

SÉRIE
Participação
Social &
Políticas
Públicas

SAÚDE É DEMOCRACIA: A VOZ DOS PARTICIPANTES DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE 2019

Alcindo Antônio Ferla
Francisca Rêgo Oliveira de Araújo
Frederico Viana Machado
Gabriel Calazans Baptista
Lisiane Boer Possa
Luciana Barcellos Teixeira
Tânia Aparecida de Araújo
Márcia Fernanda de Mélo Mendes

editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Alcindo Antônio Ferla
Francisca Rêgo Oliveira de Araújo
Frederico Viana Machado
Gabriel Calazans Baptista
Lisiane Boer Possa
Luciana Barcellos Teixeira
Tânia Aparecida de Araújo
Márcia Fernanda de Mélo Mendes

Série Participação Social e Políticas Públicas

SAÚDE É DEMOCRACIA:

A VOZ DOS PARTICIPANTES DA

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE 2019

1ª Edição

Porto Alegre

2024

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Carlos Alberto Severo García Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Revisão
Carla Cristina Dias Indalécio

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S255

Saúde é democracia: a voz dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019/ Alcindo Antônio Ferla; Francisca Rêgo Oliveira de Araújo; Frederico Viana Machado; Gabriel Calazans Baptista; Lisiane Boer Possa; Luciana Barcellos Teixeira; Tânia Aparecida de Araújo; Márcia Fernanda de Mélo Mendes – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

143 p. (Série Participação Social e Políticas Públicas, v. 21).

E-book: 5.60 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-147-2

DOI: 10.18310/9786554621472

1. Conselhos de Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto.

NLM WA 546

CDU 614.29

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Apresentação

É com grande satisfação que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) se une à publicação do livro “Saúde é Democracia: A Voz dos Participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019)”. Esta obra representa uma valiosa contribuição para a disseminação de conhecimentos relevantes sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde e seus participantes.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019, ocorreu em um contexto bastante delicado da política de saúde no Brasil, e foi um marco histórico para a participação social. Reunindo milhares de participantes, representantes de diferentes setores da sociedade, a conferência foi um espaço de debates, reflexões e proposições fundamentais para a consolidação de uma política pública de saúde que responda às demandas da população.

No âmbito dessa conferência, foi realizada uma pesquisa abrangente, que colheu dados preciosos sobre o perfil, as percepções, as opiniões e as expectativas dos participantes. Os resultados dessa pesquisa, apresentados neste livro, trazem um panorama do perfil dos atores que fazem o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e suas atuações, refletindo movimentos de protagonismo da população na defesa do direito à saúde. Mas cabe destacar que a proposta deste estudo é possibilitar que os dados que foram coletados estejam a disposição para que outros atores possam produzir conhecimento.

A pesquisa, que em parte é apresentada neste livro, é uma importante ferramenta para embasar decisões e orientar a atuação de gestores, profissionais de saúde e cidadãos comprometidos com a melhoria contínua do SUS. Ao promover o acesso à informação e o engajamento cidadão, fortalecemos o pilar fundamental da democracia na construção de uma saúde mais equitativa e justa para todos.

Agradecemos imensamente a todos os participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde por compartilharem seus conhecimentos, experiências

e anseios. Agradecemos também aos integrantes da equipe de pesquisa e aos autores deste livro por tornarem possível a amplificação dessas vozes, tornando-as um poderoso instrumento para o avanço da saúde no Brasil.

Reafirmamos, por fim, o compromisso do Conselho Nacional de Saúde em continuar promovendo a participação social como um valor central na construção do Sistema Único de Saúde, compreendendo que a construção de novos conhecimentos é parte integrante desta luta. Juntos, podemos transformar a saúde em uma realidade democrática, justa e acessível a todos os brasileiros.

Conselho Nacional de Saúde

Sumário

Introdução	11
O desenho metodológico da pesquisa	22
Etapa 1: Levantamentos iniciais.....	23
Etapa 2: Caracterização das Conferências Municipais e Estaduais.....	23
Etapa 3: Preparação da pesquisa na etapa nacional da conferência.....	24
Etapa 4: Análises preliminares	25
Etapa 5: Estudos integrados.....	25
Entrevistas em profundidade	26
Aspectos éticos:.....	30
As etapas municipais e estaduais da 16ª Conferência Nacional de Saúde	32
Perfil Socioeconômico e Profissional dos participantes	44
Escaridade	44
Renda média dos participantes.....	48
Vínculo de trabalho	49
Diversidade dos participantes: representatividade de diferentes segmentos na participação social em saúde	55
Sexo atribuído ao nascer e identidade de gênero	57
Idade dos participantes	64
Religião ou culto	67
A participação dos atores em grupos organizados	70
Já participou de outros conselhos?	73
Participação em partidos políticos	73

História da Participação na Saúde	79
É a primeira vez que participa de uma Conferência Nacional de Saúde?	79
Quantas conferências nacionais de saúde já participou	82
Quem participa pela primeira vez?	84
Participa atualmente do Conselho de Saúde?	86
Representação e atuação nos conselhos.....	89
Segmento de representação na 16ª Conferência Nacional de Saúde	90
Representa alguma entidade no conselho?.....	92
Qual a sua representação no Conselho que participa?	93
Já representou outros setores em Conselhos de Saúde?	96
Quais setores já representou em conselhos de saúde?	97
Concepções sobre participação em saúde (papel e importância dos espaços de participação)	99
É importante participar?.....	105
Como e o que as conferências influenciam?	108
Influência dos Conselhos de Saúde	115
Dinâmicas da participação	118
Os assuntos tratados no Conselho são facilmente compreendidos por todos os(as) Conselheiros(as)?	118
Quanto aos encaminhamentos que você considera corretos, qual sua opinião sobre a colaboração dos segmentos?	122
Considerações Finais	128
Referências	132
Apêndice 1 Questionário aplicado nos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde	137
Autoras/es	141

Introdução

Entre 4 e 7 de agosto de 2019, o Conselho Nacional de Saúde realizou em Brasília a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), chamada de 8ª + 8, em referência à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que foi o grande marco para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2009). O tema central da 16ª foi “Democracia e Saúde” e os eixos temáticos foram os mesmos da 8ª: saúde como direito, consolidação dos princípios do SUS e financiamento do SUS. A referência à 8ª Conferência não é casual, ela evoca o principal marco histórico para a fundação do Sistema Único de Saúde em um momento político conturbado no qual as políticas públicas, que já acumulavam alguns anos de sucateamento, eram confrontadas com o desafio de resistir aos maiores retrocessos desde a redemocratização. Como dito no Documento Orientador, “33 anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tem a centralidade de seus debates numa agenda muito próxima daquela de 1986” (Brasil, 2019, p. 2).

Além dos retrocessos, associados sobretudo à Emenda Constitucional nº 95, também conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, o grupo político que ocupava o executivo federal deixava cada vez mais explícita sua aversão à democracia e à participação social. Lima e colaboradores (2019) destacam ainda os retrocessos nas normas de segurança nos ambientes de trabalho e legislação referente a acidentes de trabalho e doenças profissionais; ataques ao Estatuto da Criança e do Adolescente; restrições ao amplo acesso à educação e informação e a fragilização das políticas voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos; reiteradas ameaças ao estatuto do desarmamento; aumento dos benefícios fiscais para a indústria de refrigerantes; ataque à educação pública e a ameaça à ciência nacional com o drástico contingenciamento do orçamento setorial; liberação sem critério de agrotóxicos e pesticidas e as ameaças à saúde, ao meio ambiente e à

sustentabilidade; política de drogas, que possibilitava a internação involuntária de usuários, priorizava as comunidades terapêuticas e a abstinência como objetivo do tratamento da dependência, ao invés das políticas voltadas ao tratamento de saúde de usuários, focadas na redução de danos; proposta do Ministério da Justiça para redução do preço do cigarro que fragilizava a exitosa política de prevenção e controle do tabaco.

Com as etapas iniciais da 16ª Conferência Nacional de Saúde já acontecendo, surge o decreto 9.759, de 11 de abril de 2019, que estabelecia a extinção de centenas de conselhos previstos pela Política Nacional de Participação Social (PNPS) e pelo Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Neste contexto, a realização da 16ª só foi possível com muita luta e determinação do Conselho Nacional de Saúde, que precisou enfrentar obstáculos e desafios para mobilizar os diversos segmentos da sociedade, promover a participação efetiva dos cidadãos, garantir recursos financeiros, estruturar a logística do evento e assegurar a representatividade e legitimidade das discussões realizadas. A atuação incansável do Conselho Nacional de Saúde foi fundamental para realizar um evento de grande relevância para o fortalecimento do SUS, e fomentar a participação democrática no campo da saúde, contando, obviamente, com o engajamento de vários segmentos sociais nesta luta.

Apesar dos reveses políticos e orçamentários, a 16ª talvez tenha sido até então o maior evento de participação e controle social do país, com mais de 5 mil participantes na etapa nacional, mas com a mobilização prévia de um número muito superior a este em encontros municipais e estaduais em pelo menos 83% dos municípios brasileiros. Além dos mais de três mil delegados, também foram credenciados convidados, participantes de conferências livres e atividades autogestionadas, entre outras formas de participação. Apenas as Conferências Estaduais envolveram diretamente aproximadamente 23 mil participantes. Apesar de suas grandes proporções numéricas, a etapa nacional é apenas a ponta de um *iceberg*, que culmina de um processo derivado de mais de três mil conferências preparatórias, em todos os estados brasileiros, e prossegue reverberando em ações diversas. Naquele ano, uma atenção

especial foi dada às conferências temáticas, que trataram de temas como Saúde Indígena, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Recursos Humanos da Saúde/Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Saúde Bucal, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Saúde das Mulheres, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Saúde Ambiental. Esta diversificação expressa o contínuo processo de especialização e complexificação do SUS, mas também os esforços para ampliar a mobilização social em torno da saúde.

No contexto desses debates e da conjuntura política e social que acompanharam o processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde, considerou-se oportuno investigar e analisar a participação e as inovações que se produzem no campo da saúde, das políticas públicas e da democracia. Em parte, esse processo de investigação e documentação se constituiu em demanda do Conselho Nacional de Saúde e da organização da Conferência. A Comissão de Relatoria da 16ª Conferência Nacional de Saúde desenvolveu um debate sobre a natureza do Relatório Final e sua relevância, como síntese do processo participativo e das atividades que a compõem, e como registro histórico da Conferência e do contexto em que foi desenvolvida. Isto mobilizou o desencadeamento de uma pesquisa em uma rede ampliada de pesquisa, acompanhada pela relatoria.

Assim, foi elaborado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde o projeto de pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, também aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o Protocolo nº 14851419.0.0000.0008. A pesquisa teve o objetivo de analisar a participação social no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde em dimensões que permitissem sistematizar evidências da relevância e da abrangência do processo participativo nas etapas e atividades que a compõem.

A preparação da conferência envolveu uma diversidade de atividades, para fomentar a atualização dos temas que deveriam compor a agenda do SUS dos anos seguintes, para mobilizar o controle social para a defesa do SUS e da democracia e para incluir novos olhares e grupos no processo participativo. O

Conselho Nacional de Saúde (CNS) desencadeou então diferentes iniciativas para fortalecer e renovar a participação social em saúde e políticas públicas. Para o CNS, seria necessário mobilizar “atores dos diferentes segmentos sociais em torno de debates fundamentais na defesa da democracia brasileira, do estado de bem-estar social, da saúde como direito humano, e do SUS como política pública brasileira” (2018, p. 3). O alargamento de iniciativas gerou, além de efeitos na participação propriamente dita, também um grande acervo de registros e documentos que contam a história da participação social na saúde e dos modos como os processos participativos têm trilhado caminhos no tempo em que vivemos.

No período que vai de 2017 até a etapa nacional da 16ª CNS, foram realizadas diversas modalidades de atividades formativas preparatórias: Semana da Saúde 2018, Fórum Social Mundial, atividades específicas no 13º Congresso Internacional da Rede Unida e no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO), a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, atividades no Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2018 e Plenárias Populares. Além disso, o Conselho Nacional de Saúde promoveu: o Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica; a 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde; o 1º Seminário de Saúde Mental; o 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; o Seminário Nacional da Pessoa com Deficiência “Garantia da Assistência Integrada”; Oficinas sobre o financiamento em parceria com a CGU; o 5º Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP). Para a etapa nacional da 16ª CNS, foram realizadas etapas municipal e estadual, além de Conferências Livres. No período da Conferência, a programação incluiu atividades autogestionadas, mesas de debates e grupos de trabalho.

Assim, o processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde demonstrou um grande potencial de estudo sobre a participação social na saúde nos tempos atuais, tanto em termos de ideias como de diversidade, formas de organização e motivação dos participantes, além da necessidade de registro de questões que transcendem ao conteúdo das deliberações. Mais do que esse registro,

a conferência permite análises que identificam características dos processos de participação em tempos em que a democracia segue alvo de movimentos políticos que buscam sequestrar e privatizar os sentidos construídos ao longo dos anos e registrados na Constituição Federal. Considerando-se essa conjuntura política, o processo da 16ª CNS foi um marco na participação social na saúde e, também, um privilegiado campo empírico para compreender o modo como se dá a participação e o controle social em contextos de fortes disputas pelo conceito de democracia.

Na etapa nacional, a equipe de pesquisa foi composta por 130 pesquisadores, sendo 17 pesquisadores líderes e 113 pesquisadores de campo, das mais diversas localidades no Brasil e trabalhando de forma totalmente voluntária. Para os pesquisadores de campo foi realizada uma chamada pública, com 190 inscritos, em que foram selecionados 80 titulares e 20 suplentes, a partir da análise das manifestações de interesse apresentadas. Também foi realizada uma segunda chamada, dirigida aos programas de residência da Fiocruz Brasília. A preparação para o trabalho de campo foi feita no dia 04 de agosto e consistiu numa breve apresentação dos aspectos históricos e conceituais do Sistema Único de Saúde e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, da organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde e dos instrumentos de pesquisa que foram aplicados na etapa nacional.

Neste livro, trataremos de apresentar e discutir dados e relatos das atividades da etapa nacional, caracterizando os participantes do evento, em relação ao perfil socioeconômico e político, e as motivações para a participação. Fazem parte desta caracterização a exploração de opiniões dos atores sobre a participação social e a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Buscou-se compreender a dinâmica de participação nas diferentes regiões do Brasil, a formação das agendas e a mobilização dos atores na 16ª CNS e em outras experiências de participação social. Os esforços e recursos mobilizados por esta pesquisa pretende contribuir para o fortalecimento de uma agenda de estudos e análises sobre a temática da participação social em saúde e sua interface com o ensino da saúde. Os dados da etapa nacional foram coletados

por meio da aplicação de um questionário e de entrevistas em profundidade, além da análise de bancos de dados de inscrição. Os dados das etapas municipal e estadual foram obtidos diretamente com os Conselhos Estaduais de Saúde e das Comissões Organizadoras das Conferências Estaduais de Saúde.

As conferências nacionais são realizadas no Brasil desde 1941, quando foi debatido o tema “Situação Sanitária e Assistência Social dos Estados” (Brasil, 2011). As Conferências de Saúde são, desde então, as que foram realizadas um maior número de vezes e com mais regularidade. Como são regulamentadas por lei, diferentemente da grande maioria das conferências nacionais, conseguem impactar diretamente as políticas públicas de saúde. A título de exemplo, ações políticas de grandes proporções como a criação do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde foram deliberadas pelas Conferências Nacionais de Saúde (Rosário et al., 2020; Ricardi et al., 2017; Silva, 2010).

Seguindo o padrão de valorização e ampliação dos conselhos, o Governo Lula iniciado em 2003, investiu na realização de conferências nacionais sobre diversos temas novos, aumentou o número de participantes, a abrangência geográfica e a legitimidade dada às mesmas. Para que tenhamos uma ideia da ampliação e o fortalecimento das conferências durante o governo Lula, é interessante compararmos com os dados de períodos anteriores. Deste modo, entre 1988 e 2002, Silva (2010) aponta que:

Foram realizados 18 encontros nacionais, distribuídos em cinco temas: assistência social, direitos humanos, direitos da criança e do adolescente, saúde e segurança alimentar e nutricional. Com a eleição do presidente Lula, em 2003, estes espaços ganharam maior centralidade política, constituindo-se como um dos principais ambientes de diálogo entre o governo e a sociedade civil. (p.35). Entre 2003 e 2010 foram realizadas 74 conferências nacionais sobre 40 temas diferentes que, segundo dados oficiais, “mobilizaram diretamente mais de cinco milhões de pessoas, em cerca de cinco mil municípios brasileiros” (Brasil, 2011, p. 38).

Além do aumento numérico, as Conferências Nacionais assumiram um modelo participativo que combina intensamente a democracia participativa com a representativa (Brasil, 2011; Pogrebinski, 2010). O formato inovador proposto a partir de 2003 é composto por três etapas: se inicia com conferências municipais que encaminham delegados e diretrizes para os encontros estaduais que, por sua vez, encaminham delegados e diretrizes para as conferências nacionais. Este ponto é importante, pois define o caráter intergovernamental das conferências, superando parte de um problema tradicional das políticas participativas, o problema das escalas (Duque-Brasil, 2011). Também foram realizadas as chamadas conferências livres, muito valorizadas pela juventude, e as conferências virtuais, o que denota alguma flexibilidade e uso de tecnologias na organização destes eventos.

A eleição dos delegados e a definição das diretrizes encaminhadas obedecem a critérios previamente estabelecidos e que variam de conferência para conferência, mas também são votados pelos participantes das conferências que antecederam a etapa nacional. Neste sentido, os delegados que chegam até as etapas nacionais são representantes de um conjunto mais amplo de pessoas, movimentos organizados e demandas.

Sendo conferências abertas à participação de qualquer pessoa, mas com ênfase em militantes de grupos minimamente organizados, ativistas, lideranças, pesquisadores e formadores de opinião, os eventos mobilizam um grande número de pessoas e grupos interessados em debater temas específicos ou inserir suas especificidades em agendas políticas determinadas. Neste sentido, as Conferências Nacionais mobilizam um público selecionado, de pessoas envolvidas com a vida pública e os problemas sociais em uma diversidade de temas, espaços e regiões.

Uma das principais inovações que denotam mudanças qualitativas na realização das conferências nacionais nos últimos anos foi a diversificação das conferências de “minorias”, que adquirem um lugar de destaque neste arranjo participativo. Com exceção da Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que é realizada desde 1997, todas as oito novas conferências de minorias foram inauguradas durante os mandatos do Governo Lula e

constituem uma parcela significativa das conferências realizadas durante os governos petistas (Pogrebinschi, 2010). Além disto, as chamadas “minorias” também se fazem representar em outras conferências, com destaque nas Conferências Nacionais de Direitos Humanos.

Pogrebinschi (2010) em uma avaliação bastante otimista com relação ao impacto das conferências na atividade dos poderes executivo e legislativo nacionais, argumenta que “as conferências nacionais têm, assim, a vocação de fazer da participação representação” (p. 2). Segundo a autora, a participação favorece a representação de grupos minoritários e demandas concretas da população nos poderes legislativo e executivo, desafiando três mitos que habitam o universo da democracia: 1) a participação só é possível ao nível local; 2) participação e representação são antagônicas, incompatíveis ou concorrentes entre si; e 3) a representação só se faz individualmente por meio do voto, *lobbies* ou através da formação de grupos de interesse.

As conferências nacionais são, em sua maioria, convocadas por decretos do poder executivo e se relacionam diretamente com setores específicos do governo. Como relatamos acerca das Conferências de Saúde e a criação do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde, as conferências se relacionam com as estruturas de estado, ministérios, secretarias, conselhos e comissões específicas, seja pautando novas políticas, projetos e criação de novos departamentos, seja sendo por estes organizadas e avaliadas.

No caso da saúde as conferências, municipais, estaduais e nacional, são organizadas pelos respectivos conselhos, por isso essa pesquisa buscou levantar e analisar alguns dados sobre a participação dos conselhos de saúde e sobre a percepção que os participantes têm acerca de sua atuação e funcionamento. Os Conselhos são, sem sombra de dúvidas, o arranjo participativo mais disseminado nas diversas instâncias governamentais. Cada vez mais surgem conselhos para debater políticas públicas setoriais e temas políticos específicos. Para que tenhamos uma dimensão de seu crescimento numérico, surgidos com a Constituição de 1988, em 1999 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) “contabilizou a existência de 23.987 Conselhos, de caráter

deliberativo e consultivo, dentre eles, 40 Conselhos Nacionais” (Silva, 2010, p. 49). Destes, os conselhos de saúde são os mais frequentes, estando presentes na grande maioria dos municípios brasileiros.

A criação destes conselhos muitas vezes coincide com a gestão de partidos de esquerda, já que a proposta dos grupos políticos governantes é um aspecto determinante para sua implantação e, acima de tudo, em seu poder de influenciar os rumos da gestão pública (Avritzer, 2004; Manzini-Covré, 2001). Além disto, a composição dos conselhos é um aspecto importante de seu alcance participativo e de seu funcionamento, o que não se dá apenas em função da mobilização social, já que a indicação de um representante para participar de um conselho depende de sua localização nas redes de influência e dos interesses dos atores envolvidos.

A maioria dos conselhos possui apenas caráter consultivo e/ou propositivo, poucos conselhos têm caráter deliberativo como é o caso da saúde. Um papel atribuído aos conselhos é o de monitoramento e avaliação das políticas públicas relacionadas ao seu setor de abrangência, “a atuação destes Conselhos é fundamental para o aperfeiçoamento da democracia, bem como para a transparência e efetividade da ação governamental” (Brasil, 2011, p. 7). Mas em que medida os conselhos podem também ser “monitorados” pelos atores coletivos e indivíduos que não participam diretamente? Qual o acesso e a transparência das ações destes dispositivos de participação?

No âmbito nacional, durante o governo Lula, iniciado em 2003, foram criados 18 novos conselhos e 15 foram reformulados (Brasil, 2010). Em 2007, 64 Conselhos Nacionais estavam ativos (Teixeira, 2007). Em comparação com o período anterior ao Governo Lula, notam-se mudanças na composição, orçamento, funções e legitimidade destes espaços, bem como no teor das discussões sobre políticas públicas. O discurso governamental traduz este investimento da seguinte forma: “o compromisso do Governo Federal com a participação qualificada da sociedade civil materializou-se em medidas como a valorização, a ampliação, dinamização e a consolidação da rede de conselhos nacionais de políticas públicas” (Brasil, 2011, p. 25).

