial proferido foi um texto com o seguinte título: “Um caminho novo para a saúde” de Arcoverde. (Anais da 7º CNS, 1980).

A oitava Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1986 e representou um marco para a Saúde Nacional fornecendo as bases para criação do Sistema único de Saúde – SUS e do capítulo presente na constituição de 1988 sobre a saúde. Assim como na 16º conferência, a resultante desta edição se estabeleceu como o somatório das etapas preparatórias Estaduais e Municipais. O evento democrático contou com a participação de 4 mil pessoas, sendo 1 mil delegados e as outras pertencentes às instituições atuantes no setor, representações da sociedade civil, profissionais e representantes de partidos políticos.

Os grupos de trabalho foram divididos em 135 com 38 pertencentes a delegados e 97 dos demais participantes. Em primeiro momento ocorreu as apresentações e mesa-redonda para discussão dos temas e por fim a assembleia final, cujos temas estabelecidos foram “Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial”. Esta edição diferente das demais representou um “(...) processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate da 8º CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões (...)”. Já as demais, embora preocupadas com as questões de saúde, não se apresentavam como um evento participativo nem sequer democrático, isso porque todos os participantes estavam diretamente ligados à administração pública.

Realizada de 9 a 14 de agosto de 1992 em Brasília, a nona conferência nacional de saúde CNS representa a junção dos esforços de centenas de milhares de pessoas durante dois anos para apresentar mais fidedigna à vontade da sociedade brasileira em busca de alcançar melhores condições de saúde e de vida. Neste processo, mais de 500 municípios fizeram parte dos debates na etapa municipal. O mesmo ocorreu nas demais, sendo que na etapa nacional quase 3 mil delegados e credenciados e cerca de 1500 observadores.

As discussões foram embasadas no tema central: Municipalização é o caminho e subtemas específicos tais como a Sociedade, governo e saúde, Implantações do SUS, Controle social, outras deliberações e recomendações. O resultado de todo o processo são as posições quanto aos rumos do SUS baseado na constituição de 88 e leis específicas de organização

dele. Além da discussão sobre a implementação do novo sistema de saúde. (Relatório final, 1992).

A décima edição ocorreu de 2 a 6 de setembro de 1996 a CNS já havia se consolidado como um mecanismo de participação. Precedida de 27 etapas estaduais e 3 mil municipais que proporcionou uma análise profunda e rica de todos os eventos ocorridos no setor. Suas temáticas foram: *a Saúde, cidadania e políticas públicas, Gestão e organização dos serviços de saúde, Controle social na saúde, Financiamento da saúde, Recursos humanos para a saúde e Atenção integral à saúde*. As deliberações em mesa redonda e relatos de experiências e comunicações aprofundaram e consolidaram novas dimensões para atenção qualificada da saúde através do SUS, e financiamento adequado e definitivo por meio da PEC 169 que gerou a Emenda Constitucional nº29 de 2000 que define a transferência de Estados para os municípios. (Relatório final, 1996).

A décima primeira conferência CNS- realizou-se de 15 a 19 de dezembro de 2000 enfatizou o título “O Brasil falando como quer ser tratado” e teve seu tema central: *Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social e subtemas como o Controle social, Financiamento da atenção à saúde no Brasil e Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*. O trabalho coletivo contou com a participação de 2500 delegados. O balanço geral dos 10 anos da implantação do sistema de saúde demonstrou avanços e novos desafios devido à concentração de renda, desigualdade social para além do verdadeiro Estado de mal-estar existente no país. A criação de diversos conselhos de saúde como órgão fiscalizador e um a implementação de um novo modelo de atenção capaz de atender as necessidades individuais e coletivas de toda a população. (Série Histórica do CNS nº2, 2002).

A décima segunda conferência também denominada Conferência Sérgio Arouca em homenagem ao sanitarista e ex-secretário de gestão participativa do ministério da saúde. Foi antecipada para o ano de 2003 e realizou-se nos dias 7 a 11 de dezembro, teve por objetivo a avaliação dos 15 anos de aplicação do SUS e os novos caminhos a serem trilhados que contou com a participação de 4 mil cidadãos. Seu lema central se estabeleceu na “*Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos*”. Precedido dos seguintes eixos temáticos: *Direito à saúde; A Seguridade Social e a saúde; A intersectorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e a saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde*. Nesta edição o marco foi inovação com a informatização do sistema que permitiu a redação de 10 mil

propostas e emendas além do agrupamento e indexação das propostas dos 100 grupos de trabalho e da etapa Nacional 4 mil emendas da plenária. Sendo criado assim o primeiro consolidado dos relatórios Estaduais na história.

A décima terceira conferência nacional de saúde (CNS) realizada de 14 a 18 de novembro de 2007 contou com a realização da etapa municipal em 77% dos municípios brasileiros e aproximadamente 5000 pessoas. Tema central para debate foi: *Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento e foram desenvolvidos três eixos temáticos: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde e A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde*. Como resultantes do processo deliberativo foram aprovadas 134 moções nesta edição. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 2008).

A décima quarta conferência nacional de saúde realizada de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011 teve por tema “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro”. Foram mais de 4 mil participantes do evento, sendo que 2.937 delegados federados de todo país. Neste ano ocorreram 4 374 conferências Municipais e Estaduais em todos os Estados que construíram 15 diretrizes para debate na etapa Nacional. Foi votada e aprovada 343 propostas e ainda nesta edição outro importante documento foi escrito sendo chamado de “A carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde.” (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 2012).

A décima quinta conferência nacional de saúde (CNS)' realizada de 1º a 4 de dezembro de 2015 contou com presença de mais de 4 mil para a proposição de novas perspectivas no sistema de saúde. Os debates foram norteados por oito eixos temáticos: “Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade”; “Participação e controle social”; “Valorização do trabalho e da educação em saúde”; “Financiamento do SUS e relacionamento público-privado”; “Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde”; “Informação, educação e política de comunicação do SUS”, “Ciência, tecnologia e inovação no SUS” e “Reformas democráticas e populares do Estado”. Foram mais de 3 mil delegados, 976 convidados e 98 livre credenciados com direito a voz. Segundo Ederson A. da Silva, vice-presidente do Conselho de Saúde de Minas Gerais, “A 15ª CNS tem uma relevante missão a cumprir, tendo em vista as constantes ameaças que o sistema vem enfrentando nos últimos anos. Assim, o principal ponto que iremos defender é a manutenção de um SUS universal e público, para garantir o controle social e a participação de todos na construção de suas políticas”.

No ano de 2019 em 4 a 7 de agosto foi realizada a décima sexta conferência nacional ° CNS conhecida como (=8°+8), na qual o tema central foi ‘Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento’ no qual veio relembrar a 8° *Conferência* que foi um marco histórico para saúde pública no Brasil ao se tornar a base de formulação para a elaboração do capítulo sobre a saúde do país em nossa Constituição federal de 1988. Até a ocorrência dela foram realizadas cerca de três mil Conferências Municipais. Uma verdadeira mobilização interativa dos estados brasileiros e do Distrito Federal com objetivo de promover saúde pública de qualidade, incluindo uma mobilização em defesa do SUS. O consolidado desta Conferência obteve 31 diretrizes e um total de 331 propostas, o que será um subsídio para a elaboração do Plano Plurianual 2020/2023 Nacional de Saúde.

Este contexto das conferências nacionais constitui o pano de fundo para se compreender a dinâmica de gestão das propostas elaboradas na base municipal e para analisar a efetivação da participação social na formação das políticas públicas na área de saúde a partir das referidas conferências.

### **3. METODOLOGIA**

O objeto de estudo é constituído pela 8<sup>o</sup> conferência municipal, 9<sup>o</sup> Conferência Estadual e pela 16<sup>o</sup> Conferência Nacional. É preciso esclarecer que, como membro do conselho, foi possível apresentar as propostas advindas dos usuários para serem debatidas e discutidas, assim como também foi possível colher informações, via observação ativa, quando votamos as propostas presentes nas etapas municipais.

Uma condição especial agregada na coleta das informações foi a constante conversa e diálogo com a representante de Lavras que foi escolhida por votação para representar o município na etapa nacional. Assim, informações atualizadas tanto da etapa estadual como federal foram obtidas e integradas na análise de dados.

#### **3.1. Natureza da pesquisa**

A presente pesquisa se caracteriza como qualitativa e descritiva. A pesquisa se qualifica como descritiva na medida em que procura fazer uma análise detalhada e minuciosa das conferências de saúde no ano de 2019. Houve um grande investimento na busca por dados qualitativos para composição da mesma.

Uma das características essenciais da pesquisa qualitativa é a descrição do ambiente natural onde ocorre o fenômeno estudado. Nesse sentido, realizou-se um levantamento documental sobre as propostas em cada uma das conferências, sistematizando-as por temas específicos e semelhantes, de modo a subsidiar a descrição do contexto histórico e do ambiente de discussão. Buscou-se avaliar se o texto sofreu supressão ou alteração parcial e identificar os textos que sofreram alteração ou supressão total. A participação da pesquisadora como membro do conselho municipal permitiu observar e colher informações do processo de elaboração de propostas nas pré-conferências e conferências da área de saúde pública.