O governo buscou ampliar a visibilidade dos Conselhos Nacionais e incentivar as articulações junto aos conselhos municipais e estaduais. Os conselhos também enviam representantes para reuniões intersetoriais e se manifestam acerca de temas, através de moções e cartas públicas, o que aponta sua importância estratégica no acesso e influência nas dinâmicas políticas do Estado (Pogrebinski, 2010). Apesar das reservas acerca dos impactos que os Conselhos são capazes de produzir, o que podemos constatar em referências especializadas sobre o tema (Silva, 2010; Freitas, 2007; Teixeira, 2007), é que há ênfase da importância dos conselhos no discurso governamental:

Aos Conselhos Nacionais, espaços institucionais de interlocução do Estado com a sociedade, foi conferido um caráter ainda mais relevante e estratégico. Participam ativamente dos Conselhos representantes governamentais e da sociedade civil que durante suas reuniões opinam sobre as políticas públicas. Muitas propostas dos Conselhos transformaram-se em projetos de leis – já aprovados ou em tramitação no Congresso Nacional. Outras foram imediatamente acolhidas pelo Executivo, por meio de Decretos ou Portarias (Brasil, 2010, p. 06).

A participação é apontada como um elemento importante da eficácia das políticas públicas nas quais a sociedade civil está envolvida (Rosário et al., 2020). Os diferentes conselhos variam em suas atribuições e composições, o que determina seu poder de impacto, as disputas que o atravessam, seus recursos institucionais, o orçamento destinado a ele, sua influência intersetorial etc. (Saliba et al., 2009). Conselhos mais tradicionais como os de Educação, Assistência Social, Trabalho e Saúde, dentre outros, tem um teor deliberativo mais definido, em contraposição, por exemplo, ao Conselho Nacional da Juventude e o Conselho para Promoção e Defesa dos Direitos de LGBT, que são prioritariamente consultivos e de monitoramento das políticas públicas (Machado, 2013).

Um aspecto importante para a compreensão dos conselhos diz respeito à sua composição. No documento Brasil (2011), encontramos a seguinte descrição: “compostos por representantes de organizações sociais e

do Poder Público, os conselhos garantem a participação da sociedade civil na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas” (p. 25). A participação entre representantes da sociedade civil e do poder público varia de conselho para conselho, refletindo a complexidade da temática, a dotação orçamentária e em que medida o arranjo aposta na capacidade organizativa, na “qualificação” dos representantes da sociedade civil e no “acúmulo” alcançado pelos movimentos organizados acerca do tema. A origem dos representantes da sociedade civil também deve ser levada em conta, pois isto influencia a qualidade da representação e os interesses em disputa, entretanto, estas diferenças são apresentadas e compreendidas de forma homogênea nos materiais analisados.

Os conselhos funcionam através de “reuniões periódicas e pautas definidas”, nas quais “debatem temas relacionados às políticas e propiciam o acompanhamento e a fiscalização da gestão pública” (Brasil, 2011, p. 25). A definição de pautas e reuniões é estabelecida em conjunto com representantes do governo, que também influenciam paritariamente as tarefas de monitoramento das políticas públicas, muitas vezes executadas por eles.

Nesta pesquisa, além de conhecer o perfil dos participantes da conferência, buscamos avaliar suas concepções sobre as práticas participativas e sua atuação nos conselhos e demais espaços da política. A análise da importância dada aos conselhos e conferências durante os governos petistas, apresentada acima, nos parece pertinente para compreender a conjuntura política enfrentada pelo controle social no ano de 2019 e que se refletiu nas respostas e atitudes dos informantes da pesquisa.

O desenho metodológico da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa sobre os processos participativos que envolvem a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde. De uma parte, inspira-se na abordagem da implementação de políticas públicas, considerando que os processos participativos em saúde, por meio de conselhos e conferências de saúde, são etapas necessárias na formulação e no acompanhamento delas. Por outro lado, trata-se de pesquisa social, que busca investigar o fenômeno da participação social em saúde e políticas públicas no contexto brasileiro atual.

Minayo (2006) conceitua a pesquisa social como “os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (p. 47). Para a autora, a especificidade das pesquisas sociais diz respeito ao fato de que seu objeto de investigação sempre é histórico e social; ao reconhecimento de que a sociedade e os indivíduos têm consciência histórica, ou seja, “não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e a sociedade como um todo dão significado e intencionalidade e interpretam as suas ações e construções” (p. 40); que há identidade entre o sujeito e o objeto da investigação, que no caso do projeto ora descrito é a participação social em saúde; que a pesquisa é intrinsecamente e extrinsecamente ideológica e, portanto, a investigação é mediada por relações intersubjetivas e por interesses diversos; e que a lógica predominante da pesquisa social é qualitativa, na medida em que a “realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela” (p. 42) e, assim, a realidade “é mais rica que qualquer teoria, que qualquer pensamento e qualquer discurso político ou teórico que tente explicá-la” (p. 42).

A abordagem da complexidade da pesquisa social, em particular com a temática da participação social envolvendo a diversidade de atores que uma Conferência Nacional de Saúde envolve, configurou a escolha de produção em rede científica e

a articulação das ações por meio do Conselho Nacional de Saúde. Compreende-se que a diversidade de olhares sobre o contexto analisado permitirá uma abrangência de análise, uma densidade interpretativa e uma produção construtiva do fenômeno da participação social na 16ª CNS com capacidade para fortalecer o conhecimento disponível sobre a temática e subsidiar a tomada de decisões.

Como sugere Minayo (2006), apresentar a metodologia de uma pesquisa significa um exercício epistemológico e operacional ao mesmo tempo. Para a autora, a metodologia, de forma abrangente e concomitante, é a discussão epistemológica sobre o caminho do pensamento que o objeto requer, a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados na investigação e a criatividade do pesquisador, que é a forma específica de articular teoria, métodos e achados. Sendo assim, o “caminho da pesquisa” será apresentado em etapas, articulando-se na linha de tempo os procedimentos da pesquisa.

Etapa 1: Levantamentos iniciais

Inicialmente, a partir da deliberação do CNS que aprovou o mérito da pesquisa, foi formada uma rede científica de pesquisadores, em diferentes localidades e com diferentes inserções institucionais para a realização das primeiras atividades, de amadurecimento dos objetivos, e para o desenvolvimento do projeto ao longo dos meses. A rede científica foi coordenada pelo Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, indicado pela Comissão de Relatoria, e composto inicialmente pelos demais membros interessados da Comissão, além de pesquisadores escolhidos por proximidade com a temática em diferentes regiões do Brasil. A escolha e articulação dos pesquisadores foi feita de forma a facilitar a coleta de dados necessários da fase preparatória ao Relatório Final (inventário de atividades realizadas e caracterização dos participantes), à incorporação de perspectivas regionais e à análise interdisciplinar necessária ao projeto, pela natureza do mesmo.

Etapa 2: Caracterização das Conferências Municipais e Estaduais

Após a etapa inicial, foram desenvolvidas estratégias de curto prazo para a caracterização das Conferências Municipais, Regionais e Estaduais

quanto ao perfil de participantes e à dinâmica de atores. Formulários de coleta desses dados foram elaborados e distribuídos, em formato eletrônico, aos Relatores das Conferências Estaduais e a outros atores estratégicos. A Secretaria Executiva da Comissão de Relatoria apoiou a distribuição e mobilização das respostas, bem como os pesquisadores regionais. As diferentes Comissões do Conselho Nacional de Saúde auxiliaram na coleta de documentos de circulação pública sobre as diferentes atividades realizadas, seja nas redes sociais, seja nos contatos com as comissões de relatoria municipais e estaduais.

Etapa 3: Preparação da pesquisa na etapa nacional da conferência

Para a etapa nacional, foram elaborados instrumentos de coleta de dados para serem aplicados durante os dias da conferência, de forma presencial. Os instrumentos elaborados foram: a) questionário (Apêndice 1); b) roteiro de entrevista para os delegados e participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde; c) roteiro de observação e registro das atividades, com indicação de critérios de observação e escrita etnográfica para as mesas, atividades autogestionárias, grupos de trabalho e demais atividades da etapa nacional. Estes instrumentos foram validados por meio de técnicas de análise de especialistas previamente à sua utilização, e foram pré- testados em pessoas com diferentes perfis, e que estivessem engajadas em movimentos sociais, visando assim garantir sua operacionalidade. Neste livro privilegiamos os dados produzidos pelo questionário, embora pontualmente incluimos elementos qualitativos para ilustrar questões específicas.

Foi feito um edital para selecionar estudantes e pesquisadores que atuaram enquanto voluntários durante a etapa de coleta de dados na Conferência Nacional. A chamada teve ampla divulgação, contando com mais de 300 inscrições, contemplando todas as regiões do país, dos quais foram selecionados 100 titulares e 50 suplentes. Estes voluntários foram sensibilizados e preparados para o registro e para o desenvolvimento da pesquisa, tendo sua atividade certificada pela Comissão de Relatoria. A atuação destes pesquisadores, apelidados de “verdinhos” e “verdinhas”, devido a camiseta de cor verde utilizada

na Conferência, foi fundamental para a realização desta etapa. As atividades extracurriculares de pesquisa têm reconhecimento na formação profissional como atividades complementares e a experiência adquirida com a realização de pesquisa sobre a participação social em saúde e agregação conhecimento e capacidades profissionais mais próximas ao trabalho no SUS.

O resultado desta etapa é uma coleção de diferentes dados de pesquisa que estão disponíveis para análises em profundidade pelos pesquisadores da equipe e por outros pesquisadores interessados, que devem solicitar acesso ao material junto ao Conselho Nacional de Saúde.

Etapa 4: Análises preliminares

A segunda etapa consistiu na análise preliminar dos dados coletados e o aprofundamento da coleta de dados, principalmente de documentos, imagens, vídeos e depoimentos nas redes sociais e por contato direto com os participantes das conferências.

A primeira camada de sistematização utilizou a análise temática dos questionários, com produção de categorias teóricas e empíricas, inspirada na produção prévia de Cortes (2006; 2009a; 2009b) e Avritzer (2004), além das orientações metodológicas de triangulação de métodos (Minayo, 2006). Os primeiros resultados desta etapa foram publicados por Ferla et al. (2022b) e estão mais extensamente apresentados neste livro. As demais análises dos dados coletados estão sendo aprofundadas na Etapa 4 e seguirão recebendo contribuições na medida do interesse e disponibilidade dos pesquisadores.

Etapa 5: Estudos integrados

Após a publicação dos resultados deste livro, o banco de dados produzido ficará disponível para consulta e utilização de pesquisadores interessados. Nossa equipe ainda pretende utilizar os dados relativos às entrevistas em profundidade e aos relatos das atividades, com análise dos dados qualitativos. A escrita de artigos com cruzamento de variáveis e tratamento de questões teóricas específicas também está na agenda, aguardando disponibilidade. Além disto, temos a pretensão de que

esses resultados sejam comparados com aqueles resultantes da pesquisa da 17ª Conferência Nacional a partir de estudos integrados, recuperando documentos e registros das diferentes atividades da 16ª e da 17ª Conferência Nacional de Saúde, para compreender a dinâmica dos atores, as ideias e os mecanismos participativos, tendo em vista os diferentes cenários políticos destas duas conferências.

Entrevistas em profundidade

Como mencionado acima, a pesquisa realizou entrevistas em profundidade e o registro de observações de campo durante a etapa nacional. Estes procedimentos são uma forma de considerar a importância dos aspectos subjetivos e singulares para a análise dos fenômenos coletivos, dando voz aos sujeitos participantes. As ferramentas metodológicas partiram do princípio de que compreender os fenômenos políticos pela perspectiva dos sujeitos implica em considerar a posição social e política dos falantes e a construção dos discursos no momento da interação. Neste sentido, a pesquisa também foi uma intervenção que alterou a paisagem da 16ª Conferência Nacional, produzindo um espaço aberto para a fala dos sujeitos, construída em movimentos reflexivos.

Os registros observacionais buscaram captar os aspectos dinâmicos das interações sociais que ocorreram nas diversas atividades da Conferência. O roteiro de observação orientava os membros da equipe a mapearem os temas, os atores e os principais pontos de tensão discutidos nos Grupos de Trabalho e Atividade Autogestionadas, bem como o registro das situações inusitadas e dos sentimentos despertados nos participantes e nos pesquisadores.

As entrevistas semiestruturadas tiveram como objetivo registrar a diversidade dos discursos dos participantes da conferência e, para tal, estimamos uma amostra inicial de 6 entrevistas por Unidade Federativa, sendo preferencialmente 2 gestores, 2 trabalhadores e 2 usuários. A amostra estimada foi parcialmente cumprida, consideramos os números mais que satisfatórios para atender aos objetivos dessa fase qualitativa da pesquisa, uma vez que notamos a saturação dos resultados.

Tabela 1. Distribuição das entrevistas por categoria de representação e Unidade da Federação, Etapa Nacional da 16ª CNS, 2019.

UF \ Categoria	Gestor	Trabalhador	Usuário	Total
Acre	1	1	2	4
Alagoas	1	0	3	4
Amazonas	1	1	4	6
Amapá	2	2	5	9
Bahia	1	2	3	6
Ceará	1	2	3	6
Distrito Federal	0	1	1	2
Espírito Santo	2	0	2	4
Goiás	1	2	2	5
Maranhão	0	1	1	2
Minas Gerais	1	3	4	8
Mato Grosso do Sul	1	2	1	4
Mato Grosso	4	1	5	10
Pará	1	1	1	3
Paraíba	1	1	1	3
Pernambuco	2	2	4	8
Piauí	1	1	0	2
Paraná	1	1	1	3
Rio de Janeiro	2	2	1	5
Rio Grande do Norte	1	1	6	8
Rondônia	1	1	1	3
Roraima	0	3	1	4
Rio Grande do Sul	2	2	2	6
Santa Catarina	1	3	2	6
Sergipe	1	3	1	5
São Paulo	1	3	4	8
Tocantins	3	3	2	8
Convidados	0	0	0	5
TOTAL:				147

Fonte: dados da pesquisa.

Foram realizadas e recuperadas 147 entrevistas, divididas entre usuários, trabalhadores e gestores, que cobriram rigorosamente as 27 Unidades

Federativas do Brasil, distribuídas conforme a Tabela 01. Os homens estão mais representados (91, 62%) que as mulheres (56, 38%) entre os entrevistados.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das entrevistas que foram realizadas pelos pesquisadores, orientadas por um roteiro que buscava investigar a percepção dos participantes sobre a Conferência e sobre a participação social, suas motivações para participar, opiniões sobre os conselhos e conferências de saúde, sobre os movimentos sociais, suas pautas e estratégias de luta, entre outras questões. Uma vez que o roteiro de entrevista e o questionário foram elaborados de forma articulada, estes dados nos permitirão qualificar alguns números produzidos pela pesquisa, aprofundando a compreensão sobre o tema investigado.

A análise sistemática deste material será realizada considerando à análise comparada dos dados encontrados na 16ª e 17ª Conferência. Entretanto, podemos afirmar que estes dados ganharão importância ao longo do tempo, pois, abertos à hermenêutica do futuro, oferecem um retrato dos sujeitos que participaram das Conferência, expressando a diversidade dos afetos, das demandas, das pautas e perspectivas políticas que alicerçam o exercício do controle social no Brasil. O mais importante, é que estes registros não se limitaram às lideranças e autoridades de maior visibilidade, mas captaram a diversidade e a pluralidade dos sujeitos que são a raiz desta árvore, o controle social, e que muitas vezes tem sua existência ignorada.

Durante a fase de campo da pesquisa realizada na etapa nacional da 16ª CNS, alguns pesquisadores sentiram a necessidade de colocar em palavras a riqueza daquela experiência e naturalmente foram lançados textos e poesias que contribuíram para fortalecer o espírito de equipe e afinar nossa sensibilidade na construção das informações da pesquisa. Estas narrativas geraram uma chamada de textos, em parceria com a Editora Rede Unida, que foi publicada em livro (Ferla et al., 2022). Importante registrar que as entrevistas foram realizadas com a Conferência em andamento, a partir do terceiro dia, e permitem captar também o efeito

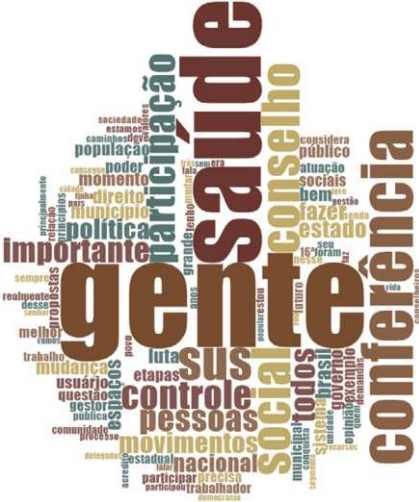
que ela foi produzindo entre os participantes. As nuvens de palavras que estão representadas nas Figuras 1 e 2 representam a frequência com que algumas expressões foram utilizadas pelos participantes nas entrevistas, amalgamando uma conexão forte entre a saúde, o SUS, a participação social e a saúde de pessoas e coletividades.

Figura 1. Nuvem de palavras geral do banco de dados qualitativo.



Fonte: imagem produzida a partir do conteúdo das entrevistas.

Figura 2. Nuvem de palavras geral do banco de dados qualitativo.



Fonte: imagem produzida a partir do conteúdo das entrevistas.

Aspectos éticos:

Por se tratar de pesquisa social, com ênfase nas Ciências Humanas e Sociais, “cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana”, conforme registra textualmente a Resolução CNS/ CONEP nº 510, de 07 de abril de 2016, o projeto obedece às condições previstas na mesma.

As técnicas de coleta de dados utilizadas na pesquisa ofereciam riscos leves aos participantes, relativos ao eventual desconforto de responder as perguntas sobre a dinâmica da participação social na Conferência, particularmente quando a formulação da resposta envolvia a memória de conflitos ou tensões vividas no processo de participação ou a interação com outros participantes.

Antes das entrevistas, grupos focais ou atividades observadas e registradas, aos participantes foram apresentados aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido pelos pesquisadores e, após os esclarecimentos que os participantes solicitavam, foi firmado individualmente, em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador. Destaca-se que foi explicitado aos participantes que, diante da existência de qualquer negativa, o procedimento de coleta de dados para a pesquisa seria interrompido. Igualmente, mediante desistência posterior ao início da pesquisa. Nesse sentido, é importante registrar que a equipe recebeu apenas um pedido de retirada da participação, que ocorreu logo após a aplicação do questionário sobre o perfil sociodemográfico.

O TCLE registrou textualmente que os direitos dos participantes: I - ser informado sobre a pesquisa; II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; III - ter sua privacidade respeitada; IV - ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V - saber que não serão divulgadas informações sobre sua identidade e que

os dados não identificados serão utilizados para o objetivo da pesquisa e que serão divulgados em atividades científicas e de fortalecimento do controle social; VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; VII – que não haverá qualquer despesa decorrente de sua participação na pesquisa, sendo de seu direito a indenização por eventuais despesas não previstas; VIII – que na eventualidade de desconfortos com a pesquisa, seu atendimento será assegurado pelo serviço de saúde de referência, sob responsabilidade dos pesquisadores.

As etapas municipais e estaduais da 16ª Conferência Nacional de Saúde

A etapa municipal da 16ª CNS teve grande adesão, com a realização de conferências em 4.612 (83%) dos municípios brasileiros, sendo que em alguns foram realizadas também conferências distritais. A Tabela 2 apresenta o número de conferências municipais realizadas em cada Unidade da Federação. Nos Estados do Ceará, Espírito Santo, Pernambuco, São Paulo, Sergipe e no Distrito Federal foram realizadas também conferências regionais.

Na distribuição por região o número de municípios que realizaram conferências é a seguinte: 448 municípios na Região Centro-Oeste (95,93% do total de municípios), 1661 municípios na Região Nordeste (92,59%), 1066 municípios na Região Sul (89,50%), 389 municípios na Região Norte (86,44%) e 1048 municípios na Região Sudeste (62,835). Considerando o total de municípios mobilizados para a etapa municipal da 16ª CNS, as Regiões Nordeste (36%) e Sul (23,1%) somaram quase 60% dos mesmos. São Paulo foi o estado com a menor proporção de municípios (53,2%), seguido pelo Pará (60,42%) e por Minas Gerais (63,89%). Entretanto, nota-se que nenhum Estado apresentou menos do que a metade de seus municípios realizando conferências municipais e a grande maioria aparece com mais de 90%.

Tabela 2. Distribuição de número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 16ª CNS, por UF, 2019.

ESTADO	REGIÃO	TOTAL MUNICÍPIOS	CONFERÊNCIAS REALIZADAS	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM CONFERÊNCIAS REALIZADAS
Acre	N	22	22	100,00
Alagoas	NE	102	101	99,02
Amapá	N	16	16	100,00
Amazonas	N	62	61	98,39
Bahia	NE	417	417	100,00
Ceará*	NE	184	177	96,20
Distrito Federal*	CO	1	1	100,00
Espírito Santo*	SE	78	77	98,72
Goiás	CO	246	231	93,90
Maranhão	NE	217	161	74,19
Mato Grosso	CO	141	137	97,16
Mato Grosso do Sul	CO	79	79	100,00
Minas Gerais	SE	853	545	63,89
Pará	N	144	87	60,42
Paraíba	NE	223	223	100,00
Paraná	S	399	371	92,98
Pernambuco*	NE	185	176	95,14
Piauí	NE	224	164	73,21
Rio de Janeiro	SE	92	84	91,30
Rio Grande do Norte	NE	167	167	100,00
Rio Grande do Sul	S	497	408	82,09
Rondônia	N	52	50	96,15
Roraima	N	15	14	93,33
Santa Catarina	S	295	287	97,29
São Paulo*	SE	645	342	53,02
Sergipe*	NE	75	75	100,00
Tocantins	N	139	139	100,00
TOTAL		5570	4612	82,80

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à etapa estadual, foram realizadas conferências em todas as Unidades da Federação, com ampla participação. A Tabela 3 apresenta o total de participantes em cada Conferência Estadual de Saúde. Somente considerando as Conferências Estaduais de Saúde, verificou-se a mobilização direta de aproximadamente 23 mil participantes.

Tabela 3. Distribuição de número total de participantes na Conferência Estadual de Saúde, por UF, conforme o número de habitantes, 2019.

ESTADO	REGIÃO	TOTAL PARTICIPANTES	TAXA/ 100.000 habitantes**
Acre	N	505	57,26
Alagoas	NE	550	16,48
Amapá	N	340	40,20
Amazonas	N	528	12,74
Bahia	NE	1583	10,64
Ceará*	NE	1000	10,95
Distrito Federal*	CO	478	15,85
Espírito Santo*	SE	392	9,75
Goiás	CO	294	4,19
Maranhão	NE	648	9,16
Mato Grosso	CO	740	21,24
Mato Grosso do Sul	CO	712	25,62
Minas Gerais	SE	524	2,48
Pará	N	1025	11,91
Paraíba	NE	471	11,72
Paraná	S	1211	10,59
Pernambuco*	NE	1393	14,58
Piauí	NE	965	29,48
Rio de Janeiro	SE	695	4,03
Rio Grande do Norte	NE	958	27,32
Rio Grande do Sul	S	3000	26,37
Rondônia	N	696	39,16
Roraima	N	150	24,76
Santa Catarina	S	1200	16,75
São Paulo*	SE	1080	2,35
Sergipe*	NE	869	37,80
Tocantins	N	832	52,90
TOTAL		22839	10,87

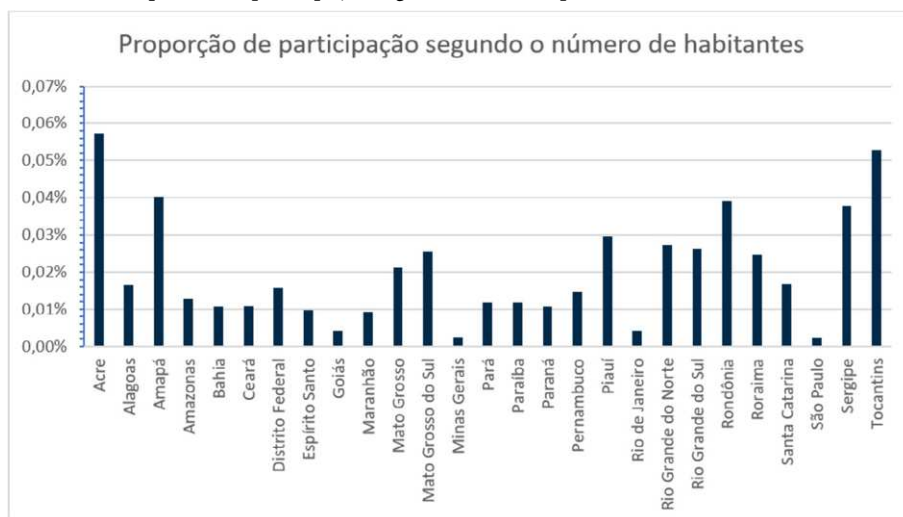
Fonte: Dados da pesquisa.

Obs.: *. Estados em que foram registradas também Conferências Regionais de Saúde, cujo total de participantes não está registrado na Tabela 1.

** Taxa de participação em relação ao número de habitantes, conforme estimativas populacionais do IBGE para 2019.

Se considerado o número de participantes das conferências estaduais relacionados aos habitantes dos estados percebe-se que do Acre (57,26 %) e do Tocantins (52,90%) apresentaram as maiores taxas o que significa que estes encontros tiveram uma representação significava da população. Já os estados de São Paulo (2,35%) de Minas Gerais (2,48%), do Rio de Janeiro (4,03%). O Gráfico 1 apresenta os dados acerca da proporção de participação na etapa estaduais da conferência de saúde considerando o total de habitantes do mesmo estado.

Gráfico 1. Frequência da participação segundo estado do país.

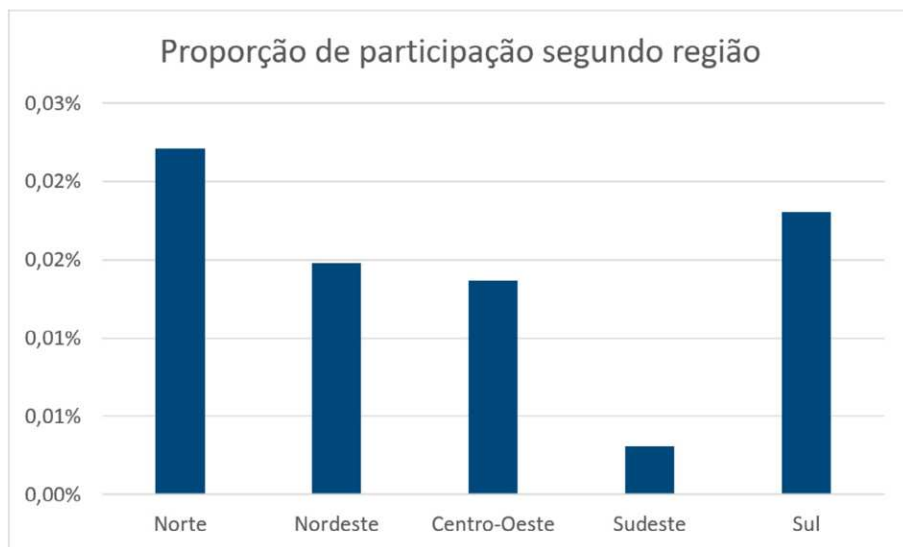


Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que os estados do Acre, Tocantins, Amapá, Rondônia e Sergipe tiveram número de participantes com melhor proporção em relação a população do estado. Os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Goiás a representatividade populacional foi menor. Chama atenção que os três estados mais populosos do país tiveram uma representatividade menor se comparado com os demais.

O Gráfico 2 apresenta os dados relativos à proporção populacional de participação nas conferências estaduais considerando as regiões do país.

Gráfico 2. Frequência da participação segundo região do país.

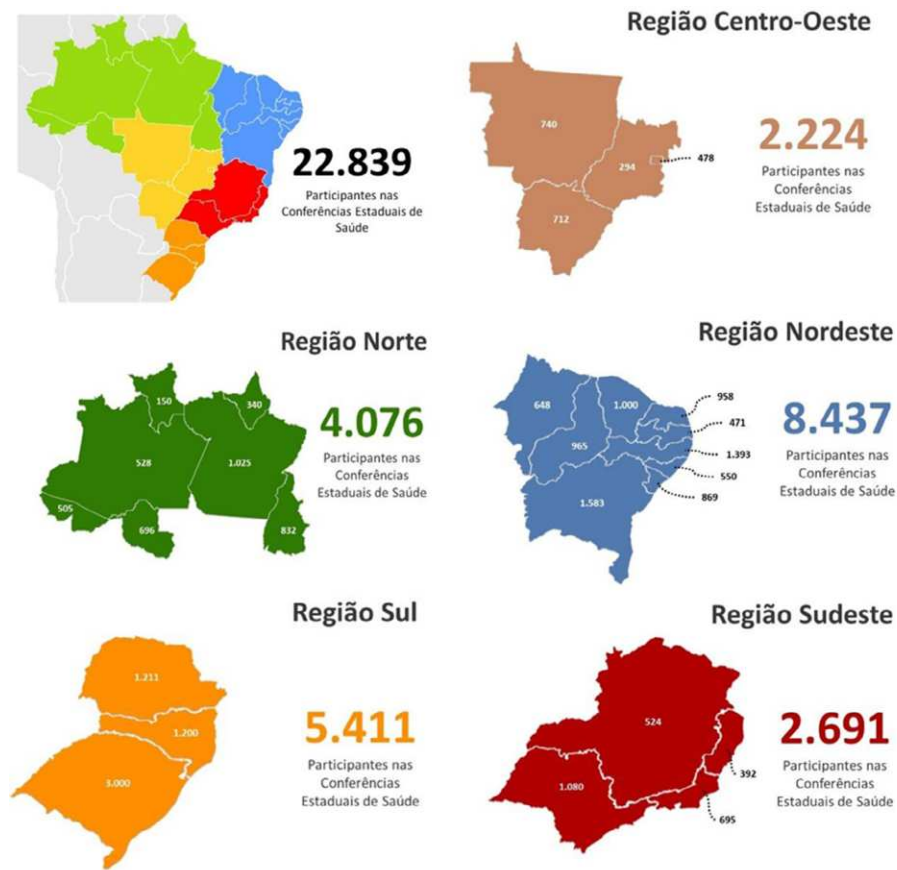


Fonte: dados da pesquisa.

Se consideradas as regiões do país, o Norte teve a maior a representatividade da população participando das conferências estaduais, seguida do Sul e Nordeste. No Sudeste a proporção de participantes na conferência em relação à população foi menor. Destaca-se que a Região Norte, com menor densidade da população e maior área geográfica, teve participação expressiva, superando características que podem representar dificuldade de acesso. Já a Região Sudeste, mais populosa e com maior densidade populacional, foi a que apresentou menor representatividade.

A Figura 3 apresenta os dados do total de participantes das Conferências Estaduais no Brasil e os totais por Região.

Figura 3. Descritivo do número de participantes nas etapas estaduais da 16ª Conferência Nacional de Saúde, por Região de Saúde, 2019.



Fonte: dados da pesquisa.

A partir desses dados, é possível identificar que as regiões nordeste, sul e norte, nesta ordem, apresentaram maiores números absolutos de participantes, enquanto a região centro-oeste e sudeste foram respectivamente aquelas com menores números de participantes nas etapas estaduais das conferências.

As Conferências Estaduais de Saúde, de acordo com o Regimento da 16ª CNS, elegeram a maior parte dos delegados da Etapa Nacional. A Tabela 4 apresenta o número de delegados credenciados na etapa nacional no total e por segmento por estado, bem como o número de vagas previstas no regimento desta conferência.

Tabela 4. Distribuição de Delegados Estaduais Credenciados na Etapa Nacional, segundo o segmento de representação, o parâmetro projetado no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde e o percentual alcançado, por UF, 2019.

ESTADO	REGIÃO	TOTAL CREDENCIADOS	TOTAL SEGMENTO			PREVISTO REGIMENTO	% PREV/CRED
			USUÁRIOS	TRABALHADORES	GESTORES/PRESTADORES		
Acre	N	47	24	12	11	48	97,92
Alagoas	NE	72	35	19	18	72	100,00
Amapá	N	38	20	8	10	48	79,17
Amazonas	N	76	38	19	19	76	100,00
Bahia	NE	160	83	43	34	180	88,89
Ceará*	NE	116	57	29	30	120	96,67
Distrito Federal*	CO	65	35	17	13	68	95,59
Espírito Santo*	SE	72	36	18	18	76	94,74
Goiás	CO	90	45	24	21	96	93,75
Maranhão	NE	95	48	22	25	100	95,00
Mato Grosso	CO	64	35	21	8	68	94,12
Mato Grosso do Sul	CO	61	32	16	13	64	95,31
Minas Gerais	SE	185	96	49	40	232	79,74
Pará	N	104	55	26	23	112	92,86
Paraíba	NE	73	38	19	16	76	96,05
Paraná	S	127	65	35	27	140	90,71
Pernambuco*	NE	118	59	30	29	124	95,16
Piauí	NE	61	32	17	12	68	89,71
Rio de Janeiro	SE	181	92	47	42	192	94,27
Rio Grande do Norte	NE	65	34	17	14	72	90,28

Rio Grande do Sul	S	139	73	39	27	144	96,53
Rondônia	N	52	28	13	11	56	92,86
Roraima	N	44	23	9	12	48	91,67
Santa Catarina	S	93	46	31	16	100	93,00
São Paulo*	SE	407	195	111	101	460	88,48
Sergipe*	NE	60	31	15	14	60	100,00
Tocantins	N	48	25	12	11	56	85,71
TOTAL		2713	1380	718	615	2956	91,78

Fonte: Dados da pesquisa.

OBS.: * Estados que realizaram conferências regionais de saúde.

Os mapas e as tabelas acima expressam a grande discrepância da participação por habitante entre as regiões do Brasil. O Norte teve a maior representatividade, seguido pelo Sul e Nordeste, enquanto o Sudeste teve uma proporção menor de participantes em relação à população. Além disso, é destacado que a região com menor densidade populacional e maior área geográfica teve uma participação maior, embora as características dessas regiões possam dificultar o acesso. Por outro lado, a região mais populosa e com maior densidade populacional teve uma menor representatividade. O fato de o Norte ter a maior representatividade pode ser atribuído a diversos fatores, como o engajamento da população, a importância atribuída às conferências nessa região ou até mesmo ações de mobilização específicas. A menção da região com menor densidade populacional e maior área geográfica ter uma participação considerável, mesmo com as dificuldades de acesso, sugere que houveram esforços para engajar os habitantes dessas áreas remotas, demonstrando a importância de buscar uma representação diversificada nas conferências. A menor representatividade do Sudeste, apesar de ser a região mais populosa, pode indicar diferentes motivações e desafios para a participação da população nessa área.

Ainda sobre a Tabela 4, observa-se que aproximadamente 92% das vagas projetadas pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão

Organizadora da 16ª CNS com base na população dos Estados da Federação foram ocupadas por delegados credenciados. A variação de percentuais por Unidade da Federação oscilou entre 79% (Amapá) e 100% (Alagoas, Bahia e Sergipe). Considerando a variação regional, os dados oscilaram de 88 a 95%, sendo 95% para a Região Centro-Oeste, 94% para a Região Nordeste, 93% para a Região Sul, 92% para a Região Norte e 88% para a Região Centro-Oeste.

Se considerados por segmentos a participação prevista foi de 739 trabalhadores e 739 gestores e prestadores (cada um deste com 25% de representação) e 1478 usuários (50% da representação). Observou-se que 83,22% de gestores/prestadores previstos estavam presentes, 97,15% dos trabalhadores e 93,36% dos usuários. Portanto, o segmento dos gestores/prestadores foi aquele que apresentou menor participação em relação ao que era previsto.

A previsão do número de Delegados e Delegadas eleitos nos Estados e Distrito Federal que foi prevista no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde utilizou como critério de equidade territorial a proporção 40%-60%. Isso significa que 40% da população total do país foi dividida igualmente pelos 27 Estados, independentemente do número de habitantes, e os demais 60% de acordo com a população de cada Estado. Para garantir paridade entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores (50%, 25%, 25%) o resultado foi arredondado para o múltiplo de quatro mais próximo. Para o cálculo utilizou-se a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2019. O número de vagas foi calculado de modo a não haver redução, em nenhum Estado, do número de delegados de conferências anteriores.

Além dos delegados e delegadas eleitos nos Estados, foi prevista e formada uma Delegação Nacional, constituída pela Conselheiras e Conselheiros Nacionais, titulares e suplentes, assim como outros eleitos pelo Pleno do CNS, constituindo, em seu conjunto por 10% (dez por cento) do número total dos (as) delegados(as) estaduais e do Distrito Federal previstos no Regimento. Nessa condição, foram credenciados mais 281 delegados e delegadas da representação nacional, constituindo-se um total de 2.994. A delegação indígena, segundo o Regimento, contaria com 200 pessoas para representar a maior diversidade

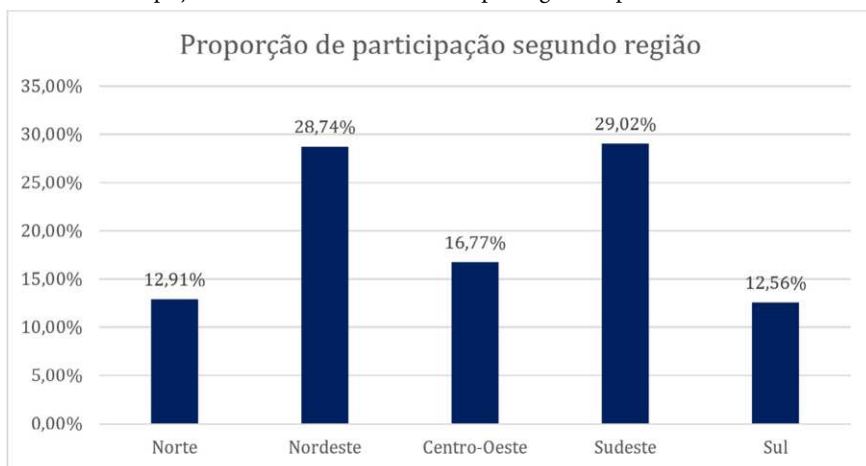
possível do total de grupos étnicos que compõem essa importante parcela da população brasileira, sendo que 50% seriam escolhidas na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e 50% indicadas pelo Movimento Indígena. Todavia, a não realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em data anterior à realização da etapa nacional da 16ª CNS impossibilitou tal composição.

Além dos delegados e delegadas, foram credenciados também participantes indicados nas Conferências Livres, convidados, relatores, pesquisadores, acompanhantes, pessoal de apoio e imprensa, com um total de 1.414 credenciamentos, totalizando 4.408 pessoas. Além disso, dessas, tiveram credenciamento especial para o acesso às atividades autogestionadas, que foram pequenos eventos temáticos realizados em paralelo à programação oficial e propostos por entidades e movimentos sociais para debater questões relevantes à Conferência, 1.020 pessoas, o que eleva o número de participantes das atividades da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde para 5.428. Não há registros das participações nas atividades satélite, como reuniões técnicas de instituições e grupos de interesse, que foram realizadas no entorno do local de realização da Conferência, e dos participantes externos no Ato em Defesa do SUS, que elevaria substantivamente o volume. Entretanto, considerando apenas os registros formais de participação, superou-se as edições anteriores, apontando que o processo desencadeado pelo Conselho Nacional de Saúde teve uma grande capacidade de mobilização.

Com relação à representação das regiões do Brasil, como disposto no Gráfico 3, temos a região Sudeste, com 29,02%, seguida pela região Nordeste, com quase 29%, e pela região Centro-Oeste com quase 17%. As regiões Norte e Sul apresentaram valores próximos de 13%. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), as regiões do Brasil dividem a população na seguinte proporção: Sudeste (42,2%); Nordeste (27,2%); Sul (14,3%); Norte (8,6%) e Centro-Oeste (7,7%). Vemos que a região centro-oeste apresenta uma proporção de participantes muito maior do que seu número de habitantes, o pode ser explicado pela facilidade de acesso ao local do evento pelos moradores do Distrito Federal. Brasília foi a cidade com o segundo maior número de participantes. Descontada

a representação do Centro-Oeste, as demais regiões seguiram relativamente o padrão de distribuição nacional, considerando que a região Sudeste foi a que apresentou maior defasagem na relação participante *versus* população.

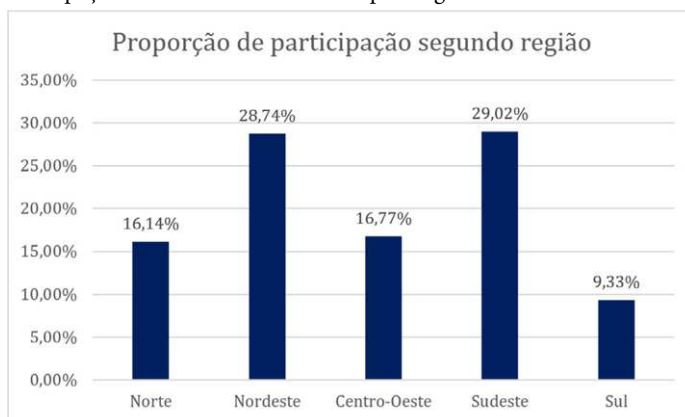
Gráfico 3. Participação nas Conferências Estaduais por região do país, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

No Gráfico 4 vemos que a proporção de participantes por habitante em cada região do país se manteve relativamente estável na etapa nacional da conferência, com um aumento dos participantes da região Sul na mesma proporção em que reduziram os participantes da região Norte.

Gráfico 4. Participação na Conferência Nacional por Região.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados apresentados neste capítulo expressam a grandiosidade deste evento, tanto em número de participantes como em sua capilaridade no território nacional. Com conferências municipais em mais de 80% dos municípios brasileiros, conferências estaduais em todas as unidades federativas do país e com a expressiva representação paritária de usuários, trabalhadores e gestores de saúde na etapa nacional, a 16ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada, senão o maior, um dos maiores eventos participativos do Brasil até aquele momento. Os registros sobre os números de participantes, delegados e convidados de cada conferência costuma variar nas referências disponíveis. Entretanto, mesmo considerando as adversidades que envolveram sua organização, o número de participantes foi equivalente ou levemente superior às edições anteriores, o que ressalta o interesse da população nesta modalidade de participação. A capilaridade do processo participativo nos municípios e estados, por sua vez, ressalta a importância desta metodologia de realização das conferências para vocalizar as demandas e perspectivas das diferentes escalas e territórios e, conseqüentemente, sua relevância para as políticas de saúde e para a democracia.

Perfil Socioeconômico e Profissional dos participantes

A pesquisa realizada na etapa nacional incluiu uma amostra que, do ponto de vista estatístico, caracteriza-se como uma amostra não probabilística, por conveniência, representativa dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Foram aplicados questionários em 2.853 participantes, dos quais 2.168 eram delegados (76%), 585 eram convidados (20,5%) e 100 eram do grupo de demais participantes. Importante registrar que o questionário foi aplicado aleatoriamente a aproximadamente 72% dos delegados credenciados e a aproximadamente 57% dos demais convidados, indicando uma amostra robusta dos participantes credenciados. O instrumento utilizado permite caracterizar os participantes em relação a algumas variáveis importantes para conhecermos o perfil socioeconômico dos mesmos. Neste capítulo, discutiremos dados sobre escolaridade, formação profissional, renda e vínculo de trabalho, deixando as demais variáveis para os próximos capítulos.

Escolaridade

Na Tabela 5 apresentamos os dados sobre a escolaridade dos participantes. Foi perguntado aos respondentes o grau máximo de escolaridade. Importante destacar que dentro da formação *lato sensu*, têm-se a modalidade especialização e a modalidade residência. Neste trabalho, optamos por manter a diferenciação a fim de identificar estudantes ou egressos de residência, tendo em vista que trata-se de uma modalidade formativa de extrema relevância para o fortalecimento do SUS, uma vez que possibilita ampla experiência prática em serviços de saúde, e vivências sobre participação social na saúde.

Tabela 5. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16a CNS, 2019, conforme escolaridade.