Para isso, foram utilizados os relatórios do conselho municipal de saúde onde seus delegados participaram das etapas estadual e federal e dos relatórios finais de todas as etapas. Os documentos coletados dizem respeito aos relatórios e atas do conselho municipal de saúde de Lavras, bem como os relatórios dos partícipes da comissão responsável pela preparação das pré-conferências, e dos documentos que foram para as demais conferências Estadual e Nacional.

Na fase final foi executado o rastreamento das propostas elaboradas na Conferência Municipal de Lavras enviadas para as etapas subsequentes, até chegar na Conferência Nacional. Considerou-se apenas as propostas que passaram com alguma alteração, da etapa da Conferência Estadual para a Nacional.

### 3.2 Técnicas de coleta de dados

A técnica utilizada foi a análise documental. As informações coletadas foram do tipo primário devido à participação ativa da pesquisadora como representante dos usuários na conferência. Neste sentido, o fato de encaminhar as propostas dos usuários e a participação presencial com direito a voto, na conferência municipal, explica o critério de obtenção dos dados primários. Agrega-se a esse fato os diálogos com a representante de Lavras na conferência estadual e nacional.

Os dados secundários foram obtidos pelo mesmo processo citado acima e por meio de um representante Estadual eleito posteriormente para Nacional, no qual se teve a possibilidade de acompanhar ambos os processos, o que enriqueceu a fonte de coleta de dados. Os documentos analisados foram os seguintes: Relatórios do Conselho Municipal de Saúde de Lavras elaborados pelos membros da comissão da pré-conferência; o formulário da ata da conferência Municipal de Lavras preenchido e enviado ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais; Relatório das propostas municipais elaborado nas pré-conferências enviado para a Conferência de Lavras; Relatório da plenária final da Conferência Municipal de Lavras; Relatório de propostas da plenária final da conferência Estadual de Minas Gerais e do relatório Nacional consolidado da 16<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde.

A análise documental dos relatórios consolidados apresentados em cada etapa foi indexada em quadros. A análise documental focou-se na observância das diretrizes de cada eixo temático apresentado, em cada proposta que resultou de sua discussão, principalmente, nas que foram aprovadas nas três esferas das Conferências, tendo por objetivo o rastreamento das propostas que superaram as expectativas e resultaram na resposta ao problema levantado por esta pesquisa.

Em princípio foram analisadas as atas do Conselho Municipal de saúde e seus respectivos relatórios, responsáveis pela preparação e execução da etapa municipal. Assim, foi possível ter acesso aos dados referentes às pré-conferências realizadas em cada unidade do Programa saúde da família de Lavras. Dando sequência ao levantamento de dados, foram analisadas as propostas desta etapa por meio de seu relatório final, o qual foi enviado para a Conferência Estadual em Belo Horizonte. O relatório final da Conferência Estadual foi compilado com todas as propostas aprovadas que foram enviadas e por todos os municípios de Minas Gerais, que enviaram seus delegados.

Em seguida foram analisadas as propostas do relatório do município que após passar pela etapa Estadual foi aprovada integralmente, sofreu supressão parcial, ou sofreu alguma alteração em seu texto sendo nela anexado emenda. As propostas que sofreram supressão



total, ou alteração total deixaram de ser rastreadas nesta etapa, pois entende-se que foram rejeitadas, e não tiveram força para serem aprovadas ainda que parcialmente, e serem enviadas à etapa nacional em Brasília.

O passo seguinte foi a análise do relatório final das propostas aprovadas na Etapa Estadual enviado para a etapa da Conferência Nacional em Brasília. E por fim a análise do relatório final das propostas aprovadas, as quais foram enviadas de todas as regiões do País que se fizeram presentes na Conferência Nacional, com a representação de seus delegados. Com o objetivo de comprovar se as propostas que foram enviadas pelo município de Lavras foram aprovadas, foi efetuada em cada relatório uma busca ativa em cada eixo em que se refere às propostas enviadas pelo município de Lavras, que estão sendo rastreadas.

Os dados analisados foram sintetizados em quadros no qual cada proposta elencada foi apresentada em seu respectivo eixo temático. Nesta etapa, foi possível avaliar se realmente a participação popular do Município de Lavras teve o poder de influenciar as políticas públicas Nacionais. Todos os textos analisados foram produzidos nas conferências municipais, estadual e federal no ano de 2019.

### **3.3 Análise e sistematização**

A interpretação das informações seguiu as bases da análise de conteúdo descrita por Bardin (2011). A pré-análise de todos os documentos levantados constituiu o primeiro momento de interpretação das informações. Nesta fase foi possível elaborar o problema aqui pesquisado além de hipóteses que comprovem a veracidade dos objetivos propostos.

Posteriormente, foi escolhido o tema centrado nas Conferências de saúde do ano 2019, identificando cada proposta da etapa municipal nas etapas subsequentes com base nas categorias teórico-metodológicas deste estudo, quais sejam: processo de discussão; inclusão; pluralismo; igualdade participativa; autonomia; bem comum. Este foi o momento principal de tratamento dos resultados com a interpretação, codificação e o agrupamento das informações obtidas em sintonia com o referencial teórico. A categorização das propostas foi realizada de acordo com cada eixo temático que elas compunham, assim, a classificação e agregação estão relacionadas ao tema abordado em cada uma.

Dando sequência a análise de conteúdo após a inferência, voltamos os olhares para os pólos de comunicação que integram os emissores, receptores e a mensagem. Com o intuito de averiguar as semelhanças entre as propostas em cada etapa possibilitando o encontro de proposições para cada proposta elencada.

#### 4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Como abertura para o protagonismo da sociedade junto às ações do Estado as conferências se desenvolvem seguindo as práticas de gestão social descritas por Cançado, Pereira e Tenório (2015) de um gerenciamento participativo ao incluir diferentes segmentos nas discussões sobre a saúde, e também se basear no agir comunicativo no sentido de deliberar as questões de saúde e buscar soluções racionais por meio das propostas a serem elencadas. Neste sentido, a prática comunicativa norteia o processo decisório caracterizado pelas propostas que advém da ação social envolvendo diferentes segmentos em busca de políticas públicas que beneficiem toda a população.

Em Lavras, a primeira fase foi as pré-conferências que aconteceram em todas as 16 unidades do Programa saúde da família (PSF) deste município. Foi uma etapa bastante emblemática, conflituosa por um lado, e proveitosa e satisfatória por outro. Sua preparação ficou a cargo de uma comissão responsável para a realização delas, o objetivo central foi buscar todas as demandas do município para que fossem discutidas no espaço preparado para a Conferência Municipal. As pré-conferências serão descritas aqui com base nas categorias teórico-metodológicas deste estudo, quais sejam: processo de discussão; inclusão; pluralismo; igualdade participativa; autonomia; bem comum. Além disso, para facilitar o entendimento da pesquisa e a interpretação das informações coletadas, a população do município de Lavras foi classificada da seguinte forma: População organizada; População manipulada; População ignorada.

Essa classificação é advinda da percepção da própria comissão, uma vez que todos os esforços para que ocorresse a inclusão de toda a população veio da mesma, que usou de sua autonomia para realização dela. Registre-se que não era interesse do poder público local, Secretaria de Saúde, a sua efetivação e foram várias as tentativas para colocar obstáculos para a sua realização. Para que se possa entender essa classificação segue uma breve explanação sobre cada tipo de população descrita.

Em relação à população organizada: O número de pré-conferências foi dividido pelo número de conselheiros titulares que se disponibilizaram a coordenar uma pré-conferência e, posteriormente, toda área foi dividida e delimitada por áreas de abrangência de PSFs. Cada grupo de conselheiros ficou responsável por um determinado número de áreas. O PSF onde a população era organizada tinha como características uma comunidade esclarecida, atuante, informada e articulada com demais grupos e lideranças. Destes surgiram propostas robustas, e questionamentos pontuais e conscientes. Sabiam tudo sobre a Conferência de Saúde, sobre seus direitos e como, quando e a quem reivindicá-los.

Em relação a população manipulada: as pessoas não sabiam nada do que estava acontecendo, as pessoas que participaram nestes locais foram escolhidas a dedo, a maioria era de funcionários da Unidade Básica de Saúde. Esse fato foi possível de ser constatado até mesmo pela fala de algumas pessoas que imaginavam que a conferência tinha por objetivo fazer uma auditoria dos serviços prestados e executar punições. Neste grupo não houve proposta relevante. Alguns legislavam em causa própria, apresentando sua causa como foi o caso de alguns profissionais que se sentiam prejudicados por estarem com seus salários defasados, e por estarem executando mais funções além das previstas em suas classes. Apresentavam propostas para aumentar seus salários, solicitaram plano de carreira e concurso público. Em contrapartida, outros até mesmo pela presença de alguns profissionais da Secretaria de Saúde se sentiram constrangidos a se manifestarem, e a grande maioria apenas teceu elogios à gestão atual.