	Número	Percentual
Alfabetizado completo	17	0,60%
Alfabetizado cursando	4	0,14%
Ensino fundamental completo	73	2,56%
Ensino fundamental cursando	37	1,30%
Ensino médio completo	531	18,62%
Ensino médio cursando	24	0,84%
Ensino superior completo	664	23,28%
Ensino superior cursando	323	11,33%
Especialização completa	554	19,42%
Especialização cursando	95	3,33%
Residência completa	33	1,16%
Residência cursando	69	2,42%
Mestrado completo	199	6,98%
Mestrado cursando	63	2,21%
Doutorado completo	122	4,28%
Doutorado cursando	39	1,37%
Não respondeu	3	0,19%

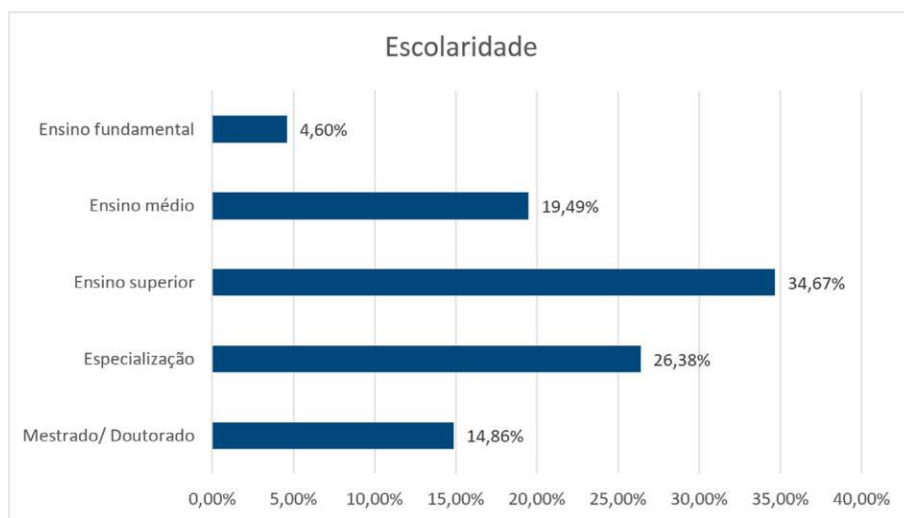
Fonte: Dados da pesquisa.

A escolaridade variou desde alfabetização até doutorado. Havia na amostra 4 participantes em cursos de alfabetização (0,1%) e 17 com alfabetização completa (0,6%); 37 cursando o ensino fundamental (1,3%) e 73 com ensino fundamental completo (2,6%); 24 cursando o ensino médio (0,8%) e 531 com ensino médio completo (18,6%); 323 cursando o ensino superior (11,3%) e 664 com ensino superior completo (23,3%); 95 cursando alguma especialização (3,3%) e 554 com algum curso de especialização concluído (19 %); 69 cursando residências uni ou multiprofissionais (2,4%) e 33 com residência concluída (1,1%); 63 cursando mestrado (2,2%) e 199 com mestrado concluído (7%); 39 cursando doutorado (1,4%) e 122 com doutorado concluído (4,3%).

Para uma melhor visualização, agrupamos ensino fundamental completo e incompleto; ensino médio completo e incompleto; ensino superior

completo e incompleto; especialização (inclui residências) completas ou incompletas; e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado completo ou incompleto). Este agrupamento está disposto no Gráfico 5, que expressa a distribuição dos participantes por escolaridade.

Gráfico 5. Escolaridade dos participantes.

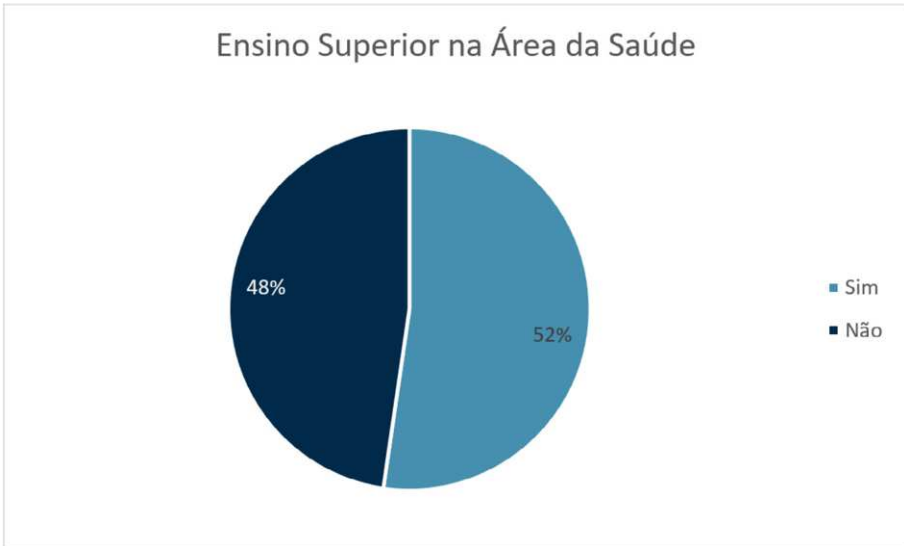


Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os participantes o percentual de pessoas que está cursando o ensino superior merece destaque, pois soma 35% do grupo, seguido de 26% que já concluíram ou estão cursando residência, 25% dos participantes concluíram ou estão cursando o ensino fundamental e médio e 15% estão cursando ou concluíram mestrado ou doutorado.

Entre os participantes com ensino superior, nos interessava saber qual a proporção com formação na área da saúde, o que está disposto no Gráfico 6.

Gráfico 6. Proporção de pessoas que possui formação superior na área da saúde.



Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os participantes que responderam ao questionário, houve 1.341 com curso superior na área da saúde, representando 52% dos sujeitos dessa etapa da pesquisa. As profissões da saúde presentes foram: enfermagem, medicina, serviço social, psicologia, odontologia, farmácia, saúde coletiva, biologia, nutrição, educação física, fonoaudiologia, terapia ocupacional, medicina veterinária, fisioterapia, biomedicina. Entre os profissionais que participaram da conferência e possuíam nível superior fora da área da saúde, constavam as seguintes formações: direito, engenheiro atuando na área de segurança do trabalho, administração, história, antropologia, engenharia de alimentos, filosofia, zootecnia e biotecnologia.

Este dado evidencia que a proporção de pessoas com elevada escolaridade participando da 16ª CNS é bastante superior a proporção de pessoas com nível superior que encontramos na população em geral, contrapondo o que encontramos já documentado na literatura em anos anteriores sobre o perfil de escolaridade das pessoas em espaços de participação social (Saliba et al., 2009). Importante destacar que uma proporção maior seria esperada, ao considerarmos que dentre o público

do evento, tínhamos gestores e profissionais de saúde. Destaca-se ainda, a forte presença de estudantes e/ou profissionais em formação, sendo 11% para graduação, 5% para especialização/residência e 3,5% para mestrado e doutorado. Uma hipótese explicativa que os pesquisadores trazem, é que, com constantes ameaças de desmonte de políticas públicas, a democracia e a participação social foram temas constantemente reforçados nos cursos de graduação e pós-graduação, mobilizando estudantes para o encontro.

Renda média dos participantes

Sergio Arouca afirmava que a saúde é marcada pela luta de classes, com conflitos sobre as concepções de vida e bem-viver das diferentes classes sociais e pelos modos como os interesses de classe incidem sobre o processo deliberativo das políticas públicas (Arouca, 1986). É importante então avaliarmos a distribuição de renda dos participantes da CNS. Na Tabela 06 estratificamos a renda média em três partes iguais, onde vemos que um terço recebia, em 2019, até dois mil reais por mês, um terço de dois a quatro mil e quinhentos reais e um terço acima de quatro mil e seiscentos reais.

Tabela 6. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, conforme faixas de renda.

Tercis	Faixas de renda	Percentuais
1º tercil	0 a R\$2.000,00	34,45%
2º tercil	R\$2.100,00 a R\$4.500,00	32,57%
3º tercil	R\$4.600,00 a R\$36.000,00	32,98%

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram identificados participantes que não possuíam renda, e a renda máxima registrada foi de trinta e seis mil reais. A mediana de renda foi de 3.000,00 reais, ou seja, 50% dos entrevistados apresentavam um rendimento de até 3.000,00 reais. Na divisão dos valores de renda em quatro partes (quartis),

encontramos o valor de 1.800,00 reais no percentil 25, e o valor 6.000,00 reais no percentil 75 (dados não apresentados em tabela). A Tabela 7 apresenta os dados de renda considerando o segmento do qual os entrevistados fazem parte no Conselho de Saúde.

Tabela 7. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, por faixas de renda e segmento que ocupa no Conselho de Saúde*

Tercis e faixas de renda	Gestor (% e N)	Trabalhador (% e N)	Usuário (% e N)
1º tercil (0 a R\$2.000,00)	6,13%(n=43)	27,35% (n=192)	66,52% (n=467)
2º tercil (R\$2.100,00 a R\$4.500,00)	19,78% (n=128)	33,85% (n=219)	46,37% (n=300)
3º tercil (R\$4.600,00 a R\$36.000,00)	33,67% (n=203)	38,97% (n=235)	27,36% (n=165)

*Do total, 698 (25,21%) informaram que não participavam de Conselho de Saúde.

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que os usuários estão concentrados no primeiro e segundo tercil de renda (cujos percentuais são 66,52% e 46,37%, respectivamente). Para trabalhadores e gestores observa-se concentração no terceiro tercil (38,97% e 33,67%, respectivamente).

Vínculo de trabalho

Os vínculos de trabalho são apresentados na Tabela 8. É importante observar que o questionário tem a limitação de não especificar exatamente o vínculo ou setor/local de trabalho. Essa foi uma limitação do estudo, apesar dos pesquisadores compreenderem que a maior parte dos servidores podem estar relacionado ao setor saúde, tanto no segmento dos trabalhadores quanto no de gestores, mas também pode incluir trabalhadores das demais áreas, por exemplo, educação e assistência social. Outra questão considerada é que os respondentes podem estar ocupando um cargo em serviço público, com vínculos de natureza diferente, estatutário, consolidação das leis do trabalho (CLT) ou outros.

Tabela 8. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16a Conferência Nacional de Saúde, 2019, conforme vínculos de trabalho.

	Número	Percentual
Aposentado	290	10,26%
Aposentado e trabalhador na iniciativa privada	3	0,11%
Aposentado e trabalhador no serviço público	4	0,14%
Aposentado e voluntário	2	0,08%
Aposentado, trabalhador na iniciativa e privada e trabalhador autônomo	1	0,04%
Aposentado, trabalhador no serviço público e empresário	1	0,04%
Bolsista	167	5,91%
Desempregado	124	4,39%
Empresário	24	0,85%
Empresário e trabalhador autônomo	1	0,04%
Trabalhador autônomo	278	9,84%
Trabalhador autônomo e bolsista	1	0,04%
Trabalhador autônomo e voluntário	1	0,04%
Trabalhador doméstico	7	0,25%
Trabalhador na iniciativa privada	175	6,19%
Trabalhador na iniciativa privada e autônomo	1	0,04%
Trabalhador no serviço público	1543	54,57%
Trabalhador no serviço público e autônomo	6	0,22%
Trabalhador no serviço público e bolsista	1	0,04%
Trabalhador no serviço público e empresário	4	0,15%
Trabalhador no serviço público e trabalhador na iniciativa privada	8	0,29%
Trabalhador no serviço público, empresário e autônomo	1	0,04%
Trabalhador no serviço público, trabalhador na iniciativa privada e autônomo	2	0,07%
Voluntário	37	1,31%
Não respondeu	20	0,71%
Outro	125	4,42%

Fonte: Dados da pesquisa.

O vínculo trabalhista pode refletir desigualdades sociais e econômicas, como disparidades de renda e acesso a oportunidades de emprego. Ao

analisar o perfil dos participantes em termos de vínculo trabalhista, é possível identificar se determinados grupos sociais estão sub-representados ou enfrentam desvantagens na participação. Isso pode destacar a necessidade de ações e políticas para promover a equidade na saúde e inclusão nos espaços de tomada de decisão. As políticas de trabalho têm impacto direto na saúde dos trabalhadores e podem ser discutidas nas conferências de saúde. Compreender o vínculo trabalhista dos participantes permite identificar as preocupações relacionadas ao trabalho e saúde que podem surgir durante as discussões, bem como a necessidade de abordar questões como segurança no trabalho, direitos trabalhistas e qualidade do emprego.

Nestes termos, encontramos que o vínculo de trabalho mais frequente dos participantes da conferência foi com o serviço público. Havia 1.543 servidores públicos (54,5%), 290 aposentados (10,3%), 278 autônomos (9,9%), 175 trabalhadores da iniciativa privada (6,2%), 167 bolsistas (6%), 124 desempregados (4,4%), 37 participantes que realizavam trabalhos voluntários (1,3%), 24 empresários (0,8%) e 7 trabalhadores domésticos (0,3%). Dentro da opção “outros”, 145 participantes relataram que eram estudantes (5,2%). Considerando esses resultados é possível identificar que aquelas pessoas que não estavam no serviço público representam 43% dos participantes.

Os trabalhadores do serviço público representaram a categoria de vínculo mais frequente. Os aposentados também possuíam uma representação expressiva (10,26%). Isso indica que, apesar da aposentadoria, havia engajamento com as pautas da saúde, seja como usuários do sistema, voluntários, trabalhadores autônomos, trabalhadores da iniciativa privada ou do serviço público. Ainda nas categorias mais frequentes, os trabalhadores autônomos (9,84%) e os da iniciativa privada (6,19%). Dentre os trabalhadores autônomos havia a possibilidade destes serem consultores, profissionais liberais, microempreendedores individuais (MEIs), entre outros. Enquanto entre os trabalhadores da iniciativa privada, profissionais empregados no setor privado da saúde ou proprietários de clínicas, hospitais privados, laboratórios, entre outros.

Esses dados fornecem uma visão abrangente sobre os diferentes vínculos de trabalho dos participantes da Conferência Nacional de Saúde, permitindo uma compreensão mais ampla da composição da força de trabalho na área da saúde e das perspectivas representadas na conferência.

Os dados apresentados na Tabela 9 apresentam uma estratificação por segmento dos participantes presentes na conferência, recortando os vínculos mais frequentes. Observa-se que bolsistas (58,62%), trabalhador autônomo/empresário (84,45%), desempregado/voluntário (93,97%), trabalhador da iniciativa privada (63,97%), aposentados (81,51%) e os outros e que não responderam (61,43%) eram em sua maioria representantes de usuários. Os participantes que representavam o segmento dos gestores foram em sua maioria trabalhadores do serviço público (28,65%), trabalhadores da iniciativa privada (19,12%) e outros ou que não responderam (14,29%). No caso dos trabalhadores, 46,49% eram servidores públicos, 39,08% bolsistas, 24,29% outros ou que não responderam.

Tabela 9. Vínculo de trabalho dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, segundo segmento que representa como delegado*.

	Gestor	Trabalhador	Usuário
Bolsistas	2,30% (n=2)	39,08% (n=34)	58,62% (n=51)
Trabalhador autônomo/ Empresário	5,46% (n=13)	10,08% (n=24)	84,45% (n=201)
Trabalhador do serviço público	28,65% (n=318)	46,49% (n=516)	24,86% (n=276)
Desempregado/ Voluntário	0	6,03%(n=7)	93,97% (n=109)
Trabalhador da iniciativa privada	19,12% (n=26)	16,91% (n=23)	63,97% (n=87)
Aposentados	5,04% (n=12)	13,45% (n=32)	81,51% (n=194)
Não respondeu e outros	14,29% (n=20)	24,29% (n=34)	61,43% (n=86)

Fonte: Dados da pesquisa.

*Do total, 698 (25,21%) não eram delegados.

Esse resultado aponta que os trabalhadores de serviço público eram, em sua maioria, representantes de gestores (28,65%) e trabalhadores (46,49%),

portanto, pode-se inferir que estes eram da área da saúde. Cabe destacar que 39,08% dos bolsistas eram representantes do segmento dos trabalhadores, ou seja, com vínculo provisório. Estes resultados podem estar relacionados ao fato de que estudantes que estavam presentes na conferência, seja como participantes ou delegados, tenham se identificado como trabalhador de saúde e não usuário conforme está previsto nas regras de representação dos segmentos. No entanto, é uma questão que pode ser aprofundada na pesquisa da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Os bolsistas representaram uma porcentagem relativamente baixa nos três segmentos. Eles tinham uma maior representação entre os usuários, com 58,62% (n=51), seguidos pelos trabalhadores com 39,08% (n=34). Entre os gestores, a representação foi bastante reduzida, com apenas 2,30% (n=2). Os trabalhadores autônomos e empresários eram em sua larga maioria usuários, com 84,45% (n=201). A proporção de trabalhadores autônomos/empresários foi relativamente menor entre gestores (5,46%, n=13) e trabalhadores (10,08%, n=24).

Os trabalhadores do serviço público tinham uma presença considerável entre os gestores (28,65%, n=318) e trabalhadores (46,49%, n=516). No entanto, eles representaram uma proporção menor entre os usuários, com 24,86% (n=276). Desempregados e voluntários não possuíam representação entre os gestores, pequena representação entre os trabalhadores (6,03%, n=7) e uma participação majoritária de usuários (93,97%, n=109). Isso mostra que os desempregados e voluntários presentes na Conferência eram majoritariamente usuários, configurando mais um dado que atesta a desigualdade entre usuários, trabalhadores e gestores.

Os trabalhadores da iniciativa privada tiveram uma proporção similar entre gestores (19,12%, n=26) e trabalhadores (16,91%, n=23), e estavam mais representados entre os usuários (63,97%, n=87). Os aposentados tiveram uma presença majoritária entre os usuários (81,51%, n=194). A representação entre gestores (5,04%, n=12) e trabalhadores (13,45%, n=32) também foi significativa. Esta proporção nos parece

razoável, uma vez que os trabalhadores de saúde que se aposentam podem participar das conferências como usuários.

Essa análise destaca as diferentes proporções de vínculos de trabalho em cada segmento (gestores, trabalhadores e usuários) na Conferência Nacional de Saúde, aportando dados importantes para compreender as desigualdades entre gestores, trabalhadores e usuários que influenciarão nas dinâmicas das práticas participativas do SUS. O vínculo trabalhista é importante para compreender o perfil dos participantes da Conferência Nacional de Saúde porque está ligado a questões de representatividade, acesso à saúde, condições de trabalho, desigualdades sociais e políticas de trabalho e saúde. Essas informações ajudam a contextualizar as perspectivas e demandas dos participantes, bem como a desenvolver políticas e ações mais inclusivas e equitativas no campo da saúde.

O vínculo trabalhista pode refletir as categorias profissionais dos participantes da conferência. Diferentes profissões e setores de trabalho têm diferentes perspectivas e interesses em relação à saúde, e é importante garantir a representação de uma ampla gama de profissionais para promover discussões abrangentes e inclusivas. Além disso, o tipo de vínculo trabalhista pode influenciar o acesso aos serviços de saúde, o que pode impactar a perspectiva e as necessidades dos participantes da conferência. O vínculo trabalhista também está relacionado às condições de trabalho, como segurança no emprego, direitos trabalhistas, salários e benefícios, afetando a saúde física e mental dos trabalhadores, bem como suas preocupações e demandas em relação à política de saúde. Portanto, compreender o vínculo trabalhista dos participantes ajuda a identificar as questões específicas que eles podem trazer para a conferência.

Diversidade dos participantes: representatividade de diferentes segmentos na participação social em saúde

Neste capítulo são apresentados os dados que expressam a heterogeneidade dos participantes da conferência. O propósito da pesquisa, quanto a este item, foi de identificar a representatividade de diferentes segmentos populacionais dialogando sobre políticas, na luta por um SUS mais participativo. A inclusão de diferentes segmentos populacionais na discussão e tomada de decisões é fundamental para garantir que as políticas de saúde sejam mais efetivas. Como relataram alguns entrevistados:

Eu acho que o principal valor é a diversidade. A diversidade de cultura, a diversidade de povos, a diversidade de lugar, de território. Você está entendendo? No Brasil inteiro. No Brasil inteiro. A diversidade de lugares, a diversidade da práxis sanitária, por exemplo. O modelo que eu apresento na minha cidade é diferente dos colegas de Pernambuco. Entendeu? Então, eu acho que isso é a riqueza de uma conferência de saúde, entendeu? É a troca de ideias, de experiências (Gestor, AM);

Muito bacana viver essa experiência. É muita garra, eu fiquei observando, quantas pessoas, né? Idosas, pessoas com deficiências, as mais diversas... E estar aqui apostando nessa possibilidade dessa conquista, dessa garantia, isso é muito interessante. A gente vê muitas pessoas que estão, digamos que saudáveis, com todas as suas condições físicas, tudo em perfeitas condições, e às vezes entra nessa luta para defender aquilo que é para todos. Eu acho isso muito bacana, ver essa diversidade, e ver essas pessoas nessa luta, independente da sua condição física, eu acho isso muito interessante, é muito positivo isso, uma luta aqui para todos. Cada um buscando defender a sua demanda, mas em prol também de um coletivo maior (Usuária, ES).

Ao abranger uma variedade de vozes, incluindo representantes de grupos marginalizados, é possível considerar diferentes realidades e desafios

específicos que cada segmento enfrenta. O Gráfico 7 apresenta os dados relativos as pessoas com deficiência física. Como pode-se observar, estas foram 7% dos participantes da conferência.

Gráfico 7. Proporção de pessoas que relataram possuir algum tipo de deficiência.

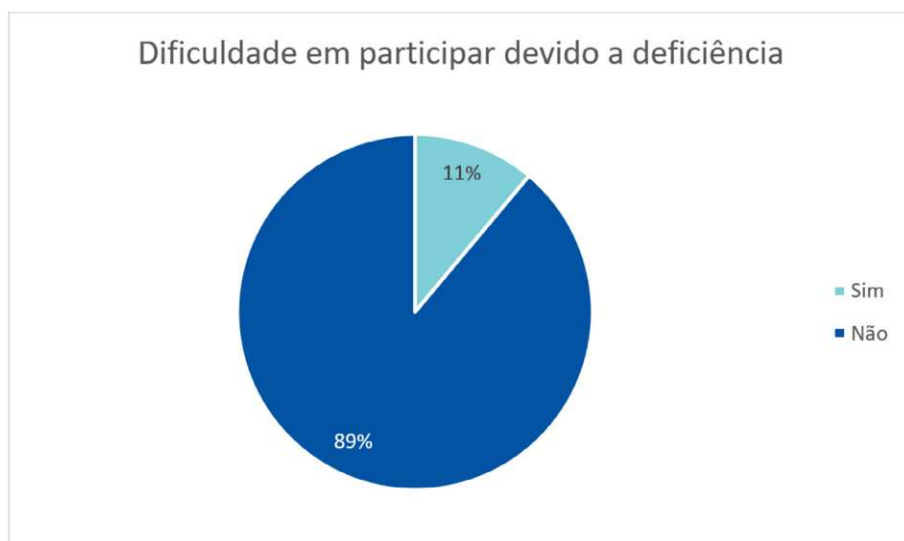


Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 publicada pelo IBGE (Brasil, 2021) as pessoas com deficiência física representam 6,7% da população brasileira. Isso significa que a proporção de pessoas com deficiência física foi maior entre os participantes da pesquisa da 16ª CNS. Uma questão suscitada pelos pesquisadores, é justamente o reconhecimento do espaço das conferências por este segmento populacional como um local potente de escuta de reivindicações por melhores condições assistenciais que atendam suas especificidades e necessidades.