Em relação a população ignorada: neste grupo várias comunidades foram excluídas, sendo das 18 comunidades rurais atendidas apenas uma foi contemplada para que fosse realizada a pré-conferência. Para que fique bem esclarecido não por falta dos partícipes da comissão, mas por eventuais contratempos causados pela própria secretaria de saúde. Os PSFs da Zona Rural estrategicamente não puderam participar das pré-conferências, embora já tivessem se organizado para tal, com suas propostas e suas muitas denúncias. Vale a pena ressaltar que neste grupo, as necessidades eram mais latentes, e as condições de atendimento à saúde, eram as mais precárias.

#### **4.1 Propostas das pré-conferências**

Com a realização das pré-conferências os membros da comissão foram aos Psfs e apresentaram a todos os presentes seus direitos e deveres no que se referia ao SUS. Após teve início a apresentação dos eixos temáticos a serem discutidos na etapa Municipal, assim se deu início ao diálogo com os moradores locais que apresentaram suas visões sobre o que de fato deveria melhorar em suas unidades. Foi neste momento em que todos os presentes expressaram suas opiniões sobre os temas apresentados segundo suas visões, aqui se estabelece a linguagem como o meio utilizado pelos atores para coordenação de suas ações Habermas (1998). O que mais impactou neste diálogo foi que as reclamações estavam mais voltadas para a parte operacional das unidades, o que não impediu elogios para aqueles que estão na unidade e não medem esforços para realizar seu trabalho mesmo com tantas dificuldades.

No Quadro 1 são apresentadas as principais propostas e suas respectivas colocações entre os PSFs.

Quadro 1 Propostas das pré-conferências.

| <b>Principais reclamações elencadas nas pré-conferências de Lavras Minas Gerais</b>  |
|--|
| Falta de médicos especialistas: oftalmologista, ginecologista, psicólogo, fisioterapeuta neurologista, etc.  |
| Demora na realização de exames e consultas especializadas.   |
| Defasagem dos salários, pouca valorização dos profissionais.   |
| Aumentar o financiamento do SUS através da arrecadação de impostos sobre produtos.   |
| Manutenção das unidades de saúde em infraestrutura, materiais e equipamentos.  |
| Ampliação da listagem de medicamentos fornecidos pela farmácia popular.  |
| Reposição do quadro de funcionários para reduzir a rotatividade nos PSFs. Sendo necessário o chamamento de concurso público evitando assim o cabide de empregos. |
| Ambientes saudáveis visando à saúde para além da ausência de doenças.  |
| Capacitação dos servidores no que se refere a humanização do SUS como porta de entrada para saúde de seus usuários.  |
| Falta de organização do SUS.   |

Fonte: Relatórios finais das pré-conferências (2019).

Os dados acima foram apresentados em conformidade com sua frequência de apresentação em cada uma das pré-conferências, preservando seu conteúdo. Sendo assim foi feita uma representação condensada de todas as informações.

#### **4.1.1 A Conferência Municipal**

A etapa municipal das conferências de saúde ocorreu no dia 29 de março de 2019 das 18h até às 22h, e dando sequência no dia 30 de março de 2019 das 08h horas à 13h30min no Auditório da Escola Municipal Doutora Dâmina, o Conselho Municipal de Saúde de Lavras realizou a 8ª Conferência Municipal de Saúde, como a etapa da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais(=8ª+1) com a Temática Democracia e Saúde: Como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Sendo seu objetivo discutir/debater os eixos temáticos da 9ª CESMG (8ª+1) Público de Qualidade e apresentar como produto 12 propostas dentro dos Três Eixos Temáticos da 9ª CESMG.

A conferência contou com 125 participantes sendo destes 79 usuários, 18 trabalhadores, 28 gestores/prestadores de saúde, bem como um representante da sociedade civil em geral. Vale a pena ressaltar que a população de Lavras hoje está estimada, segundo o IBGE (2019) em torno de 103.773 mil habitantes. As propostas elencadas foram aprovadas como sendo legitimadas pela população de Lavras, através dos 125 participantes efetivos assim como a eleição de 5 delegados para representar o município na etapa Estadual. A justificativa dada para a baixa adesão da população ao evento está na falta de uma ampla divulgação.

Com processo de apresentação, discussão de cada proposta para serem aprovadas pela plenária, na íntegra, as que eram completamente aprovadas, com alguma supressão quando havia algum destaque em relação a um determinado ponto da proposta, ou com alguma adição, quando era proposta uma emenda. Todo esse processo seguiu da mesma forma para cada proposta apresentada. Era feita a leitura dela, aquele que queria argumentar de alguma forma, se pronunciava levantando o crachá. Após a fala do pronunciante, e não havendo mais ninguém que solicitasse um destaque, a proposta era posta em votação pela plenária. Toda opinião de cada participante, fosse ela favorável ou contrária à proposta em votação, foi ouvida, apresentada, analisada e votada.

Neste ponto descrito acima, toda plenária participou da aprovação e elaboração das propostas que foram enviadas para a esfera Estadual. Ouviram, argumentaram e deliberaram sobre cada uma delas. É relevante salientar aqui que todos os eixos foram discutidos no primeiro momento em grupos de trabalho de acordo com a escolha de cada participante. Após os debates em grupo e definidas as propostas, todos foram para o anfiteatro central para aprovação das propostas mediante a plenária. Assim pode-se obter dez propostas que foram discutidas com base nos Eixos designados pela Estadual. O processo gerencial dialógico está presente na formulação das propostas que teve a participação de diferentes atores com direito a fala sem coerção e formularam as propostas de forma democrática e deliberativa Pereira e Rigatto (2011). Deste modo chegaram-se às seguintes propostas:

### **Eixo I**

1. Revogação da liberação de agrotóxicos que são internacionalmente conhecidos como potencialmente danosos à saúde.
2. Política de ambientes saudáveis: normatização, sistematização de parâmetros mínimos que garantam espaços saudáveis (Bairros, ambientes de trabalho) que considerem todos os

aspectos que possam interferir na saúde (Alimentação, lixo, saneamento básico, esportes, arborização e segurança).

3. Legislação SUS na escola: A respeito do projeto OAB na escola, incluir no currículo escolar temas referentes à legislação do SUS (Direito, deveres etc.)

### **Proposta enviada para a Conferência Nacional**

Criação de um centro integralizador de especialidades médicas para deficientes a nível Federal, com implantação nos Municípios.

### **Eixo II**

1. Ampliar o fornecimento de medicação e cumprimento da listagem dos remédios obrigatórios do SUS, devido à escassez frequente.
2. Cumprimento do repasse de verbas dos programas implementados, e repasse das reposições salariais dos agentes e demais profissionais de saúde.
3. Melhoria na distribuição e regionalização de vagas no SUS fácil.

### **Proposta enviada para a Conferência Nacional**

1. Ampliação da verba destinada a exames e consultas especializadas (Atenção secundária), atendendo satisfatoriamente ao princípio da integralidade.

### **Eixo II**

1. Executar o orçamento da saúde e cumpri-lo financeiramente.

### **Proposta enviada para a Conferência Nacional**

1. Revogação da emenda constitucional do teto dos gastos - Emenda constitucional 95 e a manutenção dos percentuais mínimos de saúde.

De acordo com o relatório enviado para a Estadual este foi o produto da CMS no Município de Lavras no ano de 2019. A escolha de não desenvolver no Eixo III outras novas propostas, se deu pelo fato de que os repasses para os municípios não estavam sendo cumpridos, em discussão chegou-se à conclusão de que estabelecer mais obrigações resultam em mais falhas em sua execução. Assim, o grupo de trabalho direcionado para debater estes Eixo optou por não estabelecer novas propostas.

O quadro abaixo representa as temáticas que foram discutidas na etapa municipal e foi utilizado para debates nas pré-conferências que contribuíram para a formação do produto.

Quadro 2 Eixos temáticos.

| <b>Eixos Temáticos da 9<sup>a</sup> CESMG (8<sup>a</sup>+1)</b> |
|---|
| Saúde como direito.   |
| Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).    |
| Financiamento adequado e suficiente para o SUS.                 |

Fonte: Conselho Estadual de Minas Gerais (2019).

#### **4.1.2 A Conferência Estadual**

A etapa Estadual da 9<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais (8<sup>a</sup>+1) foi ainda mais emblemática do que a etapa municipal. Episódios como falta de liberação de recursos para garantir a estadia de conselheiros eleitos legitimamente na etapa Municipal contribuíram para que a equipe de organização da 9<sup>a</sup> CESMG(8<sup>a</sup>+1) de Belo Horizonte tivessem muitos transtornos como: Delegados que tinham seus dados todos corretos não estarem devidamente registrados no hotel indicado e outros transtornos desta natureza.

Como resposta a este descaso foram movidas várias moções de repúdio, o gestor Estadual de Minas Gerais, que a todo instante deixou claro que não era a favor da realização da 9<sup>a</sup> CESMG (8<sup>a</sup>+1). Esta questão se agravou ainda mais na etapa Nacional, pois até aqui o boicote à 16<sup>a</sup> CNS era velado, lá, no entanto, foi explícito. Cerca de 5000 pessoas entre delegados e participantes convidados prestigiaram o evento que teve como consolidado um documento, no qual constam 331 propostas e 31 diretrizes aprovadas na etapa da 9<sup>a</sup> CESMG (8<sup>a</sup>+1) para serem enviadas à etapa Nacional em Brasília no dia 4 de agosto de 2019.

#### **4.1.3 Conferência Nacional**

A terceira e última etapa da 16<sup>a</sup> foi, para os delegados de Minas Gerais e para os delegados de muitos outros Estados do país, um verdadeiro transtorno. Como já foi referido acima, o boicote deixou de ser velado para ser explícito. Essa 16<sup>a</sup> Conferência Nacional, além de cumprir o cronograma de realização das conferências de saúde, tem um cunho de luta e resistência em defesa do SUS, é de grande expressão porque o SUS está correndo o risco de acabar. Frentes governistas estão propondo a privatização do SUS. Isso culminaria no fim da universalidade do atendimento à saúde, que é um direito de todo cidadão brasileiro previsto em lei.

O boicote ocorreu pelo fato de todos os governadores estarem cientes de que haveria uma manifestação pública em defesa do SUS, com todos os delegados enviados de todas as partes do Brasil que estariam presentes na 16ª Conferência de Saúde. O que antes era apenas uma suspeita se constatou ser verdade. O governador de Minas Gerais não concedeu passagens de avião para todos os conselheiros irem até Brasília.

Vale a pena abrir um parêntese para explicar que em outra ocasião em que a Delegação de Minas Gerais foi participar da etapa Nacional em Brasília, a Delegação de Minas Gerais sofreu um acidente de ônibus grave, com o trauma ficou acordado que quando houvesse Conferências Nacionais os delegados iriam de avião. Foi contratada uma empresa de Santa Catarina para comprar as passagens de ônibus para os delegados de Minas Gerais irem à Brasília.

É importante citar este fato, pois a conselheira delegada que representou a cidade de Lavras e o Sul de Minas em Brasília, só teve confirmação de que suas passagens foram compradas às 00h38min de 04 de agosto de 2019, a empresa comprou 150 passagens de ida e volta para os conselheiros delegados, e cerca de 100 conselheiros delegados eleitos na 9ª CESMG(8ª+1) não puderam representar Minas Gerais em Brasília, e nem exercer o seu papel de conselheiro delegado no controle e na participação social. O que rendeu ao governador de Minas Gerais mais uma moção de repúdio que foi aprovada com maioria absoluta de votos em Brasília.

Considerando que desde a pré-conferência a delegada representante de Lavras já havia enfrentado transtornos e contratemplos para conseguir cumprir o proposto no documento norteador da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que é criar um ambiente democrático de discussão e debate sobre os eixos temáticos propostos no mesmo, e, levantar propostas que possam resultar na criação de uma política pública de saúde que beneficie Lavras e região, o que aconteceu em Brasília na esfera Nacional, não fugiu ao que já vinha acontecendo em Lavras na esfera municipal, e ao que aconteceu em Belo Horizonte na esfera estadual.

O que nos leva a considerar que a participação social na criação de políticas públicas em saúde está sendo afetada em todas as esferas do governo. Se há concordância ou conformidade entre as esferas de governo, não é possível afirmar com certeza, mas que o boicote aconteceu da mesma forma nas três esferas aconteceu. A diferença é que a cada esfera a intensidade dele aumentou. Deixando de lado este assunto passaremos a analisar as propostas aprovadas e enviadas por Lavras à 9ª CESMG (8ª+1).

Para que se possa entender de forma bem clara, na etapa Municipal a 16ª Conferência é denominada de 8ª CMS. Na etapa Estadual 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas



Gerais (8<sup>a</sup>+1), e por fim na etapa Nacional ela foi declaradamente a 16<sup>a</sup> CNS, porque fez uma retomada do contexto de criação do SUS na 8<sup>o</sup> conferência Nacional, para fomentar a luta por sua “defesa” que corria risco de ser privatizado.

#### 4.2 Propostas apresentadas em todas as esferas públicas

Nos quadros a seguir são apresentadas as propostas aprovadas pela plenária Municipal, as quais foram enviadas à etapa Estadual da 9<sup>a</sup> CESMG(8<sup>a</sup>+1) e para a 16<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Sua composição está na análise de cada eixo separadamente. É importante destacar que esta análise nas etapas Estadual e Nacional se limitam às propostas Municipais em cada uma delas.

##### 4.2.1 Análise das propostas levantadas em cada eixo

Como descrito no parágrafo anterior este quadro diz respeito ao eixo Saúde como Direito e descreve as propostas municipais e como elas se refletiram nas etapas Estadual e Nacional de forma qualitativa e quantitativa. É importante ressaltar aqui que aquela na qual não se encontrou propostas semelhantes foi considerada suprimida nas etapas posteriores.

Quadro 3 Análise das propostas: Eixo I.

| <b>Análise da Proposta: Eixo I – Saúde como Direito</b>   |                 |  |                 |  |
|---|-----------------|--|-----------------|--|
| <b>Municipal</b>  | <b>Estadual</b> |  | <b>Nacional</b> |  |
| Propostas enviadas a Estadual   | Nº de propostas | Descrição  | Nº de propostas | Descrição  |
| 1. Revogação da liberação de agrotóxicos que são internacionalmente conhecidos como potencialmente danosos à saúde. | 2               | 1. Proposta nº 104 reflete a aspiração da proposta municipal e recebe uma aditiva em sua formulação. A proposta nº 82 se refere a recursos para fortalecimento de programas de monitoramento de agrotóxicos em alimentos e o incentivo a ampliação de projetos que visem à agricultura familiar. | 3               | 1. Propostas entre nº 37 e 38 contemplam o município e propõe a criação e implantação de uma política nas três esferas para redução do uso do mesmo e incentivo a produção de alimentos orgânicos. |
| 2. Política de ambientes saudáveis: normatização, sistematização de   | -               | 2.Nenhuma proposta próxima ou equivalente  | -               | 2.Nenhuma proposta próxima ou equivalente  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| parâmetros mínimos que garantam espaços saudáveis ( Bairros, ambientes de trabalho) que considerem todos os aspectos que possam interferir na saúde ( Alimentação, lixo, saneamento básico, esportes, arborização e segurança). |   |   |   |   |
| 3.Legislação SUS na escola: A espelho do projeto OAB na escola, incluir no currículo escolar temas referentes à legislação do SUS (Direito, deveres, etc.).   | - | 3.Nenhuma proposta próxima ou equivalente.  | 2 | 3. Proposta nº76 busca garantir a revisão da carta de Direitos e Deveres dos usuários (as) e reforço em sua divulgação com ações intersetoriais que incluam as escolas. Proposta nº82 traz a inclusão de conteúdo de saúde e princípios do SUS para ensino médio e fundamental. |
| <b>Propostas enviadas ao nível Nacional</b>   |   |   |   |   |
| 1.Criação de um centro integralizador de especialidades médicas para deficientes a nível Federal, com implantação nos Municípios.   | 1 | 1. Proposta nº 1 traz a garantia para que seja implantada redes de atenção aos deficientes e idosos sendo asseguradas e políticas públicas que garantam seus direitos efetivos e sejam respeitados. | 2 | 1.Proposta nº26 propõe a garantia de equidade no atendimento do usuário do SUS em especial dos vulneráveis.   |

Fonte: Relatórios finais das conferências Municipal, Estadual e Nacional (2019).

É importante ressaltar aqui que para cada eixo foram subdivididos grupos de trabalho que em um primeiro momento levantaram propostas para serem discutidas e aprovadas por plenária para serem elencadas nas próximas etapas da conferência. Esta subdivisão ocorreu conforme a preferência de cada cidadão participante e de sua familiaridade com a temática de cada eixo.

No primeiro eixo temos a temática da **Saúde como Direito**, no Quadro 3 estão todas as propostas apresentadas na etapa Municipal. Dando sequência a análise a ser feita temos os seguintes produtos.

Na etapa Estadual, por sua vez, a primeira proposta ganhou nova composição na forma da proposta Aditiva 104. Revogar a liberação de agrotóxicos que são internacionalmente reconhecidos como danosos à saúde, promovendo a avaliação, o controle, a fiscalização e o monitoramento de resíduos de agrotóxicos, qualificando a ação de profissionais, agricultores, consumidores e sociedade civil organizada em geral para atuar frente aos impactos dos agrotóxicos no meio ambiente e na saúde, na redução do seu uso e na promoção da agricultura familiar de base. Este foi o reflexo da proposta municipal que ainda teve um incentivo no eixo III com a proposta 82. Ampliar e garantir recursos para fortalecer os programas de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos.

Quanto a Nacional, esta mesma proposta sofre supressão parcial na proposta 37. Revogar as autorizações do uso de agrotóxicos nocivos à saúde, proibindo sua utilização na área urbana e rural, construindo e implantando uma política Municipal, Estadual e Nacional de redução do seu uso, incentivando a produção de alimentos orgânicos pela agricultura familiar. Assim, a mesma proposta sofreu no decorrer das etapas uma aditiva e, posteriormente, uma supressão parcial em sua estrutura, entretanto, sua composição continua passando a ideia inicial do município.