Para este grupo, foi questionado se a deficiência física que tinham dificultou a participação na conferência. O resultado dessa questão é apresentado no Gráfico 8.

Gráfico 8. Proporção de pessoas que relataram dificuldade em participar devido a deficiência.



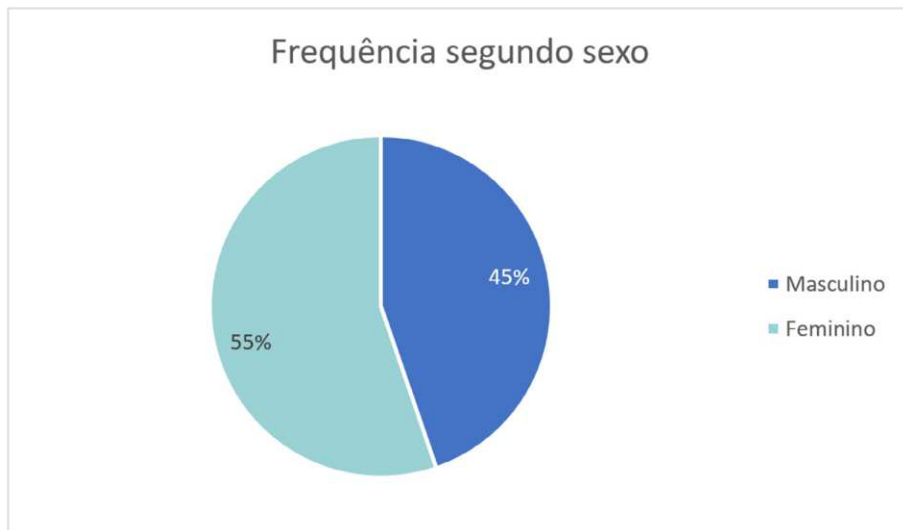
Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que o percentual de pessoas com dificuldade foi baixo, e 89% das pessoas com deficiência física não relataram dificuldades de participação. Cabe destacar que a equipe de organização da conferência desenvolveu várias ações para promover a participação das pessoas com deficiência física, desde o planejamento de atividades em lugares acessíveis até o credenciamento de acompanhantes, o que provavelmente contribuiu com resultado encontrado.

Sexo atribuído ao nascer e identidade de gênero

O Gráfico 9 apresenta os dados sobre o sexo dos participantes da conferência que lhes foi atribuído ao nascer.

Gráfico 9. Frequência da participação segundo sexo.



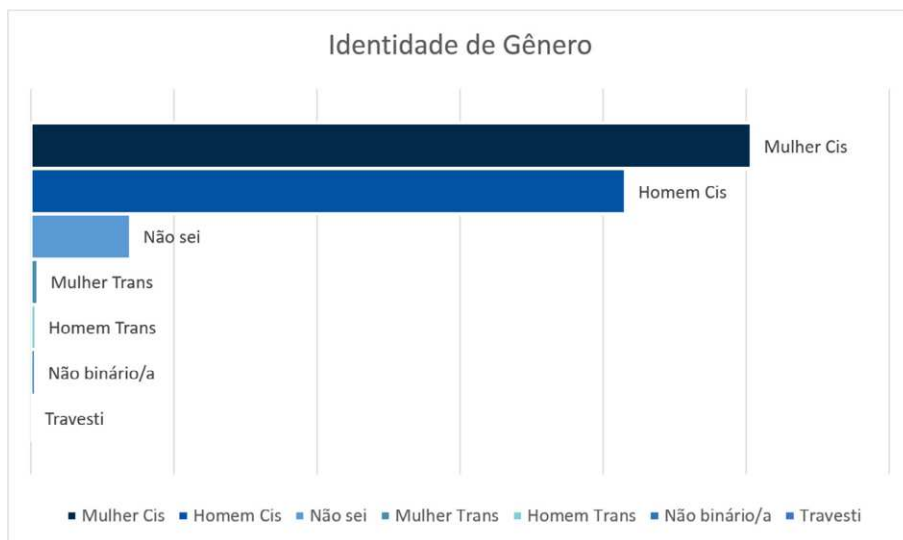
Fonte: Dados da pesquisa.

As pessoas do sexo feminino foram a maioria dos participantes da conferência, representando 55% dos entrevistados enquanto do sexo masculino foram 45%. Cabe destacar que vários estudos demonstram a feminilização do trabalho em saúde, bem como o fato de que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde, uma vez que são tradicionalmente as cuidadoras de crianças e idosos. Por outro lado, as pessoas do sexo masculino são menos frequentes nos serviços o que tem sido relacionado a representação social da masculinidade.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, realizada pelo IBGE, as mulheres representavam 52,2% da população brasileira. Conforme apresentado anteriormente na Conferência Nacional de Saúde elas eram 55% o que sinaliza para uma participação feminina maior neste fórum do que a encontrada na população Brasileira.

Os dados acerca da identidade de gênero dos entrevistados estão apresentados no Gráfico 10.

Gráfico 10. Frequência da participação segundo identidade de gênero.



Fonte: Dados da pesquisa.

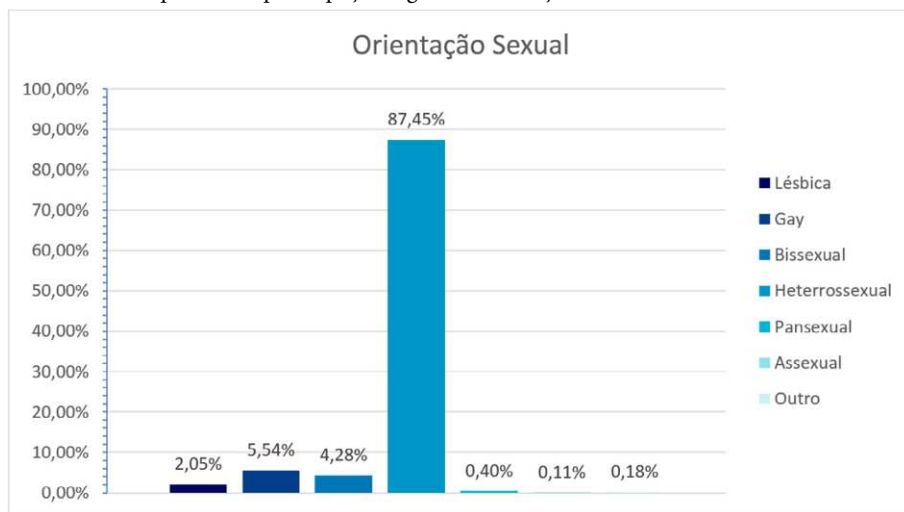
As mulheres Cis (50,34%) e os homens Cis (41,55%) representam a maioria dos entrevistados totalizando 91,89%. Homens trans foram 0,33%, mulheres trans 0,47%, totalizando 0,80%, pessoas não binário/a 0,29% e travesti 0,07%, somando ao todo 1,6%. Numa pesquisa publicada os transgêneros representavam 0,69% da população, enquanto os não binários/as 1,19% da população brasileira (Spizzirri, 2021). Pode-se observar, portanto, que a população transgênero teve uma participação na conferência maior do que encontrada na população brasileira em geral. Enquanto as pessoas não binárias/os participaram em menor número. Ainda assim, esses dados sinalizam que a conferência teve representatividade importante de pessoas que são vítimas de preconceitos e exclusão social. Portanto, este espaço também foi de inclusão da diversidade de gênero o que indica a relevância desses encontros para a participação política desta população. A partir dos movimentos sociais se tem, ao longo do tempo, possibilitado a produção de diretrizes inclusivas na política de saúde e de políticas específicas de equidade que resultaram em ampliação da atenção à saúde demandada, em espacial para as pessoas que se identificam como transgêneros.

O fato de 6,95% dos participantes que marcaram “não sei” merece nossa consideração. Isto pode estar relacionado ao fato de que uma proporção

significativa dos participantes pode não ter conhecimento suficiente sobre os termos utilizados na pesquisa (por exemplo, cisgênero, transgênero, não binário/a, travesti) ou não estarem familiarizados com as identidades de gênero além daquelas tradicionalmente reconhecidas, evidenciando assim a importância de uma política pública específica. Portanto, eles podem ter escolhido a opção “não sei” por que não se sentiram confortáveis em assumir um rótulo sem entender completamente o que ele significa. Além disto, precisamos também considerar que algumas pessoas poderiam se sentir indecisas ou ambíguas em relação à sua identidade de gênero, não tendo certeza sobre como se identificar naquele momento, e, portanto, marcam “não sei”.

O Gráfico 11 apresenta os dados acerca da orientação sexual dos participantes da conferência.

Gráfico 11. Frequência da participação segundo orientação sexual.



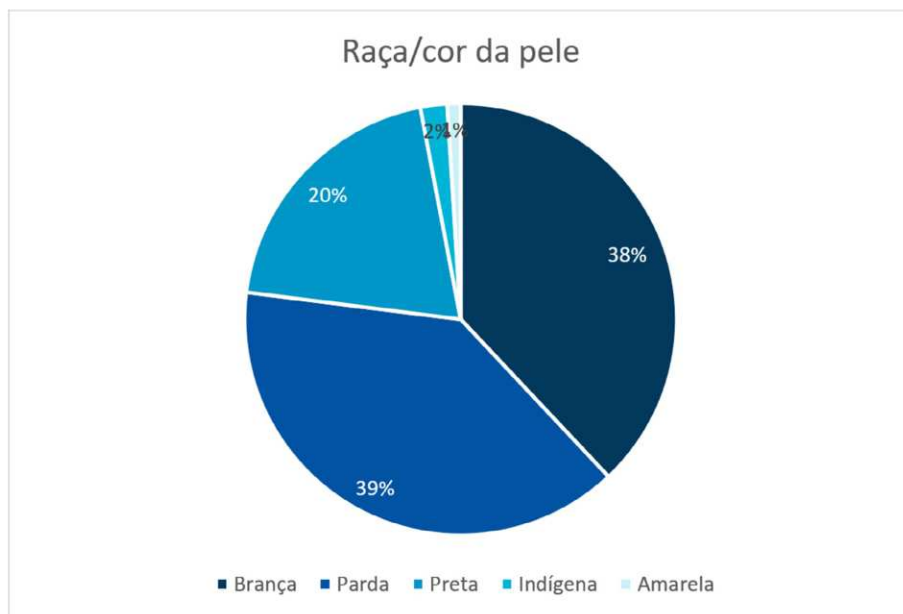
Fonte: Dados da pesquisa.

Em consonância com a Política Nacional de Saúde LGBT (Brasil, 2013) e as orientações do Regulamento da 16ª CNS, também foram levantados os atributos de sexo, identidade de gênero e orientação sexual dos participantes. Quanto ao sexo, 1.267 eram homens (44,7%) e 1.569 eram

mulheres (55,3%). Relativa à identidade de gênero, 1.112 eram homens cis (40,3%), 33 eram homens trans (1,2%), 1.351 eram mulheres cis (40,3%), 30 eram mulheres trans (1,1%), 2 eram travestis (0,1%), 8 se declararam não binários (0,3%) e 224 responderam não saber responder sobre sua identidade de gênero. Em relação à orientação sexual, 56 eram lésbicas (2%), 156 eram gays (5,6%), 119 eram bissexuais (4,3%), 2.428 eram heterossexuais (87,3%), 11 eram pansexuais (0,4%), 3 eram assexuados (0,1%) e 7 se denominavam outras classificações (0,3%).

Entre os adultos brasileiros, 12,04% são LGBT: 5,76% assexuais, 0,93% lésbicas, 1,37% gays, 2,12% bissexuais, 0,68 trans e 1,18% não-binários (Spizzirri, 2022). Na conferência de saúde os assexuais apresentaram 0,11% dos participantes, as lésbicas 2,05%, os gays 5,54% os bissexuais 4,28%. Pode-se observar que a participação de pessoas com orientação sexual diversa do padrão heteronormativo foi maior do que aquela encontrada na população em geral, com exceção das pessoas assexuadas. A representação das pessoas com diferentes orientações sexuais, sobretudo aquelas que são vítimas frequentes de preconceitos por tal característica, foi destacada na conferência. No entanto, em que pese esses resultados podem oportunizar a vocalização dos interesses desta parcela da população, não significa que estes tenham reconhecimento da maioria Cis e heterossexual também presente neste espaço. Mas é importante ressaltar que se trata, indiscutivelmente, de um avanço que contribui para a superação das desigualdades e preconceitos voltados a essa população. O esforço dos últimos 20 anos na formulação e implementação de políticas de saúde, que tem como objetivo a equidade, com certeza contribuíram para esses resultados. O Gráfico 12 apresenta os dados relativos à raça cor.

Gráfico 12. Frequência da participação segundo autodeclaração de raça/cor da pele.



Fonte: dados da pesquisa.

Conforme os resultados da pesquisa, 1.068 indivíduos (37,7% do total) se identificaram como brancos. Essa categoria é geralmente associada a pessoas de ascendência europeia. A categoria “pardo” foi selecionada por 1.100 participantes (38,8%). Pessoas identificadas como pardas são aquelas que possuem uma mistura de ancestralidades étnicas, geralmente envolvendo raízes indígenas, africanas e europeias. Um total de 562 participantes (19,8%), se identificaram como pretos. Essa categoria engloba indivíduos de ascendência predominantemente africana. A categoria “amarelo” foi escolhida por 35 participantes (1,2%). Pessoas identificadas como amarelas têm ancestralidade asiática, especialmente de origem oriental. Um total de 71 participantes (2,5%), se identificaram como indígenas. Essa categoria abrange pessoas que possuem ascendência e identidade étnica indígena. Assim, entre os participantes da conferência, verificamos que pessoas negras (pretos e pardos) representaram 62%.

Tais dados refletem a diversidade racial presente na amostra da pesquisa. É importante ressaltar que a representatividade de cada grupo é fundamental para entendermos as dinâmicas sociais e as desigualdades raciais existentes em nossa sociedade, e assim avançarmos conforme preconiza a Política Nacional de Saúde da População Negra (Brasil, 2017).

Segundo os dados do IBGE, produzidos a partir da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad) contínua de 2022 (Brasil/IBGE, 2023), a população parda representava 45,3% da população, os brancos(as) 42,8% e os pretos 10,6%. No caso da participação da conferência é necessário destacar que outras cores/etnias foram consideradas (amarela e indígena). No entanto, apesar das variáveis serem diferentes, é possível fazer comparações aproximadas entre as duas pesquisas para compreendermos melhor esse contexto de participação social.

Pode-se observar que a população parda e branca apresentou menor expressividade de participação da conferência (39% e 38% respectivamente) em relação a população em geral (parda 45,3% e branca 42,8%). No entanto, a representatividade da população preta foi praticamente o dobro (20%) daquela encontrada no país (10,6%). A região norte do país tem o maior percentual de pessoas autodeclaradas pardas (70%) seguido pelo Nordeste (60,5%). Quanto a população preta o nordeste e o Sudeste apresentam os maiores percentuais (13,4% e 11,2% respectivamente). O Sul (72,8%) e o Sudeste (50,1%) têm os maiores percentuais de pessoas brancas.

Esses dados demonstram que as populações tradicionalmente excluídas e que sofrem com a desigualdade e o racismo estrutural estiveram participando da conferência em um percentual maior do que aquele encontrado na população brasileira. A presença de pessoas negras nos espaços de participação social, tais como as conferências e conselhos de saúde, é de extrema importância para avançarmos nos aspectos de equidade em saúde. A inclusão nos espaços de participação social é um passo importante para corrigir a desigualdade racial nos processos decisórios no campo da saúde, permitindo que as pessoas negras participem ativamente da formulação de

políticas e ações que afetam suas vidas e comunidades, combatendo o racismo estrutural existente em várias instituições.

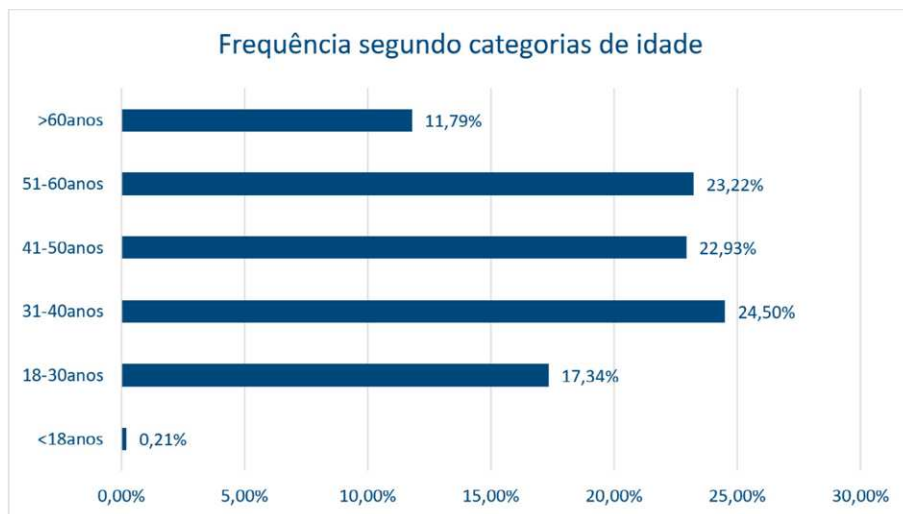
A participação de pessoas negras nos espaços de participação social traz consigo uma variedade de perspectivas, experiências e conhecimentos que enriquecem os debates e a tomada de decisões, levando a soluções mais abrangentes e eficazes para os problemas sociais. A diversidade de vozes contribui para a criação de políticas mais inclusivas e equitativas, que atendam às necessidades de todos os membros da sociedade. A presença da população negra nos espaços de participação social é fundamental para promover a justiça, a igualdade e o desenvolvimento social, para a construção de uma sociedade mais justa. Entretanto, embora esta pauta tenha avançado nos espaços do SUS, o trecho a seguir nos recorda de que ainda temos muito para avançar:

O movimento da mulher negra foi outro movimento, que surgiu, também relacionado a saúde, porque a gente viu uma dificuldade dos médicos e das queixas das pacientes, em relação ao preconceito com alguns exames ou a ausência da fala sobre as doenças específicas da raça negra. Como ACS, isso também me incomodou, e então faço parte desse movimento já há seis anos [...]. Levantar essa bandeira da raça negra, ser vista no SUS, é uma dificuldade muito grande, ainda existe essa dificuldade de sermos inseridos em algumas propostas, inclusive nos indicadores, há pouco tempo que conseguimos inserir essa classificação de cor/raça nos prontuários (Trabalhadora, SC).

Idade dos participantes

O Gráfico 13 apresenta as informações acerca das faixas etárias dos participantes da pesquisa.

Gráfico 13. Frequência da participação segundo categorias de idade.



Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se o predomínio do grupo cuja faixa etária situava-se entre 31 e 40 anos (24,50%), seguido daqueles que tem entre 51 e 60 (23,22%) e 41 a 50 anos (22,93%). Os idosos e adultos jovens foram menos frequentes (11,79% e 17,34% respectivamente). Para fazer uma comparação aproximada com a realidade etária do Brasil foi utilizada a Pnad de 2022 (Brasil, 2023), excluída a população menor de 18 anos. A população brasileira que tinha entre 18 e 29 anos, representava 20,58% do total de habitantes. Entre os 30 e 39 anos eram 17,61%, 40 a 49 anos 15,70%, 50 a 59 anos 12,64% e maior que 60 anos 33,46%. Observa-se com esses dados que a população jovem e idosa foi menos representada na conferência se comparado à população brasileira.

Essa análise ressalta a importância de garantir uma participação mais equitativa e representativa de todas as faixas etárias nas conferências de saúde, considerando que diferentes grupos etários têm necessidades e perspectivas distintas. Isso contribui para a construção de políticas de saúde mais inclusivas e efetivas, que atendam às demandas de todas as gerações.

Tabela 10. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, estratificados por segmentos, conforme sexo, idade e região.

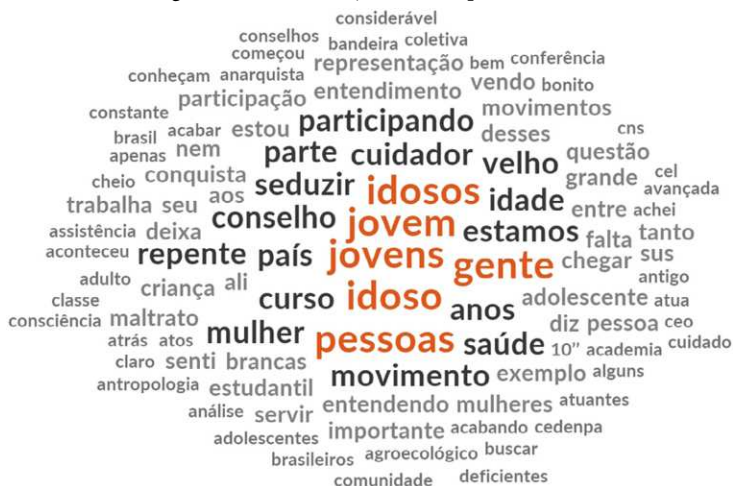
	Gestor	Trabalhador	Usuário
Sexo			
Masculino	19,09% (n=181)	27,85% (n=264)	53,06% (n=503)
Feminino	18,81% (n=209)	36,18% (n=402)	45,00% (n=500)
Idade			
<18 anos	0	0	100,00% (n=2)
18 a 30 anos	11,50% (n=33)	34,84% (n=100)	53,66% (n=154)
31 a 40 anos	25,10% (n=121)	38,80% (n=187)	36,10% (n=174)
41 a 50 anos	19,72% (n=97)	34,96% (n=172)	45,33% (n=223)
51 a 60 anos	19,30% (n=99)	28,07% (n=144)	52,63% (n=270)
>60 anos	12,12% (n=32)	21,97% (n=58)	65,91% (n=174)
Região			
Norte	17,13% (n=56)	32,11% (n=105)	50,76% (n=166)
Nordeste	20,33% (n=124)	33,77% (n=206)	45,90% (n=280)
Centro-oeste	18,24% (n=54)	35,81% (n=106)	45,95% (n=136)
Sudeste	18,01% (n=112)	31,35% (n=195)	50,64% (n=315)
Sul	21,03% (n=45)	26,64% (n=57)	52,34% (n=112)

Fonte: dados da pesquisa.