A segunda e terceira proposta deste eixo foram completamente suprimidas na etapa Estadual subsequentes pois não foi encontrada nenhuma proposta equivalente a mesma. Contudo ao analisar o relatório Nacional a terceira proposta apresentada ganhou uma nova estrutura e temos duas propostas que tratam da mesma temática, podendo ser avaliada como uma supressão parcial dela já que o conteúdo do discurso permaneceu o mesmo em seu interior. No que se refere a etapa enviada para a Nacional neste mesmo eixo não foi encontrada na íntegra, contudo, a proposta aditiva da etapa Estadual (1. Garantir que as redes de atenção às pessoas com deficiências, doenças raras e ao idoso sejam implementadas, assegurando políticas públicas que garantam que os direitos dessas pessoas sejam efetivados e respeitados...) trata da mesma temática de forma mais ampla, sendo assim, considerada equivalente a proposta municipal e será aqui adicionada como uma supressão parcial de seu conteúdo, já que, a ideia de um centro integralizador de especialidades médicas passou a ser denominada por uma rede de atenção na Estadual. Contudo esta definição é ampliada ao propor a garantia de equidade no atendimento aos vulneráveis.

No Quadro 4 é apresentado o eixo Consolidação dos Princípios do SUS e descreve as propostas municipais e como elas se refletiram nas etapas Estadual e Nacional de forma qualitativa e quantitativa.

Quadro 4 Análise das propostas: Eixo II.

| Análise da Proposta: Eixo II – Consolidação dos Princípios do SUS  |                 |  |                 |   |
|--|-----------------|--|-----------------|---|
| Municipal  | Estadual        |  | Nacional        |   |
| Propostas enviadas a Estadual  | Nº de propostas | Descrição  | Nº de propostas | Descrição   |
| 1. Ampliar o fornecimento de medicação e cumprimento da listagem dos remédios obrigatórios do SUS, devido à escassez frequente.                  | 3               | 1. Proposta nº 16 propõe o fortalecimento da política farmacêutica para garantir o fornecimento frente à PEC. Proposta nº 27 visa ampliar a garantia de acesso aos medicamentos da listagem e revisão anual da mesma. A Proposta nº 254 busca a ampliação e sustentação da política farmacêutica com investimentos estatal para produção nacional de medicamentos. | 4               | 1. Proposta nº 31 fiscalização da distribuição de remédio em toda complexidade. A Proposta nº 34 visa a garantia da assistência farmacêutica e acesso rápido a medicação listados no Rename. Proposta nº 44 revisão, atualização e ampliação da Listagem do Rename. Proposta nº 45 fortalecimento da política de assistência farmacêutica no que tange a logística e abastecimento. |
| 2. Cumprimento do repasse de verbas dos programas implementados, e repasse das reposições salariais dos agentes e demais profissionais de saúde. | 3               | 2. A Proposta nº 26 propõe a valorização do trabalhador e o pagamento de bonificações contidas no PMAQ. Propostas nº 40 e 41 visam a criação de plano de carreira, ingresso por concurso e garantir financiamento para pagamento da obtenção primária.   | 2               | 2. Proposta nº 45 criação de uma política pública de valorização dos trabalhadores. A Proposta nº 68 propõe plano de carreira, cargo e salário do SUS para servidores nas três esferas.   |
| 3. Melhoria na distribuição e regionalização de vagas no SUS fácil.  | 3               | 3. Proposta nº 192 implantação da rede de urgência e emergência junto ao Estado e Ministério da Saúde para atendimento integral com direcionamento de  | 1               | 3. Proposta nº 58 expansão da rede de urgência e emergência em todo país com a ampliação das unidades de atendimento, ou seja, hospitais, UPA, unidade do Samu e  |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
|  |   | paciente entre hospitais e UPA(s).  |   | salas de esterilização.  |
| <b>Propostas enviadas ao nível Nacional</b>  |   |   |   |  |
| 1. Ampliação da verba destinada a exames e consultas especializadas (Atenção secundária), atendendo satisfatoriamente ao princípio da integralidade. | 3 | 1. Proposta nº96 aumento das consultas especializadas por meio da atualização da tabela.<br>Proposta nº121 Amplificar as cotas de exames, consultas e cirurgias de média e alta complexidade SUS.<br>Proposta nº163 Delimitar o tempo de espera por atendimentos. | 1 | 1. Proposta nº20 ampliar e qualificar a prestação de serviços nas três esferas com atendimento centralizado que atue nos Estados e Municípios e atenda a média e alta complexidade em exames, consultas e cirurgias. |

Fonte: Relatórios finais das conferências Municipal, Estadual e Nacional (2019).

No eixo II as propostas se justificam não somente pelo fato de Lavras em si, mas, todos os municípios do sul de Minas vêm sofrendo com a falta de repasse do governo estadual desde 2016, o que tem como resultante a falta de medicação básica para a população, defasagem na reposição salarial dos profissionais da saúde e redução em leitos hospitalares dependentes do SUS fácil.

O que ganha grande força nas etapas subsequentes que traz consigo propostas para ampliação, fortalecimento e sustentação das políticas farmacêuticas, implantação de redes de urgência e emergência, redução do tempo de espera por consultas, exames e internações além da valorização dos servidores e criação de plano de carreiras, cargos e salários do SUS que se encontram defasados há muito tempo.

A proposta para a etapa Nacional deve-se ao fato da insuficiência de verbas, o gargalo da atenção secundária em saúde se manifesta na necessidade de ampliação de recursos para sua devida manutenção. Para tanto, se faz necessário a seguinte proposta de “Ampliação de verbas destinadas a exames e consultas especializadas (atenção secundária), para assim atingir diretamente o princípio da integralidade”. Tanto na Estadual como na Nacional o problema é reconhecido e se tem propostas para ampliar e qualificar a prestação destes serviços que contemplem a média e alta complexidade.

Podemos considerar neste eixo que todas as propostas elencadas tiveram uma supressão parcial de sua estrutura, porém, todo o conteúdo proposto em cada uma delas foi conservado no interior de todas além de adições importantes que foram pontuadas.

No Quadro 5 apresenta-se o eixo referente ao Financiamento Adequado e descreve as propostas municipais e como elas se refletiram nas etapas Estadual e Nacional de forma qualitativa e quantitativa. Nesta foi apresentada apenas duas propostas, já que, o município optou apenas por elas em suas discussões e aprovação em plenária.

Quadro 5 Análise das propostas: Eixo III.

| <b>Análise da Proposta: Eixo III – Financiamento Adequado</b>   |                 |   |                 |   |
|---|-----------------|---|-----------------|---|
| <b>Municipal</b>  | <b>Estadual</b> |   | <b>Nacional</b> |   |
| Propostas enviadas a Estadual   | Nº de propostas | Descrição   | Nº de propostas | Descrição   |
| 1.Executar o orçamento da saúde e cumpri-lo financeiramente.  | 3               | 1. A Proposta nº91 traz a busca pelo cumprimento da aplicação anual do limite mínimo de recursos e o cumprimento por parte da união deste repasse. A Proposta nº171 trata da instituição de uma política efetiva de repasse financeiro para o Estado de Minas. Proposta nº 193 apresentada no eixo II Busca o cumprimento imediato da Lei sobre os repasses destinados à saúde sendo estes provenientes do Estado e a garantia de uma maior parte destes na atenção primária. | 3               | 1.As propostas de 1 a 3 referem a garantia de financiamento do SUS como garantia do Direito Constitucional à saúde e à sustentabilidade orçamentária.   |
| <b>Propostas enviadas ao nível Nacional</b>   |                 |   |                 |   |
| 1. Revogação da emenda Constitucional do teto dos gastos públicos - Emenda Constitucional 95 e a manutenção da aplicação dos percentuais mínimos de investimento em saúde | 4               | Proposta 22 traz a revogação da EC.95/2016, que congela os gastos em saúde até 2036.<br>Proposta 109 é uma aditiva que incita a lutar pela auditoria da dívida pública, pela revogação da Emenda Constitucional 95 [...]<br>Proposta 165 está em ampliar os recursos financeiros do SUS com a revogação imediata da EC.95 que congelou os orçamentos da saúde por   | 5               | Proposta 1) a. A revogação de EC.95 de 2016 que congelou os investimentos públicos por saúde por 20 anos- até 2036;<br>Proposta 4 Lutar pela auditoria da dívida pública, pela revogação da EC. 95/2016 que congelou o orçamento da saúde [...]<br>Proposta 5 Revisar a LC.141/2012 que dispõe sobre os valores |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | 20 anos [...]<br>Proposta 252 Revogação da PEC que limita os gastos com a saúde e educação. Desenvolver políticas públicas que sirvam de impacto direto aos princípios do SUS [...] |  | mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios [...]<br>Proposta 12 Instituir o repasse mínimo, de 10% da receita corrente bruta por parte do governo Federal [...]<br>Proposta 17 Mobilizar a sociedade propondo um plebiscito para revogação da EC.95 [...] |
|--|--|---|--|---|

Fonte: Relatórios finais das conferências Municipal, Estadual e Nacional (2019).

O terceiro eixo se justificativa, tanto para a esfera Estadual, como para a Nacional e se refere à falta de repasse para os municípios, e a iminência de se ter um congelamento neste repasse por 20 anos e este não se trata apenas de uma área em específica, mas sim uma ação prejudicial para toda a população. As etapas posteriores reconhecem as limitações que ocorrerão caso estes não sejam suficientes para a manutenção do SUS em todo o país e buscam por garantias de um financiamento público adequado e suficiente para as ações e serviços de saúde. Por meio da legislação que dispõe sobre os repasses busca seu cumprimento, sendo este necessário para a garantia do Direito Constitucional à saúde.

A proposta direcionada a Estadual sofreu supressão parcial em sua estrutura, entretanto, seu conteúdo é aprimorado e ampliado para a criação de uma política e o cumprimento imediato da Lei dos repasses. Novamente na Nacional ocorreu novamente uma supressão parcial e ganhou força ao se tornar uma garantia para ocorrência do direito constitucional à saúde.

A proposta enviada para a Conferência Nacional se não for ouvida em Belo Horizonte e Brasília será prejudicial não somente para o município de Lavras, mas sim a todo país. Já que um congelamento por vinte anos dos recursos irá impactar negativamente na saúde de todo o país, o qual impede o governo de ampliar os recursos enviados aos estados e municípios. Afetará exponencialmente a saúde, pois os gastos da população não serão congelados por vinte anos, apenas o financiamento. Representação da proposta nas três esferas do governo.

Ficou explícito a preocupação geral em todas as esferas de governo com a adoção da EC 95/2016<sup>1</sup> que congela os gastos por 20 anos. O novo regime fiscal reduziu os gastos com saúde e nem se deu conta que ele já sobrevive com um subfinanciamento insuficiente a décadas. Deste modo a iniciativa do município foi propor a revogação da EC 95 e a manutenção dos percentuais mínimos de aplicação em saúde já que o município de Lavras tem custeado grande parte destes valores que não estão sendo repassados. O reflexo desta proposta nas esferas seguintes ganhou novas adições com a proposição da auditoria da dívida pública para revogação da EC 95 e a ampliação dos recursos financeiros.

Na etapa Estadual do Eixo III que se refere ao financiamento adequado, quatro propostas foram elencadas com o mesmo propósito intrínseco que diz respeito à revogação, auditoria e ampliação dos recursos por meio da revogação da ementa. É interessante ressaltar aqui que nesta etapa uma das propostas foi encontrada no Eixo II que trabalha com a consolidação dos princípios do SUS e, nesta temática, podemos abordar o Princípio da Universalidade onde o Ministério da saúde assegura que “a Saúde é direito de todos e dever do poder público a provisão de serviços e de ações que lhe garantam”. Assim sendo, como pode ser aprovado<sup>2</sup> um congelamento de gastos de 20 anos, já que devido ao subfinanciamento a população brasileira não tem a garantia da manutenção das ações básicas de saúde.

A Conferência Nacional se apresentou em concordância com as outras etapas e trouxe o diferencial da revisão da LC 141/2012 que dispõe sobre o percentual mínimo de aplicação de todos os entes federativos e a necessidade de instituir o repasse mínimo de 10% da receita bruta corrente por parte do governo federal. Além destas trouxe a proposta de mobilização da nação por meio de plebiscito para a revogação da EC 95.

Em todas as esferas é notório o reflexo dos anseios de toda a população brasileira. Aqui ficou claro e específico com uma onda sonora o repúdio de todos pela decisão tomada por seus representantes. Se todo poder emana do povo sua voz aqui foi ouvida e será base para o Plano Plurianual 2020/2023. Ficou explícito nesta pesquisa o quanto são próximos os anseios de toda a população, assim em uma esfera pública de decisões é de extrema importância uma gestão social que envolva não somente a saúde pública, mas todas as

---

<sup>1</sup> Emenda Constitucional nº95/2016 - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Relatório Nacional consolidado (2019, pág.76)

<sup>2</sup> Lei Complementar nº141/2012 - Regulamenta o parágrafo 3º do art.198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados 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 nos 8.080, de setembro de 1990, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Relatório Nacional consolidado (2019, pág.78).



demandas sociais reduzindo assim os gargalos de políticas públicas fora dos anseios e necessidades reais de toda a população.

Com o Plano Plurianual de 2020-2023 podemos constatar de fato se as propostas elencadas pelo município de Lavras se tornaram diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde. Portanto, as 10 propostas foram analisadas em cada esfera, o que nos proporcionou bases para constatar que elas estão em concordância com os anseios dos outros municípios e Estados.

Quadro 6 Diretrizes 16º CNS análise das propostas dentro do PPA 2020-2023.

| EIXO                        | Diretrizes da 16º conferência Nacional de saúde  | PNS E PPA 2020-2023  |
|-----------------------------|--|--|
| <i>I</i><br><i>Nacional</i> | 5. Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiência – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.  | Atenção Primária à Saúde<br>Atenção Especializada à Saúde<br>Vigilância em Saúde |
| <i>II</i>                   | 6. Ampliação e otimização do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade, com justiça social, respeitando as diversidades pessoais e coletivas, ambientais, sociais e sanitárias das regiões, com acessibilidade plena e respeito a diversidade de gênero, buscando reduzir as mortes e morbidades evitáveis, melhorando as condições de vida das pessoas e aprimorando as políticas de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, fortalecendo o processo de regionalização e descentralização, ampliando o acesso a atendimentos de especialidades de média e alta complexidade, em tempo oportuno, com investimento das três esferas de governo, respeitando os princípios do SUS, a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), regionais e integrais, incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada. | Todos  |

|            |   |                                    |
|------------|---|------------------------------------|
| <i>III</i> | 3. Garantia do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde, de modo a ratificar a Seguridade Social como direito universal e permanente para a(o)s brasileira(o)s.  | <i>Gestão e organização do SUS</i> |
| <i>III</i> | 5. Garantia de uma reforma tributária, com adequada distribuição dos recursos, para estados, Distrito Federal e municípios e vinculação constitucional do financiamento tripartite, em contraposição ao corte de investimentos em saúde (em especial pela Emenda Constitucional nº 95). | <i>Gestão e organização do SUS</i> |

Fonte: Plano Nacional de Saúde - fevereiro (2020).

A primeira proposta formulada como diretriz refere-se ao Eixo I enviada a Nacional e tem em seu conteúdo a atenção especializada como foco da mesma enviada pelo Município. Assim, sua alteração para uma diretriz é ampliada para a atenção primária à Saúde, atenção especializada à Saúde e Vigilância em Saúde. No segundo eixo temos três propostas contempladas como diretrizes sendo as enviadas a Estadual 1 e 3 estruturadas na forma de uma ampla diretriz que tem por objetivo todos. O terceiro e último eixo temático nos surpreende ao tornar uma diretriz que traz em sua totalidade conteúdo a única proposta enviada para a Estadual e, posteriormente, temos a 5ª diretriz formalizada na CNS que se contrapõe ao corte de investimentos e busca garantias para uma distribuição dos recursos.

As pré-conferências e as conferências são norteadas por eixos que foram pré-definidos visando a uniformização de conceito e a definição da metodologia a ser utilizada na elaboração de indicadores e metas, os quais com uma macro visão acerca das demandas relativas a saúde, elaboram diretrizes, as quais poderão ser alterados em parte, mas não totalmente. Ou seja, poderão sofrer supressão e emendas, mas não poderão ser completamente suprimidas. Em suma, as necessidades de cada município deverão se enquadrar em cada diretriz elaborada em cada eixo. Demonstrando assim que o velho modelo de instituir políticas de cima para baixo sofreu alterações, mas que ainda não foi destituído totalmente, ainda vigora sutilmente, mas está aberto ao diálogo, e a fazer concessões para que se possa chegar a um denominador comum, que contribua para o bem-estar do todo.

Temos as conferências de saúde associadas às práticas de gestão social como oportunidades na qual o mundo da vida pode interferir nas ações do sistema e fazer com que este trabalhe por meio da formulação de políticas públicas em prol da sociedade buscando como fim último o bem comum. E equilibrando o diálogo entre os sistemas (Habermas 2012).

## 5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS COM BASE NOS CRITÉRIOS DE CIDADANIA DELIBERATIVA

No quadro abaixo estão compilados os principais resultados encontrados nos critérios abordados e também pela divisão deles em subcategorias apresentadas por Tenório (2010).