Ao estratificarmos sexo e idade pelos segmentos de representação, temos alguns dados interessantes. Observa-se que a distribuição de sexo variou entre as diferentes categorias. No geral, houve uma predominância de participantes do sexo feminino na categoria Trabalhador, enquanto a categoria Gestor apresentou uma distribuição mais equilibrada entre os sexos. Na categoria Usuário, houve uma maior representação de indivíduos do sexo masculino.

No que diz respeito à idade, podemos ver a concentração e as faixas etárias que mais concentraram cada segmento. Essas diferenças entre as categorias de gestor, trabalhador e usuário em relação à idade podem refletir diferentes estágios de carreira, experiências e necessidades no contexto da saúde. É importante considerar essas diferenças para garantir uma representatividade adequada e uma abordagem mais abrangente nas discussões e decisões relacionadas à saúde.

Figura 4. Nuvem de palavras de busca por contexto de termos relacionados à idade e geração, no texto de entrevistas e registros das observações de campo.



Fonte: imagem produzida a partir do conteúdo das entrevistas.

Religião ou culto

A religião desempenha um papel importante na vida de muitas pessoas e pode influenciar seu engajamento e participação em eventos e atividades sociais. Ao entender o pertencimento religioso dos participantes, é possível promover uma maior inclusão e representatividade nas discussões da Conferência Nacional de Saúde. O pertencimento religioso é um fator importante para a caracterização dos grupos populacionais.

O Brasil é conhecido pela sua diversidade religiosa, com a presença de diferentes crenças e práticas espirituais. Ao conhecer o pertencimento religioso dos participantes da conferência, é possível compreender melhor a representatividade das diferentes religiões na discussão e formulação de políticas de saúde. As religiões muitas vezes influenciam os valores, crenças e ética das pessoas. Esses elementos podem ter impacto direto nas opiniões e perspectivas dos participantes sobre questões relacionadas à saúde. Compreender o pertencimento religioso dos participantes pode ajudar a identificar possíveis influências religiosas em suas visões e posicionamentos.

Identificar a presença das religiões entre os participantes da conferência também é uma forma de constatarmos quais grupos religiosos estão mais representados e identificam nas práticas de participação e controle social institucionalizadas no SUS uma forma de expressar seus interesses. Além disso, algumas religiões têm práticas, rituais e prescrições específicas relacionadas aos cuidados de saúde. Conhecer o pertencimento religioso dos participantes pode ser relevante para garantir que as políticas e diretrizes de saúde sejam inclusivas e respeitem as necessidades e sensibilidades religiosas da população.

A Tabela 11 mostra a frequência das religiões dos participantes entrevistados, juntamente com suas proporções em porcentagem.

Tabela 11. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, conforme religião.

	Número	Proporção
Católica	1301	45,65%
Espírita	202	7,09%
Evangélica	485	17,02%
Matriz africana	129	4,53%
Cristã(o)	90	3,16%
Ateu ou agnóstica	79	2,77%
Não tem	297	10,42%
Outros	49	1,72%
Não sabe ou não respondeu	218	7,65%

Fonte: dados da pesquisa.

Nesta tabela, vemos que a religião católica é a mais predominante entre os entrevistados (45,65%). Isso indica uma presença majoritária da religião católica na população pesquisada. A religião evangélica, que cresceu bastante entre a população brasileira nas últimas décadas, aparece em segundo lugar, com 17,02% de proporção. Esse dado sugere que uma parcela considerável dos entrevistados se identifica com

alguma vertente evangélica. Importante ressaltar que na categoria “evangélica” foram agrupadas respostas como: adventista do sétimo dia; Assembleia de Deus; Testemunha de Jeová; Pentecostal; Batista; Igreja Quadrangular; Presbiteriana; entre outras.

A religião espírita é mencionada por 7,09% dos entrevistados, representando uma parcela menor em comparação com as religiões católica e evangélica. As religiões de matriz africana aparecem com 4,53%. A presença das religiões de matriz africana entre os entrevistados é notável, se considerarmos os dados nacionais, que identificam aproximadamente 1% para cada uma delas. Isso pode indicar uma diversidade religiosa na população estudada.

Alguns respondentes alegaram pertencimento à religião Cristã(o). Com uma proporção de 3,16%, essa categoria agrupa aqueles que se identificam como cristãos, sem especificar uma vertente religiosa específica. 2,77% dos entrevistados se declaram ateus ou agnósticos e cerca de 10,42% afirmaram não ter uma religião específica. Essa categoria inclui aqueles que não se identificam com nenhuma religião em particular e aqueles que não tem religião. Vemos uma significativa presença de pessoas sem filiação religiosa nos participantes da Conferência. Uma proporção de 1,72% foi agrupada na categoria “outras”, que representa participantes que se identificaram com religiões não mencionadas na tabela. Essa categoria pode abranger diversas crenças e grupos religiosos menos comuns. 7,65% das respostas foram agrupadas em “Não sabe ou não respondeu”.

Figura 5. Nuvem de palavras que refere crenças e grupos religiosos.



Fonte: imagem produzida a partir do conteúdo das entrevistas.

A participação dos atores em grupos organizados

A existência de movimentos sociais, sindical e associativo é considerado um aspecto central para o fortalecimento do controle social. A conformação de comunidades da política, ou seja, grupos de interesse organizados que buscam a construção de alianças para ampliar suas capacidades de influenciar as decisões políticas, bem como, a participação de representantes que se constituem como lideranças que podem favorecer o cumprimento das decisões políticas, fortalece a participação e os processos deliberativos (Cortes; Gugliano, 2010). Portanto, a presença de participantes que estão envolvidos com movimentos sociais, sindical, político, associativo e de ativismo amplia a participação social. Os dados da pesquisa relativos a esta temática estão apresentados no Gráfico 14.

Gráfico 14. Relato de participação em movimento social/ativista/sindical/político ou associativo.

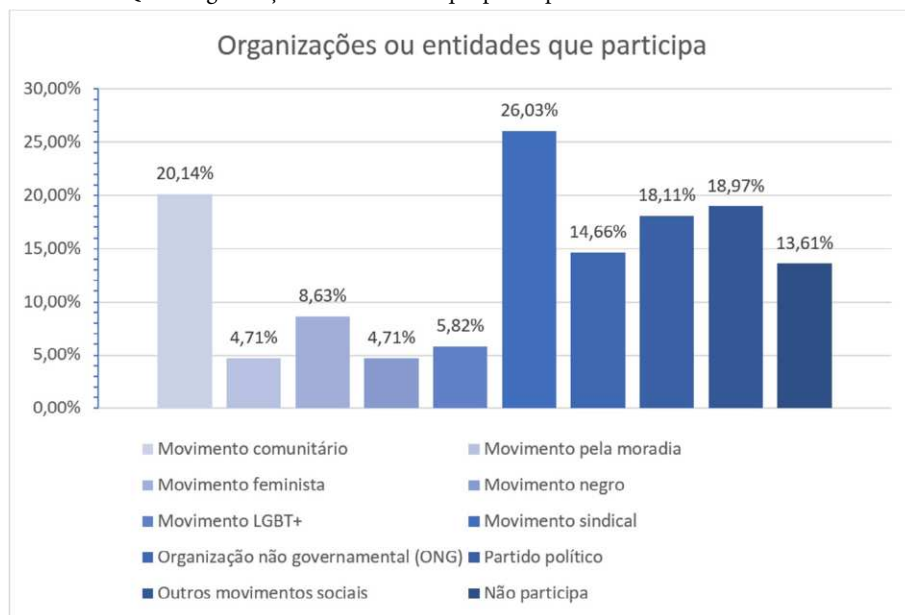


Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que a maioria das pessoas (69%) que participaram desta pesquisa estavam implicadas com alguma forma de organização da sociedade civil. Este engajamento, anterior a relação com o estado, dos representantes de entidades podem contribuir para que esses atores tenham ampliada a sua autonomia e a potencializada a sua participação nos espaços de participação social (Cortês; Silva, 2010).

O Gráfico 15 apresenta os dados detalhados da participação dos atores em organizações da sociedade civil, em que pese 31% dos participantes da pesquisa tenham referido não participar destas, quando lhes foi ofertado uma lista de movimentos, entidades e organizações esse percentual reduziu para 13,61%.

Gráfico 15. Quais organizações ou entidades que participa.



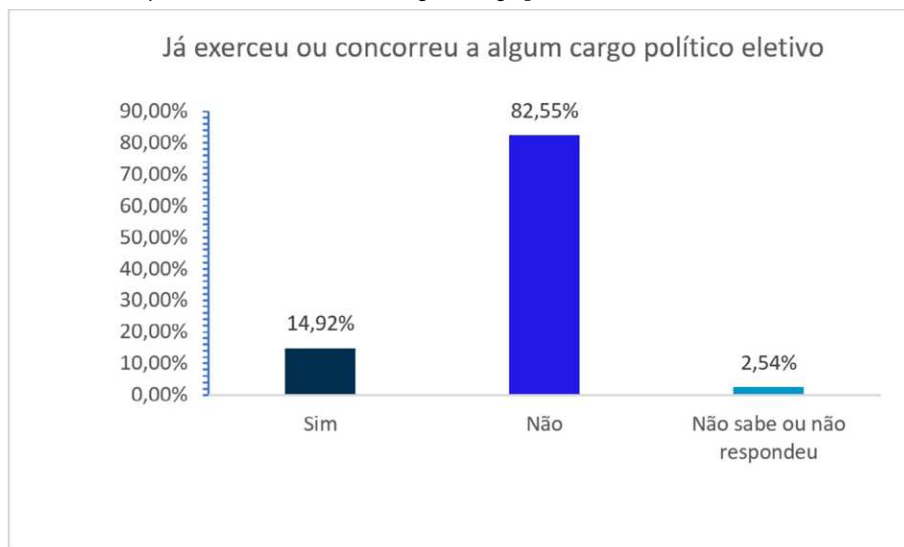
Fonte: dados da pesquisa.

Os dados apresentados no Gráfico 15 informam que o movimento sindical (26,03%) foi a forma de organização mais frequente, seguida do movimento comunitário. Cabe destacar que estes têm uma trajetória de organização histórica e foram fundamentais para o movimento da reforma

sanitária que se constituiu no final da década de 70 do século XX e, portanto, para a articulação que social e política que viabilizou a criação do SUS. Na sequência tiveram mais participação os outros movimentos sociais (18,97%), os Partidos Políticos (18,11%) e as Organizações não Governamentais (14,66%). Os movimentos identitários, como o movimento negro (4,14%), LGBT+ (5,82%) e feminista (8,63%) e aqueles que buscam direitos sociais, movimento pela moradia (4,71%), isoladamente tiveram uma representação reduzida, mas se agrupados representaram 26% dos participantes.

O Gráfico 16 apresenta os dados acerca do exercício e a participação em eleições dos participantes da pesquisa.

Gráfico 16. Se já exerceu ou concorreu a algum cargo político eletivo.

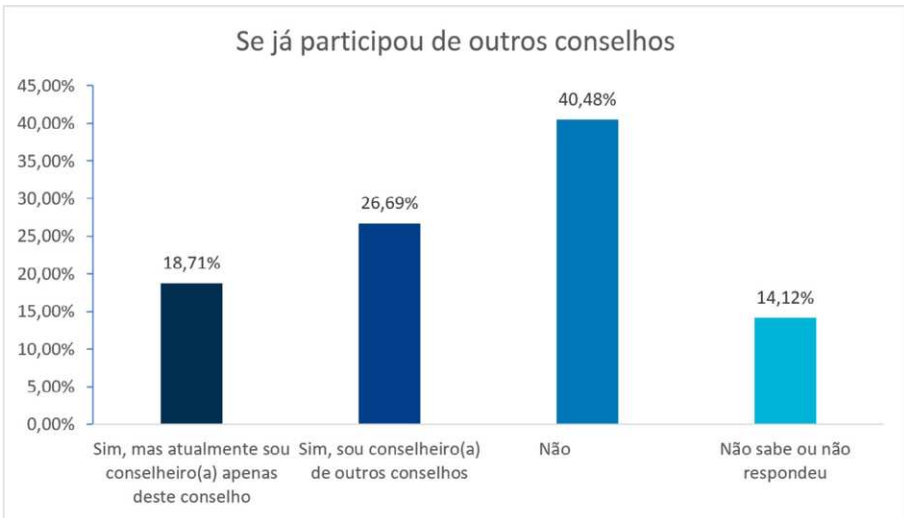


Fonte: dados da pesquisa.

Segundo as informações apresentadas, a maioria dos participantes não tiveram relação com os processos eleitorais e o exercício de representação nas instituições estatais do executivo e legislativo (82,55%). No entanto, a participação de representantes e ou concorrentes de cargos políticos, que significou 1,4 para cada 10 pessoas pesquisadas, sinaliza que houve uma representação maior daqueles envolvidos com as instituições do estado se comparado com a população em geral.

Já participou de outros conselhos?

Gráfico 17. Se já participou de outros conselhos.



Fonte: dados da pesquisa.

A participação de organizações articuladas, ou seja, grupos de interesse, nos fóruns participativos ampliam a capacidade de participação consistente dos atores, mas também podem representar a ampliação da articulação de ativistas sociais, uma vez que possibilitam o acesso a redes sociais o que não ocorreria de outras formas. Os fóruns de participação reúnem atores sociais que compartilham valores e ideias de como dever ser o resultado das políticas, ou seja, compartilham visões de mundo que apontam e criam condições para a ação em direção de como “deve ser” a política do ponto de vista dos grupos de interesse articulados a partir dos movimentos (Cortes; Silva, 2010).

Participação em partidos políticos

A filiação partidária pode refletir o posicionamento político e ideológico dos participantes. Conhecer a afiliação partidária dos envolvidos na conferência pode ajudar a entender melhor suas perspectivas políticas, prioridades e possíveis alinhamentos em relação a questões de saúde. Os

partidos políticos têm influência na formulação de políticas públicas, incluindo as relacionadas à saúde. Ao conhecer a filiação partidária dos participantes é possível avaliar potenciais influências políticas na definição de diretrizes e tomada de decisões relacionadas à saúde.

A filiação partidária dos participantes pode fornecer informações sobre a representatividade política na conferência. Assim, identificar a diversidade partidária presente no evento é importante para garantir que diferentes perspectivas políticas estejam representadas e que a formulação de políticas de saúde seja inclusiva e abrangente. A filiação partidária é parte integrante do processo democrático, e a conferência visa promover a participação e representação de diferentes grupos e interesses.

A Tabela 12 apresenta a proporção de filiados a cada partido político na Conferência Nacional de Saúde.

Dentre os entrevistados, 434 afirmaram ter alguma participação em partidos políticos. As proporções de filiados a cada partido político na conferência variam significativamente. Os partidos de esquerda nitidamente possuem uma proporção mais expressiva, enquanto outros possuem uma representação mais baixa. Entretanto, nota-se uma significativa diversidade de partidos políticos representados entre os participantes.

O Partido dos Trabalhadores (PT) possui a maior proporção de filiados, representando 42,17% dos entrevistados. Isso indica uma forte presença do partido entre os participantes, refletindo a importância histórica do PT na política brasileira e na área da saúde. O Partido Comunista do Brasil (PC do B) foi o segundo partido mais mencionado, com 12,67% dos respondentes. O Partido Socialista Brasileiro (PSB) e o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) também possuem proporções consideráveis de filiados, com 4,84% e 6,91%, respectivamente. Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e Movimento Democrático Brasileiro (MDB) foram os dois partidos de centro ou centro-direita, dependendo da análise, que foram mais mencionados pelos participantes, com 3,92% e 3,23% respectivamente.

Tabela 12. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde vinculados a partidos políticos, 2019, conforme partido político.

	Número	Proporção
PT	183	42,17%
PCdoB	55	12,67%
PSOL	30	6,91%
PSB	21	4,84%
PSDB	17	3,92%
PDT	15	3,46%
MDB	14	3,23%
PCB	9	2,07%
PP	7	1,61%
PSD	7	1,61%
PSL	7	1,61%
PR	5	1,15%
PRB	5	1,15%
PL	4	0,92%
Rede	4	0,92%
DEM	3	0,69%
PROS	3	0,69%
PTB	3	0,69%
PV	3	0,69%
Solidariedade	3	0,69%
Avante	2	0,46%
Cidadania	2	0,46%
PMB	2	0,46%
PODEMOS	2	0,46%
PRP	2	0,46%
PRTB	2	0,46%
PSC	2	0,46%
PTC	2	0,46%
Outros	20	4,61%
TOTAL	434	100,00%

Fonte: dados da pesquisa.

Estes dados mostram uma maioria de partidos de esquerda entre os respondentes que participam de partidos políticos. Partidos de esquerda geralmente têm uma maior afinidade ideológica com os movimentos sociais da saúde, que frequentemente defendem políticas públicas mais voltadas para a garantia do acesso universal, equidade e direitos na área da saúde. Partidos de esquerda têm uma longa tradição de envolvimento em questões sociais, incluindo a saúde. Ao longo do tempo, esses partidos têm demonstrado maior interesse e engajamento em debates e ações relacionados à saúde, o que pode se refletir na maior presença de seus filiados na conferência.

Figura 6. Nuvem de Palavras sobre a participação dos partidos políticos na Conferência.



Fonte: imagem produzida a partir do conteúdo das entrevistas.

Neste tópico vimos que mais de dois terços dos participantes da conferência estão relacionados a outros espaços de associativismo e militância, o que nos remete à “carreira militante”. A “carreira militante” refere-se ao envolvimento ativo e contínuo de pessoas em diferentes formas de participação e defesa de pautas sociais. Essas pessoas dedicam tempo, energia e esforço para promover mudanças e lutar por causas que consideram importantes e que tendem a estarem relacionadas.

A carreira militante pode abranger diversas formas de participação, como engajamento em movimentos sociais, ativismo político, partidos

políticos, trabalho comunitário, grupos religiosos, conselhos de políticas públicas, participação em organizações da sociedade civil e outras iniciativas de mudança social. As pessoas que seguem uma carreira militante muitas vezes são motivadas por um forte senso de justiça social e acreditam na importância de agir para alcançar um mundo mais igualitário e inclusivo.

Essas pessoas podem se envolver em diferentes pautas e questões, dependendo de suas experiências, valores e interesses. Por exemplo, alguém pode se dedicar à luta pelos direitos das mulheres, enquanto também se engaja na defesa dos direitos LGBTQ+, na promoção da igualdade racial ou na proteção ambiental e por uma saúde pública melhor. Como vimos neste tópico, esta multiplicidade de pautas e a busca de justiça em várias frentes não é uma exceção entre os participantes da Conferência, ao contrário, representaram a maioria dos nossos informantes. Como bem expressou um Usuário do estado do Ceará:

Vejo que a Conferência Nacional de Saúde traz essa unidade dos vários movimentos populares, dos vários partidos, das várias organizações, frente a um momento de total destruição dessas políticas públicas, de total entrega da saúde ao capital privatista. Então a gente se coloca como resistência e como luta nesse momento de forma unitária (Usuário, CE).

Sabemos que as pessoas que atuam nestas diferentes frentes de luta muitas vezes enfrentam desafios e adversidades, como oposição, resistência e cansaço emocional. No entanto, eles continuam a persistir e se engajar porque acreditam no potencial de mudança e na importância de sua contribuição para a sociedade. Estes atores são fundamentais para a defesa dos direitos humanos e a transformação social. Por meio de seu trabalho incansável, as pessoas que seguem essa trajetória têm o poder de inspirar e mobilizar outros, criando uma rede de apoio e fortalecendo os movimentos sociais em prol de um mundo mais justo e menos desigual. Analisando como os participantes expressaram suas motivações, vemos como as diferentes causas se associam à saúde por meio concepções sobre um mundo melhor e a defesa do SUS:

A motivação, o que me traz até aqui, o que me faz insistir na participação, é realmente a mudança que acontece através das conferências, tanto nas três etapas, nas três esferas. E o que realmente me motiva é ver que fez efeito, que surtiu efeito nos governos, no governo federal e que as nossas conquistas têm partido daqui (Gestora, RO).

Eu espero é que a gente aprofunde mais e saia daqui uma proposta política mais ampla de desenvolvimento para o país no qual a saúde faça parte, como direito, e aí a gente possa se debruçar sobre o SUS que a gente deseja ainda construir [...]. Eu participei desde a oitava, mas sempre como organizador, como convidado, como mobilizador, mas é a primeira vez que eu participo como delegado (Gestor, PI).

eu sou do militante do movimento sindical e eu gosto muito de ajudar as pessoas. E eu me sinto feliz quando eu acho que estou fazendo algo, que estou servindo alguém [...]. Estou fazendo a minha colaboração pra fazer a diferença na história e amanhã poder olhar pra trás e dizer poxa eu participei daquele momento, assim como muitos que participaram da oitava hoje tem orgulho de falar que participaram né? (Trabalhador, TO).

A atual conjuntura política foi o principal motivador, eu já participei de outras conferências, tanto da saúde quanto da mulher, e eu penso que a atual conjuntura, esse desmonte da saúde pública, o pensar em desconstruir algumas políticas públicas isso me deixa com muita indignação (Trabalhadora, SC).

[...] eu tenho justamente o desejo de fazer a diferença nesse mar de pessoas, eu entendi que podemos fazer a diferença nesta luta por esse sistema que é tão caro pra sociedade brasileira (Usuário, AP).

É importante valorizar e reconhecer o trabalho dessas pessoas, bem como promover espaços de participação que permitam a expressão e o engajamento de múltiplas pautas e a construção de consensos que possam melhorar as condições de saúde da população. As falas dos entrevistados reforçam que a militância é uma forma valiosa de atuar na promoção da mudança social e na construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

História da Participação na Saúde

Neste capítulo, será apresentado o perfil dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em relação à sua história de participação na saúde. Serão analisadas informações como o número de conferências que já estiveram, a participação em conselhos de saúde, a representação de entidades, entre outras, sob a perspectiva do histórico de participação, bem como em relação ao contexto da 16ª CNS.

A partir da realização da 8ª CNS, que foi impulsionada pelo movimento da reforma sanitária e culminou na criação do SUS, a participação da comunidade nas decisões em saúde foi assegurada pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Essas mudanças resultaram em alterações significativas no perfil dos participantes das conferências e conselhos de saúde, entre outras transformações.

A primeira Conferência de Saúde, no entanto, ocorreu em 30 de janeiro de 1941, durante o governo Vargas (Faria; Lins, 2013). Fruto da reforma de 1937 que, além das Delegacias Federais de Saúde, instituíram as Conferências Nacionais de Saúde. Essas conferências deveriam reunir periodicamente delegações de todos os estados em um fórum oficial nacional a fim de discutir periodicamente temas relacionados à saúde pública (Hochman, 2005).

É a primeira vez que participa de uma Conferência Nacional de Saúde?

Para 1.788 (62,02%) dos informantes que responderam ao questionário, esta era a primeira vez que participavam de uma Conferência Nacional de Saúde. No contexto da 16ª CNS, ano de 2019, a participação popular tornava-se ainda mais crucial, dado o cenário desafiador do país. Setores privatistas e antidemocráticos ganhavam cada vez mais espaço e o SUS já sofria com um processo de sucateamento, sobretudo após a promulgação do teto de gastos.

Embora não tenhamos encontrado referências que apresentem dados conclusivos sobre esta questão, é comum escutarmos que há falta de renovação do público que participa dos espaços de controle social do SUS, tais como Conselhos e Conferências. Esta afirmação está implícita em discussões sobre os desafios da participação e a renovação nos espaços de controle social do SUS. No texto final da 13ª Conferência Nacional de Saúde encontramos o seguinte trecho:

Os conselhos devem delimitar o período de representação dos conselheiros para garantir a renovação do seu pleno e limitar a participação da mesma pessoa em várias comissões temáticas, para ampliar o número de participantes nos diferentes espaços de controle social (Brasil, 2008).

Em revisões da bibliografia sobre o tema, tais como as de Cavalcanti et al., (2012), Paiva et al. (2014), Mira (2018), Silva e Lima (2021), entre outras, podemos identificar diversos desafios ao bom funcionamento dos espaços formais de participação social que dão pistas sobre as dificuldades de renovação dos participantes. Pessoas com experiência anterior nos espaços de controle social tendem a se manter engajadas, o que pode dificultar a entrada de novos participantes. Essas pessoas podem ter mais conhecimento sobre os processos, regras e dinâmicas dos espaços de participação, o que cria uma desvantagem para aqueles que estão ingressando pela primeira vez. A resistência à entrada de novos participantes pode ocorrer em espaços de controle social devido à proteção de interesses específicos, medo de perda de influência ou até mesmo desconforto com a diversidade e a pluralidade de perspectivas. O excesso de burocratização e a carência de sentido para aqueles que vem de fora participarem também é um elemento que dificulta o surgimento de novos participantes (Machado et al, 2020, 2023).

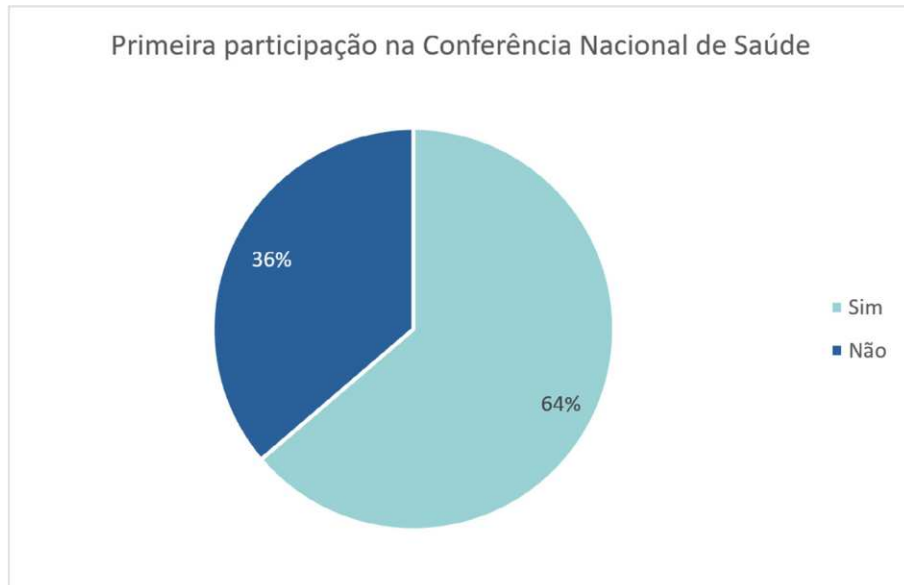
Além disso, a literatura aponta diversas barreiras de acesso que limitam a participação de certos grupos, como pessoas de baixa renda, com baixa escolaridade, residentes em áreas rurais ou afastadas, ou que enfrentam dificuldades de mobilidade. Essas barreiras podem incluir falta

de recursos financeiros, transporte inadequado, falta de informações sobre as oportunidades de participação e dificuldades para conciliar a participação com outras responsabilidades (Bispo Júnior; Sampaio, 2008).

Desigualdades sociais e estruturais, como o acesso desigual a recursos e oportunidades, podem afetar a participação nos espaços de controle social. Também podemos afirmar que grupos historicamente marginalizados, como mulheres, pessoas negras, LGBTQ+, pessoas com deficiência e comunidades indígenas, podem enfrentar obstáculos adicionais para ingressar e se manter engajados nessas instâncias.

Entretanto, quando analisamos os dados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, vemos que mais de 62% dos nossos informantes estão participando pela primeira vez de uma etapa nacional. Isto indica que, ao menos no que se refere ao processo das Conferências de Saúde, que inclui as etapas municipais e estadual, vemos uma renovação significativa.

Gráfico 18. Proporção de pessoas que relataram estar participando pela primeira vez na Conferência Nacional de Saúde.



Fonte: dados da pesquisa.

Quantas conferências nacionais de saúde já participou

Embora mais de 60% dos participantes estivessem na CNS pela primeira vez, entre aqueles que afirmaram já terem participado de alguma CNS, a maioria tinha participado em até de cinco conferências (84,68%, n=873). Enquanto a participação de novatos pode contribuir para renovação das ideias e ampliação do debate, é importante notar a persistência e motivação de muitos participantes que continuam engajados na arena de discussão das conferências. Participantes que têm um histórico de participação em conferências de saúde acumulam experiência e conhecimento ao longo do tempo. Eles podem ter um entendimento mais aprofundado dos processos, das dinâmicas de discussão e das políticas de saúde, o que lhes permite contribuir com insights valiosos e influenciar positivamente as decisões tomadas nas conferências. Além disso, a experiência dos participantes contribui para a continuidade e a coesão nas discussões e no processo decisório. Essas pessoas podem trazer consigo uma perspectiva histórica e uma compreensão das prioridades e desafios enfrentados ao longo do tempo, permitindo a construção de políticas de saúde mais consistentes e alinhadas com as necessidades da população.

Analisando o processo histórico das conferências nacionais de saúde, a realização da 8ª CNS em 1986 foi emblemática, marcada pela ampliação da participação social na escolha dos delegados e pela revisão aprofundada dos conceitos de saúde, direitos sociais e do papel do Estado (Gadelha, 2015). Neste trabalho, quando questionado sobre em quais conferências já haviam participado, muitos dos entrevistados destacaram que sua participação teve início após a 8ª CNS. A 8ª CNS, um dos principais marcos da atuação do movimento sanitário, foi a primeira a contar com ampla participação de representantes da sociedade civil. A partir de então a participação da comunidade foi incentivada e regulamentada pela lei 8.142/1990.

A participação frequente em conferências oferece a oportunidade de estabelecer e fortalecer redes e parcerias com outros participantes, especialistas e representantes de organizações da sociedade civil. Essas conexões podem

facilitar a colaboração, a troca de ideias e o desenvolvimento de ações conjuntas para promover a implementação de políticas de saúde. Na **Tabela 13** apresentamos a distribuição dos participantes relativos ao número de participações em conferências.

Tabela 13. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, conforme o número de participações em conferências.

Número de conferências que já participou	Porcentagem (n)
1	62,02% (n=1.667)
2	7,48% (n=201)
3	11,94% (n=321)
4	6,58% (n=177)
5	4,24% (n=114)
6	2,23% (n=60)
7	0,71% (n=19)
8	1,12% (n=30)
9	1,75% (n=47)
10	0,56% (n=15)
11	0,37% (n=10)
12	0,04% (n=1)
13	0,07% (n=12)
14	0,22% (n=6)
15	0,07% (n=2)
16	0,06% (n=16)

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar a proporção de participantes que já participaram de uma ou mais conferências nacionais de saúde, podemos observar que a maioria dos participantes, 62,02% (n=1.667), afirmou que não tinha participado de nenhuma conferência nacional de saúde, sendo a 16ª Conferência Nacional de Saúde a primeira. Como dito no tópico anterior, isso pode indicar uma

alta renovação no público das conferências de saúde, contradizendo a visão de senso comum de que sempre participam as mesmas pessoas.

Vemos que uma parcela significativa dos participantes relatou ter participado de pelo menos mais uma conferência. Cerca de 37,98% (n=1.020) dos participantes afirmaram ter participado de duas ou mais conferências. Dentre aqueles que participaram, a maioria relatou ter participado de uma ou duas conferências. Cerca de 7,48% (n=201) participaram de duas conferências, e 11,94% (n=321) participaram de três conferências.

Uma porcentagem menor dos participantes relatou ter participado de um número maior de conferências. Por exemplo, 6,58% (n=177) participaram de três conferências, 4,24% (n=114) participaram de quatro conferências, e assim por diante. É importante considerar que a participação em múltiplas conferências pode indicar um maior engajamento e interesse na temática da saúde, bem como um maior conhecimento das discussões e processos ocorridos nessas conferências.

Por outro lado, embora em pequeno número, havia pessoas que relataram participar muitas e até de todas as 16 conferências. Tendo em vista que a primeira conferência de saúde ocorreu na década de 1940, nos parece difícil acreditar neste dado. Além disto, nas entrevistas qualitativas, não encontramos ninguém que havia participado de conferências anteriores à 7ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1980. Atribuímos este número à erros de interpretação. Os respondentes podem ter interpretado como o número que soma etapas municipais e estaduais, ou então conferências de outras áreas, que não apenas da saúde.

Quem participa pela primeira vez?

Algumas características dos participantes que já compareceram a conferências anteriores e daqueles que estão participando pela primeira vez são apresentadas na **Tabela 14**. Nota-se que, entre os participantes novatos, predominavam mulheres, os mais jovens (com idade inferior a 50 anos) e pessoas vindas da região sul do país.

Tabela 14. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, conforme o número de participações e perfil sociodemográfico.

	Primeira vez que participa	Já participou outras vezes
	N (%)*	N (%)*
Sexo		
Feminino	1.021 (65,83)	530 (34,17)
Masculino	767 (60,97)	491 (39,03)
Idade		
<18 anos	6 (66,67)	2 (33,33)
18 a 30anos	429 (89,19)	52 (10,81)
31 a 40anos	521 (75,95)	165 (24,05)
41 a 50anos	417 (65,46)	220 (34,54)
51 a 60anos	295 (45,67)	351 (54,33)
>60 anos	104 (31,80)	223 (68,20)
Região do país		
Norte	226 (61,75)	140 (38,25)
Nordeste	521 (64,24)	290 (35,76)
Centro-Oeste	306 (64,83)	166 (35,17)
Sudeste	517 (62,74)	307 (37,26)
Sul	230 (65,34)	122 (34,66)

Fonte: dados da pesquisa.

*Apresentação de percentual por linha.

O questionário, realizado com 2.852 participantes da 16ª CNS, em relação ao histórico na participação em saúde, revelou que aproximadamente 62% dos entrevistados compareciam pela primeira vez a uma CNS, demonstrando uma renovação importante nesse fórum participativo. Entre os novatos vemos uma concentração esperada entre as pessoas mais jovens, mas também uma maior incidência de mulheres. Embora as pessoas provenientes da região sul tenham apresentado uma maior renovação, a diferença entre as regiões não se mostrou estatisticamente relevante, indicando relativo equilíbrio de renovação dos participantes ao longo do país.

Esse dado sugere que há uma abertura para a entrada de novas vozes e perspectivas, o que é fundamental para a democratização dos espaços de controle social do SUS. A renovação na participação é importante porque traz diversidade de ideias, experiências e necessidades para as discussões sobre políticas de saúde. A entrada de novos participantes pode enriquecer os debates, trazendo visões frescas e diferentes abordagens para os desafios enfrentados pelo sistema de saúde.

A significativa renovação dos participantes pode ser resultado de esforços para ampliar o acesso e a participação, bem como de iniciativas de mobilização e engajamento de diferentes grupos e comunidades. Estratégias de inclusão, como a divulgação ampla e o incentivo à participação de grupos historicamente sub-representados, podem ter contribuído para essa renovação. Nos dados já apresentados, vimos uma significativa presença de pessoas atuantes em movimentos sociais, pertencentes à população LGBT+, pessoas com deficiência e uma boa distribuição de renda e escolaridade entre os participantes. Estes dados indicam que, apesar das possíveis barreiras de acesso para a participação na Conferência, os mecanismos de incentivo têm garantido uma expressiva diversidade política, sociocultural e identitária.

O equilíbrio entre a renovação e a experiência é essencial para promover a diversidade, a inclusão e a efetividade dos espaços de participação social. Devem ser implementados dispositivos que busquem garantir a representatividade e o engajamento de diferentes grupos, evitando a concentração excessiva de poder e influência nas mãos de poucos participantes.

Participa atualmente do Conselho de Saúde?

A Lei nº. 8.142, em dezembro de 1990, instituiu e regulamentou conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e federal. De acordo com Côrtes (2009) originalmente, na década de 1930, o Conselho era um órgão consultivo do então Ministério da Educação e Saúde Pública, composto por especialistas em saúde pública. Após sua recriação em 1990, seu papel

institucional ficou indefinido. Durante a década de 1990, foi o palco central de discussões sobre a reforma do sistema brasileiro de saúde em curso.

Como vimos na introdução deste livro, os conselhos são parte fundamental do arcabouço participativo das políticas públicas e são muito importantes para o controle social no SUS. Os conselhos de saúde são instâncias de participação e deliberação, compostos por representantes da sociedade civil, usuários do sistema de saúde e trabalhadores, prestadores e gestores da saúde. Eles têm como objetivo acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas de saúde em suas respectivas esferas.

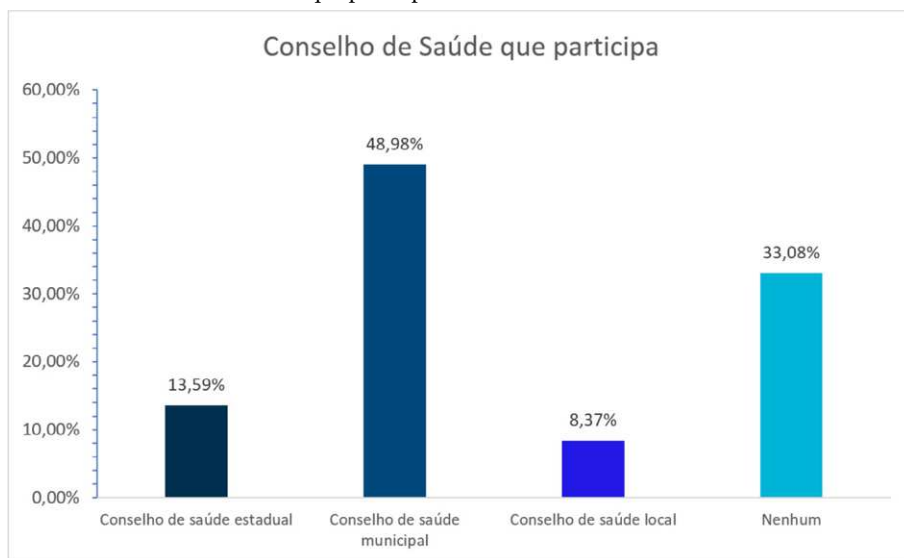
Além disto, os conselhos têm uma relação intrínseca com as diferentes etapas da Conferência. Cabe aos conselhos organizarem as etapas da conferência relacionadas à sua esfera de governo. Enquanto o Conselho Nacional de Saúde estabelece os prazos, a metodologia e o documento orientador e fica responsável por organizar a etapa nacional, os Conselhos Municipais de Saúde se responsabilizam por seus respectivos municípios, enviando os delegados para as Conferências Estaduais de Saúde. Estas, por sua vez, são organizadas pelos Conselhos Estaduais de Saúde.

Quando consultados sobre a participação nos Conselhos de Saúde, cerca de 1/3 dos entrevistados (33%) relataram não participarem de conselhos. Entre aqueles que eram conselheiros, praticamente a metade (49%) dos participantes da 16ª CNS, revelaram que participavam do conselho municipal de saúde. Estes dados estão apresentados no **Gráfico 18**. Dados coletados em 2011 e divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) também demonstraram uma maior participação em conselhos locais, em que 75,5% dos avaliados relataram que participavam de conselhos municipais de saúde (Avritzer, 2012).

A participação nos conselhos de saúde é um processo de conquista cotidiana, fundamental para a continuidade da luta para sua efetivação. A participação nos conselhos reflete os dilemas e contradições da sociedade brasileira (Oliveira; Pinheiro, 2010). Em períodos de retrocessos e ameaças, como se deu o contexto da 16ª CNS, a participação da comunidade torna-

se ainda mais imperativa. Além de levantar problemas locais, regionais e nacionais, a pressão popular tem o poder de impulsionar mudanças positivas para a melhoria do cuidado em saúde.

Gráfico 19. Conselho de saúde que participa.



Fonte: dados da pesquisa.

Os dados indicam que uma parcela significativa dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde está envolvida em diferentes níveis de conselhos de saúde. Cerca de 13,59% participam de conselhos estaduais de saúde, 48,98% participam de conselhos municipais de saúde e 8,37% participam de conselhos locais de saúde. No entanto, 33,08% dos participantes afirmaram não participar de nenhum conselho de saúde. Esses números indicam a interconexão entre os espaços de controle social do SUS, representados pelos conselhos de saúde em diferentes níveis, e as conferências nacionais de saúde.

A participação dos conferencistas nos conselhos de saúde nos remete a um nível de envolvimento e comprometimento com as políticas e práticas de saúde em suas regiões. Essa participação pode permitir que eles tragam para a Conferência Nacional de Saúde experiências, demandas e conhecimentos adquiridos em seus respectivos conselhos,

enriquecendo as discussões e promovendo a conexão entre os diferentes níveis de participação. Por outro lado, a porcentagem considerável de participantes que afirmaram não participar de conselhos de saúde ressalta a importância de criar oportunidades e incentivos para que mais pessoas se envolvam nessas instâncias de controle social. É fundamental promover a diversidade e a inclusão nos conselhos de saúde, garantindo a representação de diferentes grupos populacionais e vozes marginalizadas.

A relação entre as conferências e os conselhos de saúde pode ser vista como um ciclo de participação e deliberação. As conferências nacionais de saúde são espaços de diálogo e formulação de diretrizes e propostas para a política de saúde que podem ser levadas aos conselhos de saúde em diferentes níveis para orientar as ações e deliberações locais, regionais e estaduais, mas também para o amadurecimento das posições e compreensões, na medida em que oxigenam as discussões locais com ideias e perspectivas de outras regiões do Brasil. Os dados apresentados indicam a existência de uma relação entre a participação na conferência e nos conselhos de saúde, destacando a importância de fortalecer e promover essas instâncias de controle social, sua interconexão e contribuição mútua para a formulação e implementação de políticas de saúde mais efetivas.

Representação e atuação nos conselhos

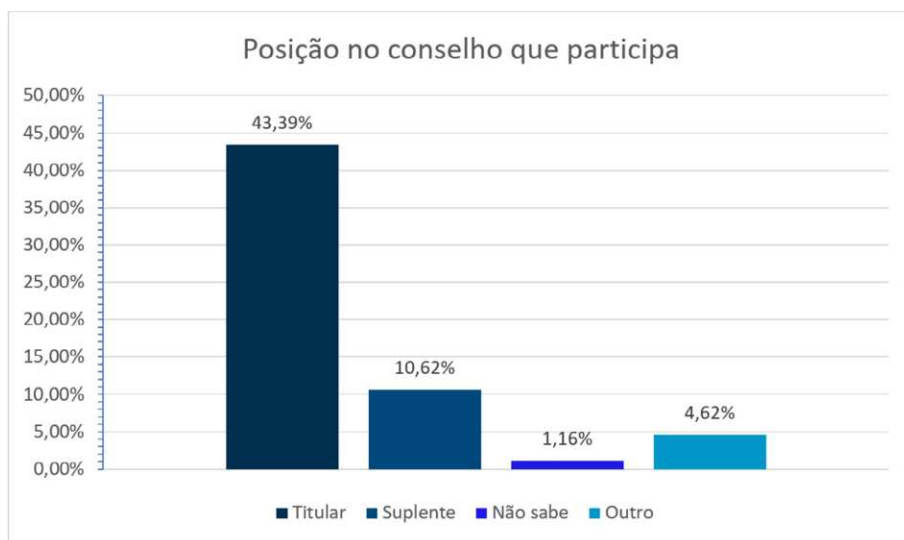
As variações na composição do Conselho verificadas ao longo do tempo, especialmente no que tange às proporções entre atores estatais, de mercado e sociais, são relacionadas a transformações no sistema de saúde brasileiro e, particularmente, no desenho institucional da área. Na 8ª CNS, realizada com a participação de cerca de quatro mil pessoas, mil delas atuavam como delegados representando instituições públicas e privadas da área da saúde, universidades, centrais sindicais, sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos, associações de profissionais da saúde, associações comunitárias, partidos políticos e principais igrejas cristãs (Cortês, 2009).

Faria e Lins (2013) destaca que atualmente as conferências contam com a participação de delegados e os convidados/observadores. Entre os

primeiros existe o critério de paridade definido por lei, o qual estabelece que 50% devem ser representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores e 25% dos gestores/prestadores de serviço. Somente os delegados têm direito a voz e a voto, enquanto os convidados/observadores têm direito somente a voz.

Quanto à representação de conselheiros e conselheiras na 16ª CNS, a maior parte dos conselheiros entrevistados eram titulares (43,39%), mas suplentes (10,62%) também se fizeram presentes. Uma pequena parcela relatou ainda não saber ou participar como “outro”, ou seja, trata-se de uma parcela de participantes voluntários.

Gráfico 20. Posição no conselho de saúde que participa.



Fonte: dados da pesquisa.