Quadro 7 Resultados

| <b>Categoria de cidadania deliberativa</b> | <b>Subcategorias</b>                  | <b>Resultados</b>   |
|--|---------------------------------------|---|
| <b>Processo de discussão</b>               | Canais de difusão                     | É necessário uma melhor divulgação para que toda a sociedade possa ter o conhecimento do quão importante são as conferências de saúde.  |
|  | Qualidade da informação               | Não houve assimetria das informações sendo estas repassadas de forma clara útil e plural.   |
|  | Espaço de transversalidade            | existe a participação de diferentes segmentos sociais.  |
| <b>Inclusão</b>                            | Abertura dos espaços de discussão     | A conferência é aberta para a participação de todos. Embora houve uma baixa participação popular  |
|  | Aceitação social, política e técnica. | É preciso conscientizar a população da importância da participação ativa para melhoria da qualidade de vida de todos.   |
|  | Valorização da participação           | A sociedade civil deveria utilizar mais dos mecanismos de participação que tem para promoção de debates. Embora as pré-conferências promovam a inclusão e participação no processo de discussão.                                  |
| <b>Pluralismo</b>                          | Participação de diferentes atores     | Intervenção de diferentes segmentos para construção do bem comum.   |
|  | Perfil dos usuários                   | Representantes de associação de moradores, trabalhadores de saúde, prestadores públicos e privados, gestores e associações afins.   |
| <b>Igualdade Participativa</b>             | Formas de escolha dos representantes  | A participação na conferência foi aberta a todos, porém a escolha dos 5 delegados para a etapa Estadual ocorreu por meio de votação pela plenária. E a Nacional por votação entre os próprios delegados para escolha de apenas 1. |
|  | Discurso dos participantes            | Formado por trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e comunidade em geral.   |
|  | Avaliação da participação             | Tímida pelo baixo número de participação em relação a toda a população municipal.   |
|  | Origem das proposições                | Existe na conferência a pluralidade participativa,  |

|                  |                                 |   |
|------------------|---------------------------------|---|
| <b>Autonomia</b> |                                 | entretanto é um maior número de participação da sociedade.                          |
|                  | Alçada dos atores               | As decisões são autônomas sem intervenção do poder público.                         |
| <b>Bem comum</b> | Objetivos alcançados            | Composição das propostas.   |
|                  | Aprovação cidadã dos resultados | Propostas que se legitimaram como diretrizes para formulação de políticas públicas. |

Fonte: Adaptado de Tenório (2010).

### 5.1 Processo de discussão

O processo de discussão, segundo Tenório et al. (2010, p.2) ocorre em áreas públicas e pressupõe igualdade de direitos individuais e discussões de problemas baseados na autoridade negociada, deste modo “[...] Intersubjetivo e comunicativo, possibilitando o entendimento mútuo”. Na etapa municipal foi iniciado pela apresentação das reclamações e sugestões provenientes das pré-conferências municipais e dos eixos que nortearam as discussões. Logo após ocorreram a divisão em grupos temáticos para discussão das propostas que posteriormente foram apresentadas para todos e legítimas como proposta pela plenária.

Os *canais de difusão* são utilizados para fluência da informação Tenório(2010). Sobre a conferência Municipal foi utilizado a rádio 94 FM, o diário oficial da prefeitura e folders nos PSFs da cidade. Entretanto é necessário a ampliação da divulgação das conferências para que toda a sociedade tome ciência da importância de sua participação.

Quanto à *qualidade das informações* para Tenório et al. (2008, p.10) a “[...] informação deve ser clara, útil e plural, explicitando os objetivos do processo para que os participantes potenciais se envolvam no processo de discussão”. Não houve assimetria em sua divulgação. Já que todas as informações foram passadas de forma clara, útil e plural o que possibilitou a participação de todos ao esclarecer todo o processo para melhor compreensão.

O espaço *de transversalidade* criado pela divisão dos grupos de trabalho analisou os eixos temáticos levando em consideração os contextos político, econômico e social para a formalização de suas ações por meio das propostas em conformidade com Tenório (2010). Assim, o envolvimento de diferentes atores pode promover a interação de diferentes setores e temas na discussão de saúde.

## 5.2 Inclusão

De acordo com Tenório et al. (2010, p.3) “ A inclusão significa a reconsideração do poder de comunicação da sociedade como um todo e principalmente a voz dos excluídos do sistema”.

A *abertura dos espaços de discussão*, segundo Tenório (2010) está na criação de instrumentos, métodos e instituições que contribuem para interação de diferentes atores/grupos e a negociação de conflitos proporcionando igualdade participativa. Embora o tempo para a divulgação tenha sido muito breve, houve a representatividade de diversos segmentos ligados à saúde e a comunidade no processo de discussão. Sendo todo o evento aberto para a participação de todos sem distinção.

*Quanto à aceitação social, política e técnica* descrita por Tenório et al. (2010, p.4) “ [...] quanto maior o consenso sobre a necessidade e a metodologia de um experiência participativa, maior a chance de êxito”. Todos os presentes tinham consciência da importância de sua participação ativa para conhecimento de seus direitos e deveres para melhoria da qualidade de vida e saúde de todos.

A idealização das pré-conferências foi pensada de modo a promover a inclusão e participação no processo de formação das propostas para promoção da *valorização cidadã* em conformidade com Tenório (2010). Entretanto, a participação por meio dos mecanismos criados deveria ser bem mais utilizada por toda sociedade civil.

## 5.3 Pluralismo

Para Tenório et al. (2010, p.4) o pluralismo diz “[...] respeito não apenas as representações de grupos privilegiados, mas dos diversos atores que participam dos processos decisórios nas políticas públicas locais.” Todos os eventos aqui abordados puderam contar com a *participação de diferentes atores*, sendo na conferência municipal 125 participantes em sua totalidade, 79 usuários, 18 trabalhadores, 28 gestores/prestadores de saúde, bem como um representante da sociedade civil. Mais de 1500 pessoas na etapa Estadual e cerca de 5000 na Nacional entre delegados e participantes convidados. Em geral, todos envolvidos direta ou indiretamente no processo deliberativo.

O *perfil dos usuários* de acordo com Tenório (2010) “[...] deve estar em consonância com a origem de sua representação, pois o pluralismo representa diferentes vozes que trazem para as discussões suas verdades e as confrontam na busca do consenso”. O presente tinha representantes de associações de moradores, trabalhadores de saúde, prestadores de saúde

pública e privado, gestores e associações afins, o que forneceu diferentes vozes para as discussões na busca do bem comum.

#### **5.4 Igualdade Participativa**

Esta categoria é definida por Tenório et al. (2010, p.6) como “[...] dotados de informação e com acesso livre aos canais de deliberação qualquer indivíduo (cidadão) ou organização é passível de influenciar as decisões tomadas via processo deliberativo”.

A participação nas Conferências e pré-conferências foi aberta a todos. As *formas de escolha dos representantes* para as demais etapas ocorreram em conformidade com a paridade do Conselho de saúde, sendo um representante de cada segmento usuários, trabalhador de saúde, prestador de serviço, governo e sindicato. Onde todos puderam se candidatar e sua escolha foi feita mediante *votação/ eleição* em plenária. Na etapa municipal foram definidos 5 delegados para representar o município na estadual, que por sua vez, em votação entre os próprios delegados, elegeram 1 representante enviado a nacional.

O *discurso dos representantes* no processo de deliberação contribuiu muito para estruturação e formalização das propostas elencadas.

No geral, a *avaliação da participação* nos eventos mencionados se demonstram muito tímidos e este fato pode estar ligado ao pouco tempo para a divulgação. Para Tenório et al. (2010, p.6) “A avaliação da participação permite identificar erros, redefinindo planos e readaptando as etapas do processo”. Para as próximas conferências fica a experiência e o aprendizado, podendo estes levantar possíveis soluções para a questão da baixa participação popular.

#### **5.5 Autonomia**

É “[...] Fundamental para que os problemas locais possam ser avaliados e resolvidos pelas próprias comunidades que vivenciam os problemas”. Allebrandt (2016, p.49).

Quanto à origem *das proposições* “[...] é importante considerar se as proposições atendem às demandas da população ou são direcionamentos dados pelo poder público”. Tenório et al. (2010, p.6). Os temas que foram abordados para serem discutidos eram direcionamentos do poder público que após um longo processo de discussão foi adequado às necessidades locais em forma de propostas.

A alçada dos atores diz respeito a “[...] como todo processo de participação se desenvolveu em uma escala territorial, cabe considerar em que intensidade as administrações podem intervir na problemática desejada dentro de determinado território”. Tenório et al.

(2010, p.6). No município todo o processo ocorreu com o apoio do poder público, onde todos os participantes tiveram voz e vez. E todo o processo de efetivação das propostas ocorreu sem a intervenção do poder público, sendo a legitimação das propostas elencadas por meio de plenária e formalizando assim autonomia de cada participante.

Quanto ao perfil da liderança o mesmo “[...] deve ser capaz de mobilizar os poderes e atores locais, porém, não de forma autoritária, pois os objetivos do grupo são anteriormente discutidos por “Tenório et al. (2010, p. 6). O coordenador geral da comissão conduziu todo o processo deliberativo de forma descentralizada permitindo a participação de todos no processo de discussão.

### **5.6 Bem comum**

O *Bem comum* “[...] representa a capacidade de realizar interação social baseada no consenso”. Tenório et al. (2010, p.7). Os *objetivos alcançados* foram a composição de 10 propostas sendo 7 para estadual e 3 para etapa Nacional da conferência com o intuito de incidir nas políticas de saúde para os anos de 2020 a 2023. Todos os presentes legitimaram as propostas elencadas pelo município, ou seja, ocorreu neste momento a *aprovação cidadã dos resultados* pela legitimação das propostas do município. Assim o fim último está na construção do bem comum sendo o “[...] objetivo final da participação cidadã é transformar a sociedade a partir da incidência nas políticas públicas” (TENÓRIO et al., 2010, p.7).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de conclusão de curso foi abordada a problemática de como se efetiva a gestão social na formulação de políticas públicas de Saúde no Município de Lavras. No desenvolvimento da metodologia adotada nesta pesquisa foi possível chegar à conclusão que os documentos norteadores onde havia os Eixos com as propostas direcionadas aos grupos de trabalhos, a serem desenvolvidos nas pré-conferências para a formulação de novas políticas foram pré-definidos pelo Ministério da saúde no primeiro semestre de 2019, período que antecedeu as pré-conferências e as Conferências no âmbito municipal, a 9ª Conferência na esfera estadual e a 16ª Conferência Nacional de Saúde as quais foram objeto de análise desta pesquisa.

Foram cumpridos todos os passos elencados no objetivo, justificativa e metodologia, e com isso foi possível produzir um documento legítimo, o qual contém as bases necessárias para analisar e descrever como de fato se efetivou a gestão social das propostas para a formulação de nova políticas públicas na área de saúde pública do município de Lavras, as quais foram elaboradas nas pré-conferências, apresentada e aprovadas na plenária da Conferência Municipal de Lavras, enviadas à 9ª Conferência Estadual em Belo Horizonte de onde após ser mais uma vez apresentada para uma plenária ainda maior e mais plural, novamente aprovada foi enviada a 16ª Conferência Nacional em Brasília.

Esta pesquisa foi pertinente, pois abrangeu um tema atual para o aprofundamento de estudos sobre a gestão social de políticas públicas, além de ter nos permitido analisar a luz das categorias de cidadania deliberativa, como a gestão social atua, interage e permeia a formulação de políticas nacionais.

Entretanto, existe um movimento que visa reduzir a participação da sociedade civil na medida em que extingue conselhos por decretos e medidas administrativas. A limitação desta pesquisa foi não ter condições de entrevistar representantes dos usuários no sentido de enriquecer a pesquisa obtendo informações que possam se traduzir em novos estudos, como por exemplo a uniformização dos processos no interior dos conselhos e para a legalização do mesmo com a criação de regimento próprio e até mesmo um código de ética valorizando o atributo da autonomia, diretamente ligada a estes processos.

Vale ressaltar que esta pesquisa foi desenvolvida antes da Pandemia do COVID 19 no Brasil, no entanto, o seu resultado poderá subsidiar estudos posteriores sobre a aplicação destas propostas, inclusive para o enfrentamento do COVID 19.

A gestão social de políticas públicas se efetiva na formação das propostas elencadas na conferência municipal na medida em que nascem de um processo gerencial dialógico que em



que sua concepção é compartilhada por diferentes participantes na etapa municipal e todos têm o direito à fala sem coerção. E todas as decisões tomadas, ou seja, as propostas apresentadas são resultantes da tomada de decisão de forma democrática e deliberativa.

Assim sendo chegamos à conclusão que, pelo fato das propostas enviadas por Lavras terem sido ouvidas, acolhidas e aprovadas nas demais esferas, entendemos que são vozes que também ecoaram de outros municípios, e que o espaço participativo se legitimou por meio das deliberações ocorridas e as opiniões através das propostas foram consideradas.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, N. (Coord.) Políticas públicas: conceitos e práticas. v. 7. Belo Horizonte: Sebrae, 48 p. Série Políticas Públicas, 2008.

Fundação Oswaldo Cruz. Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1967. Disponível em: <Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

Fundação Oswaldo Cruz. Anais da 6ª Conferência Nacional De Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1977. Disponível em: <Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

Fundação Oswaldo Cruz. Anais da 7ª Conferência Nacional De Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1977. Disponível em:<Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

Fundação Oswaldo Cruz. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1986. Disponível em:<Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.> Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

Políticas Públicas: o que são e para que servem. 2016. Disponível em:<  
[www.politize.com.br/políticaspúblicas/](http://www.politize.com.br/políticaspúblicas/)> Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

**Apresentação do CNS, 16º Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em:  
<<http://conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html>> Acesso em 15 de novembro de 2020.

BARACH, P. e BARATZ, M “**Decisions and non-decisions: an analytical framework**”. American Political Science Review, 57, 1963.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

**Bastidores da 16º Conferência: as pessoas e os números por trás do maior evento de participação social do Brasil.** Disponível em: <<http://www.susconnecta.org.br/bastidores-da->

16a-conferencia-as-pessoas-e-os-numeros-por-tras-do-maior-evento-de-participacao-social-do-brasil/>. Acesso em 15 de novembro de 2020.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 26 de março, 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **SES-MG e Conselho Estadual de Saúde promovem a 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/11266-ses-mg-e-conselho-estadual-de-saude-promovem-a-9-conferencia-estadual-de-saude-de-minas-gerais>> Acesso em 15 de novembro 2020.

CANÇADO, A. C. **Gestão Social: Práticas em debate, teorias em construção**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2008.

CANÇADO, A. C., PEREIRA, J.R. e TENÓRIO, A.C. Gestão social: reflexões teóricas e conceituais. *Cad. EBAPE.BR* [online]. 2011, vol.9, n.3, pp.681-703. ISSN 1679-3951. Consolidado dos relatórios das Conferências. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em: <[https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#overlay-context=pt-br/linhadotempo\\_conferenciasdesaude](https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#overlay-context=pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude)>. Acesso em: 17 de fevereiro 2021.

EASTON, D. **A Framework for Political Analysis**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1965.

ETZIONI, A. **Mixed Scanning: A Third Approach to Decision-Making**”, Public, 1967.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade, volume II** / Jürgen Habermas; tradução: Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HABERMAS, J. **A crise de legitimação no capitalismo tardio**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 2002.

HABERMAS, J. **A inclusão do outro**: estudos de teoria política. Tradução George Sperber e Paulo Astor Soerthe. São Paulo: Loyola, 2002.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HABERMAS, J. *The theory of communicative action. Vol 2. Lifeworld and sistem: A critique of functionalist reason*. Boston, Beacon Press. Administration Review, No.27 (1987a).

LASWELL, H. **Politics: Who Gets What, when, How**. Cleveland: Meridian Books, 1936.

LINDBLOM, C. **“The Science of muddling through”**. Public Admisnitrative Review, 16, 1959.

LOWI, T. **“American business, public policy case studies and political theory”**. World Politics, 16. 1964.

LOWI, T. **Public Administration Review**, Vol. 32, No. 4. (Jul. - Aug., **1972**), pp. 298-310, 1972.

LUKES, S. **Power: A Radical View**, Second Edition. Palgrave Macmillan, 1974.

LYNN, L. E. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif.: Goodyear, 1980.

MARQUES, E. e FARIA, C. **A Política Pública como campo Multidisciplinar**. São Paulo, ED. UNESP, 2013.

MULLER, Pierre e JOBERT, Bruno. **L’État en action**. Politiques publiques e corporatismes., Paris, Presses Universitaires de France, 1987.

Fundação Oswaldo Cruz. Página da 13ª Conferência. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em: <[https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-](https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de)

saude#overlay-context=pt-br/linhadotempo\_conferenciasdesaude.> Acesso em:17 de fevereiro de 2021.

Página da 14ª Conferência. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#overlay-context=pt-br/linhadotempo\\_conferenciasdesaude](https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#overlay-context=pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude). > Acesso em:17 de fevereiro de 2021.

Pereira, J. R. **Gestão Social de Políticas Públicas**. 1º edição. Editora Universidade Federal de Lavras, 2011. 233p.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N. J.: Chatham House, 1986.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California, 1973.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1941. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1963. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso em: 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 6ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1977. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; >. Acesso 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso 07 de janeiro 2021

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2003. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2007. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) ; > Acesso 07 de janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2011. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) >; Acesso 07 de janeiro 2021.

SCHATTSCHEIDER, E. E. **The Semi-Sovereign people**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960.

SIMON, H. **Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting**, Nova York: Free Press, 1957.

TENÓRIO, F. G. A trajetória do Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS). *In*: SILVA JR, Jeová Torres; MÂISH, Rogério Teixeira; 2006.

TENÓRIO, F.G. et al. **Da redução sociológica à aplicação de critério para avaliação de processos decisórios participativos deliberativos em arranjos institucionais na esfera pública**. Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD. 6. Florianópolis,2010. Anais... **Florianópolis, maio 2010.** Disponível em:<<https://gestaosocial.paginas.ufsc.br/files/2011/06/IV-Encontro-de-Estudos-Organizacionais-da-ANPAD1.pdf>> Acesso em 01 junho, 2021

TENÓRIO, F.G. et al. **Critérios para a avaliação de processos decisórios participativos deliberativos na implementação de políticas públicas**. EnAPG-Encontro de Administração Pública e Governança/ANPAD. Salvador, nov. 2008. **Anais...** Salvador. 2008: Disponível em:<<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnAPG569.pdf>> Acesso em 01 junho,2021

TOOGE, R. **Governo autoriza mais 57 agrotóxicos; total de registros em 2019 chega a 382.** 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2019/10/03/governo-autoriza-mais-57-agrotoxicos-total-de-registros-em-2019-chega-a-382.ghtml>> Acesso em 15 de novembro de/2020.