Segmento de representação na 16ª Conferência Nacional de Saúde

Ao serem questionados sobre qual segmento representavam na Conferência, 36,48% dos respondentes afirmaram representar os usuários, enquanto 23,94% representavam os trabalhadores e 14,08% os gestores/prestadores. Importante considerarmos que optamos por perguntar o segmento de representação na Conferência, sem diferenciar do segmento de representação nos conselhos, pois nos pré-testes constatamos que estas perguntas causavam confusão nos respondentes.

Observa-se que, considerando a proporção de cada segmento, os trabalhadores participaram em maior número do que os gestores e prestadores. E praticamente 50% dos participantes que relataram a que segmento representavam, eram usuários. Cerca de um quarto dos respondentes não soube ou não respondeu, possivelmente indicando que não faziam parte de conselhos. Além disso, alguns participantes da conferência pareceram não saber a qual segmento pertenciam, respondendo com informações ambíguas, como fazer parte do segmento de trabalhadores e usuários ou de gestor/prestador e trabalhador. Esta distribuição pode ser vista em detalhes na **Tabela 15**.

Tabela 15. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, conforme o segmento que representavam na conferência.

Segmento de representação a que pertence	Número (%)
Gestor/prestador	390 (14,08)
Trabalhador	663 (23,94)
Usuário	1.010 (36,48)
Gestor/prestador e trabalhador	1 (0,04)
Trabalhador e usuário	7 (0,26%)
Não sabe ou não se aplica	697 (25,21%)

Fonte: dados da pesquisa.

O segmento Gestor/prestador compreende 14,08% dos participantes da pesquisa. Esses são indivíduos que ocupam cargos de gestão ou prestam serviços na área da saúde. Sua presença na pesquisa é importante, pois traz a perspectiva dos profissionais diretamente envolvidos na administração e na prestação de serviços de saúde. O segmento Trabalhador representa 23,94% dos participantes da pesquisa. São os profissionais que atuam na área da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, entre outros. Sua participação é relevante, pois eles têm conhecimento prático das questões e desafios enfrentados no cotidiano do trabalho na área da saúde. Usuário é o segmento mais representativo, compreendendo 36,48% dos participantes da pesquisa.

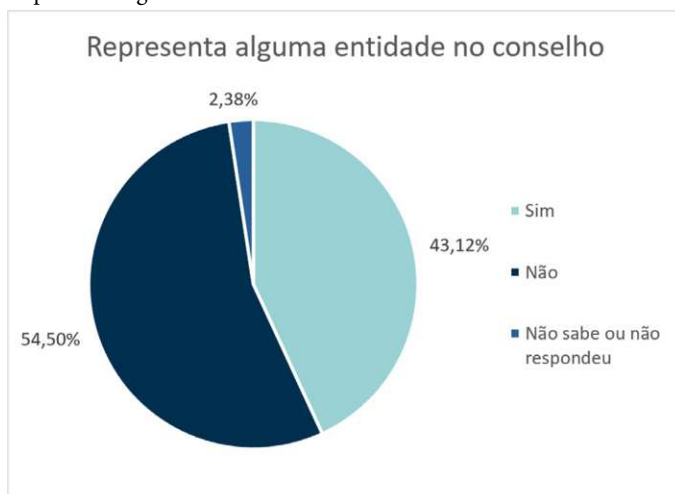
Os usuários são as pessoas que utilizam os serviços de saúde, sejam pacientes, familiares ou representantes de organizações de usuários. Sua participação é crucial, pois reflete a perspectiva das pessoas diretamente afetadas pelos serviços de saúde e suas necessidades, experiências e expectativas.

“Não sabe” ou “não se aplica” compreende 25,21% dos participantes, e são participantes das conferências que não estão representando nenhum segmento por não serem delegados, são convidados, pesquisadores, propositores de Atividades Autogestionadas e outras formas de participação. No geral, a diversidade de representação dos participantes da pesquisa permite uma visão mais abrangente das opiniões, experiências e necessidades relacionadas à saúde, por esta razão, a pesquisa optou por entrevistar todos os segmentos.

Representa alguma entidade no conselho?

Além de perguntar a qual segmento os participantes representavam (gestor/prestador, trabalhador ou usuário) nas conferências, questionou-se se eles representavam alguma entidade e 43% responderam afirmativamente, como podemos visualizar no **Gráfico 21**. De fato, a presença de representantes da sociedade civil, de entidades e setores específicos ampliam o debate político e o alcance das políticas públicas.

Gráfico 21. Representa alguma entidade no conselho.



Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com Faria e Lins (2013) desde 1990 ocorreram duas mudanças na composição do CNS relacionadas aos “representantes estatais”. i) Em relação aos conselheiros provenientes de órgãos do governo federal, variações refletem mudanças na estrutura ministerial ao longo do período, em que o número de representantes do Ministério da Saúde (três) e dos secretários estaduais e municipais de saúde (um e um, respectivamente) permaneceu constante. ii). Além disso, a partir de 2003, os conselheiros de “notório saber” indicados pelo Ministério da Saúde deixaram de existir. Com isso, uma tradição que persistia desde a criação do primeiro Conselho Nacional de Saúde foi extinta, enquanto o novo Conselho se estabeleceu como um espaço público em que interesses sociais organizados eram representados.

Em estudo recente que avaliou a efetividade participativa no desempenho do conselho de saúde de Vitória da Conquista/Bahia, embora o envolvimento comunitário tenha sido alto - com elevada participação de conselheiros e não conselheiros às reuniões e perfil de atuação propositivo - a representatividade foi a dimensão de pior desempenho, evidenciada pela frágil relação dos representantes com as entidades. Os autores apontam o desinteresse como uma das causas para a baixa representatividade, além de destacar a fragilidade nas relações com as entidades e as debilidades no processo de escolha dos representantes como elementos comprometedores da representatividade, o que parece ser comum em outros conselhos (Rocha; Moreira; Bispo Júnior, 2019).

Qual a sua representação no Conselho que participa?

Como disposto na Tabela 16, em relação a representação no conselho, a maioria mencionou a sociedade civil (9,65%), trabalhadores (9,14%) e movimento de usuários (7,69%). Alguns participantes (n=200) citaram ainda “outra entidade”, dentre estes, conselhos de classe profissional (Conselho Federal de Nutricionistas, Conselho Regional de Farmácia, Conselho Regional de Odontologia, Ordem dos Advogados do Brasil), sindicatos, associações (idosos, moradores, deficientes), movimentos (negro, LGBTQIA+, mulheres), e comunidades religiosas (católica, adventista, evangélicas). Em relação ao tempo

de conselheiros, 7,38% relataram participarem há um ano, 9,52% participaram há dois anos, 4,92% há três anos e 8,47% estão no conselho há quatro anos.

Tabela 16. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, conforme entidades que representavam na conferência.

Representação no Conselho que participa	Número (%)
Entidades da sociedade civil	267 (9,65)
Entidades de trabalhadores	253 (9,14)
Movimentos de usuários	213 (7,69)
Governo	156 (5,63)
Entidades de profissionais de saúde	125 (4,51)
Prestador de serviços	46 (1,66)
Entidades estudantil ou de residentes	19 (0,69)
Sociedade Científica	14 (0,51)
Não sabe ou não respondeu	8 (0,29)
Outro	200 (7,22)

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com Côrtes e colaboradores (2009) houve um aumento significativo no número de representantes de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências. Segundo os autores, esse fenômeno relaciona-se ao aumento de atores sociais organizados e à variedade de temas específicos que passaram a integrar o debate político nacional. Anteriormente, questões que eram politicamente invisíveis e consideradas como “normais”, como desigualdades decorrentes da cor da pele, etnia, gênero sexual, orientação sexual, preferência religiosa, deficiências, agora fazem parte da agenda pública de discussão, especialmente na área da saúde. Dessa forma, as reivindicações, políticas implementadas e canais de negociação, tanto públicos quanto ocultos que envolvem temas de interesse de grupos considerados “minoritários”, evidenciam a emergência de um novo modelo organizacional na sociedade civil brasileira.

Em trabalho mais atual, Gadelha (2015) destaca que uma conexão fundamental entre as questões de mobilização e representação é a necessidade

de um forte projeto político de articulação em torno do SUS. Isso é essencial para assegurar que a diversidade dos setores representados na CNS, defendendo suas agendas específicas e legítimas, seja parte de um projeto coletivo.

Ao analisar a **Tabela 16**, podemos fazer algumas observações sobre quais setores de representação nos conselhos estão mais presentes na Conferência Nacional de Saúde: Com uma representação de 9,65% (n=267), as entidades da sociedade civil tiveram uma presença significativa na amostra, sendo o setor mais representado. Essas entidades geralmente abarcam organizações não governamentais (ONGs), associações e grupos comunitários que atuam na área da saúde. Sua participação no conselho indica a importância da sociedade civil organizada na tomada de decisões relacionadas à saúde.

As entidades de trabalhadores também tiveram uma representação considerável no conselho, com 9,14% (n=253), sendo a segunda categoria mais presente na etapa nacional da conferência. Isso sugere que as organizações sindicais e grupos de trabalhadores têm uma presença relevante e são ativos na discussão de questões relacionadas à saúde. Indica que os trabalhadores organizados reconhecem na conferência um espaço importante de articulação e militância.

Os movimentos de usuários representados nos conselhos tiveram uma participação de 7,69% (n=213) na Conferência Nacional. Esses movimentos representam os próprios usuários do sistema de saúde, buscando defender seus interesses e demandas. Sua presença no conselho indica a importância de incluir a perspectiva dos usuários na formulação de políticas de saúde. Os representantes do governo nos conselhos tiveram uma representação de 5,63% (n=156) na conferência. Estes números nos levam a especular que o interesse dos conselheiros representantes de governo é inferior àqueles que representam os trabalhadores, uma vez que ambos devem compor 25% das cadeiras de um conselho. Importante dizer que nossos dados não nos autorizam a dizer isto diretamente, sendo necessárias outras pesquisas que atestem esta diferença, mas nos parece uma hipótese razoável e que merece ser considerada.

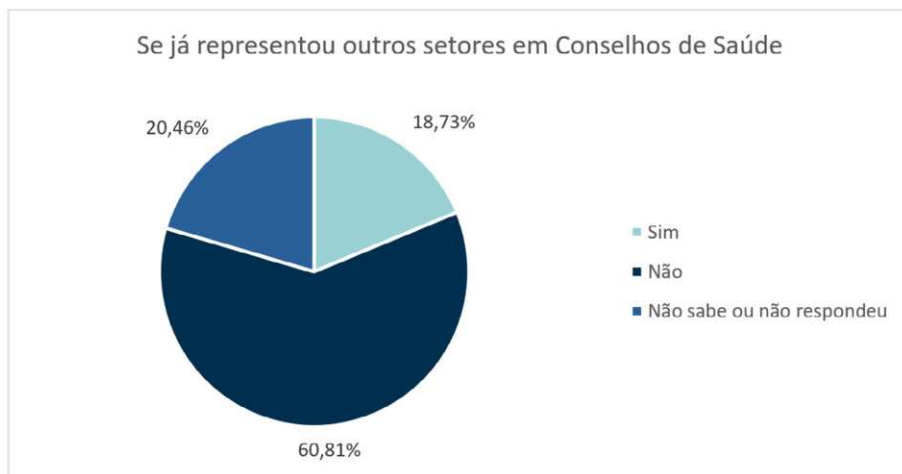
As entidades de profissionais de saúde tiveram uma participação de 4,51% (n=125) na Conferência. Isso inclui organizações e associações que representam médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais de saúde. Sua presença no conselho reflete a importância de incluir a perspectiva dos profissionais de saúde na elaboração de políticas. A participação na conferência de representantes de prestadores de serviços em conselhos é de 1,66% (n=46). Isso inclui hospitais, clínicas, laboratórios e outros prestadores de serviços de saúde que têm uma representação limitada no conselho.

Já representou outros setores em Conselhos de Saúde?

Também foi levantada a questão do intercâmbio de representatividade. De acordo com os resultados, dispostos no **Gráfico 22**, 18,73% dos entrevistados relataram ter representado outros setores em conselhos de saúde. Labra (2002) descreve situações em que um mesmo conselheiro representa diferentes segmentos da sociedade, como usuários e prestadores de serviços, ou ocupa um cargo político eletivo, como um vereador, ou ainda é indicado pelo prefeito, por entidades não relacionadas ao conselho ou por grupos desconhecidos pela comunidade.

De acordo com Martins e colaboradores (2008) alguns dos problemas mais presentes e difíceis de serem solucionados na prática estão relacionados a composição, representação e representatividade do conselho. Muitas vezes, há interferências políticas na escolha dos conselheiros, principalmente aqueles que representam os interesses dos usuários, o que faz com que eles não representem adequadamente os interesses dos cidadãos comuns. Embora a presença quantitativa dos representantes da população seja assegurada pelo requisito jurídico da paridade em muitos casos, não há correspondência direta entre essa capacidade de intervenção do grupo e sua atuação efetiva no conselho.

Gráfico 22. Se já representou outros setores em conselhos de saúde



Fonte: dados da pesquisa.

Quais setores já representou em conselhos de saúde?

Dentre os setores mencionados pelos participantes como já tendo participação em conselhos de saúde, destacaram-se as entidades de trabalhadores (4,12%), organizações da sociedade civil (3,86%), movimentos de usuários (3,79%) e representantes do governo (3,21%). Alguns participantes (n=73) também relataram ter representado “outros setores” em conselhos de saúde, como movimentos religiosos (por exemplo, a pastoral da criança), sindicatos, conselhos de classe, grupos de proteção a mulheres, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, comunidades quilombolas e questões ambientais. Estes resultados podem ser conferidos com detalhes na **Tabela 17**.

Foram poucos os relatos de participação anterior que representavam a gestão, enquanto parece haver uma forte participação daqueles que representam movimentos, associações e entidades da sociedade. Apesar dos desafios consideráveis, como a capacidade de inclusão de novas pautas políticas, a presença mais significativa dos diversos setores da sociedade contribui para o fomento de um debate político mais amplo.

Tabela 17. Apresentação dos participantes da pesquisa da 16a Conferência Nacional de Saúde, 2019, conforme outros setores que já representou em Conselhos de saúde.

	Porcentagem
Governo	3,21%
Prestador de Serviços	1,05%
Entidades da sociedade civil	3,86%
Entidades de trabalhadores	4,12%
Entidades de profissionais de saúde	2,31%
Sociedade científica	0,25%
Entidade estudantil ou de residentes	0,40%
Movimentos de usuários	3,79%
Não sabe ou não respondeu	0,22%
Outro	2,64%

Fonte: dados da pesquisa.

Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2019) ressaltam que é imperativo o incentivo ao fortalecimento das entidades de representação social e a maior interface destas com os representantes. Dados de sua pesquisa demonstraram que o predomínio de critérios não eleitorais para a escolha dos representantes foi relacionado ao desinteresse dos integrantes das entidades. De acordo com os autores, na amostra estudada, não era prática comum os conselheiros discutirem com os representados as temáticas tratadas no conselho municipal de saúde. Complementam, que apenas as representações que tinham um caráter corporativo ou que defendiam interesses específicos, como é o caso dos profissionais de saúde, mantiveram um contato frequente com os segmentos que representavam.

Concepções sobre participação em saúde (papel e importância dos espaços de participação)

Os participantes foram questionados quanto ao sentimento mais presente durante a participação, 2.219 responderam que se sentiam esperançosos (78,2%), 293 se sentiam céticos (10,3%) e 324 relataram outros sentimentos (11,4%), dentre os quais se apresentam preocupado, receoso ou decepcionado. Nesta última categoria de resposta, o sentimento mais frequente foi o de preocupação com o SUS.

Gráfico 23. Sentimentos em relação a etapa nacional.



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 18. Principal sentimento dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, em relação a etapa nacional da Conferência, conforme sexo, idade, participação e região.

	Esperançoso	Cético	Outros*
	N (%)**	N (%)**	N (%)**
Sexo			
Feminino	1.235 (79,22)	150 (9,62)	174 (11,16)
Masculino	964 (76,51%)	137 (10,87)	159 (12,62)
Idade			
<18 anos	6 (100)	0	0
18 a 30anos	399 (75,93)	52 (10,79)	64 (13,28)
31 a 40anos	536 (78,13)	76 (11,08)	74 (10,79)
41 a 50anos	519 (80,97)	63 (9,83)	59 (9,20)
51 a 60anos	499 (76,77%)	72 (11,08)	79 (12,15)
>60 anos	254 (77,44)	23 (7,01)	51 (15,55)
Primeira vez que participa			
Sim	1.442 (80,20)	171 (9,51)	185 (10,29)
Não	751 (74,06)	119 (11,74)	144 (14,20)
Região do país			
Norte	303 (82,79)	30 (8,20)	33 (9,02)
Nordeste	642 (79,06)	63 (7,76%)	107 (13,18)
Centro-Oeste	378 (79,41)	45 (9,45)	53 (11,13)
Sudeste	622 (75,49)	108 (13,11)	94 (11,41)
Sul	264 (73,95)	291 (12,61)	48 (13,45)

Fonte: dados da pesquisa.

*Outros incluiu sentimentos como preocupado, receoso ou decepcionado.

**Percentuais fechando na linha. Fonte: dados desta pesquisa.

A **Tabela 18** apresenta dados sobre a percepção dos participantes em relação à etapa nacional da conferência, agrupados por diferentes características demográficas. Em relação ao sexo, tanto mulheres quanto homens apresentaram uma predominância de sentimentos esperançosos em relação à conferência, com diferenças mínimas entre os dois grupos.

Quanto à idade, observa-se que participantes de todas as faixas etárias tiveram uma perspectiva majoritariamente esperançosa, com uma pequena variação nos índices de ceticismo e outros sentimentos. Em relação à participação anterior em conferências, tanto os participantes que estão participando pela primeira vez quanto os que já participaram anteriormente, observou-se uma visão majoritariamente esperançosa, com uma porcentagem um pouco maior de ceticismo entre os participantes que estão participando pela primeira vez.

Em relação à região do país, observa-se perspectiva majoritariamente esperançosa em relação à conferência. Os maiores percentuais foram registrados na região Norte (82,79%) e Nordeste (79,06%). A região Centro-Oeste também apresenta uma alta porcentagem de participantes com sentimentos esperançosos (79,41%). Por outro lado, as regiões Sudeste e Sul apresentam um percentual um pouco menor de participantes com sentimentos esperançosos (75,49% e 73,95%, respectivamente), com uma porcentagem um pouco maior de ceticismo nessas regiões.

Em geral, os dados indicam que a maioria dos participantes da conferência expressou um sentimento de esperança em relação ao evento, independentemente de características demográficas como sexo, idade, participação anterior e região do país. Isso sugere um nível de otimismo e engajamento por parte dos participantes na busca por melhorias no sistema de saúde.

Obviamente, na voz dos participantes, entre céticos, esperançosos e outros, compreendemos que havia uma complexidade muito maior de sentimentos e atitudes. Para qualificarmos os sentimentos indicados pelos participantes, recorreremos aos dados qualitativos. Afinal, a principal riqueza da participação social no SUS está na diversidade das perspectivas e dos pensamentos dos atores que compõem o sistema:

Aqui você vê uma multidão e percebe o quanto o SUS é bem administrado porque o povo agrega o seu conhecimento para o funcionamento do SUS. O Brasil todo está aqui, é lindo demais...
(Usuário/PR);

Eu tô superfeliz, é a primeira conferência [nacional] que eu estou participando... e assim eu vou voltar bem enriquecida mesmo, isso é bem importante para mim (Trabalhadora/RO);

A felicidade de estar nesse espaço e de ver mais de 5 mil pessoas dispostas a lutar e não entregar o país para esse novo modelo de governo que querem implementar. Fortalecer as companheiras e companheiros que estão aqui, dizendo que somos resistentes e que “ninguém solta mão de ninguém” (Usuário/PE);

Então estou fazendo a minha colaboração para fazer a diferença na história e amanhã poder olhar para trás e dizer ‘poxa eu participei daquele momento’, assim como muitos que participaram da oitava e hoje tem orgulho de falar que participaram (Gestora/TO).

Destacamos que 2.219 participantes disseram estar esperançosos (78,2%), contra 293 que se sentiam céticos (10,3%) e os 324 relataram outros sentimentos (11,4%). Nesta última categoria de resposta, o sentimento mais frequente foi o de “preocupação com o SUS”, que atravessa diversos relatos, pois a gente precisa “se abraçar para se unir ... ou a gente se une, ou a gente vai ser engolido” (Trabalhador/PB):

E aqui falando dá até vontade de chorar, a gente é lá do interior, só aprendi trabalhar, não teve muito contato com os prazeres da vida, e sou muito feliz com 64 anos poder fazer uma viagem dessas, tão satisfatória, buscando conhecimento e entendimento para eu ser um multiplicador do SUS lá na minha base (Usuário/PR);

Eu queria que minha opinião sobre o futuro do SUS fosse a melhor possíveis... que todos, que a gente pudesse cumprir consolidado de fato o que está no papel, mas hoje em dia as perspectivas são piores devido ao enfrentamento que a gente tá tentando fazer e os ataques que deslegitimam toda nossa conquista (Trabalhador/PB);

Este sentimento de preocupação com o SUS, embora também estejam presentes na fala dos esperançosos, dá lugar a afirmação de princípios e

disponibilidade para a ação. Primeiramente notamos que a participação social é relatada como dispositivo que influencia na manutenção da “esperança”:

Eu vim bastante pesarosa, mas eu saio com sentimento de esperança e felicidade. Saio fortalecida para voltar para minha área de atuação. Entender que o sistema de saúde é para todo mundo e fazer com que meus colegas entendam isso e mais do que isso, representar não só os trabalhadores, mas todos os usuários, toda a minha família e amigos que utilizam o sistema e sair daqui difundindo que esse é um dos melhores sistemas do mundo (Gestora/RS);

Isso eu venho conversando com meus colegas desde o início da Conferência, a gente está muito temeroso em relação ao futuro, porque não sabemos o que vai acontecer e não conseguimos enxergar uma luz no fim do túnel e participar da Conferência dá um gás para você continuar lutando, porque nós sofremos ataques todos os dias (Gestor/RS);

Entretanto, uma categoria de falas nos permite sintetizar este sentimento de “esperança”, em elaboradas compreensões sobre o processo histórico. Estas perspectivas vão desde um olhar otimista, que localiza no contexto atual a possibilidade de otimização da gestão em saúde:

Como gestor, eu não vejo um futuro obscuro para o SUS no Brasil. A gente tem que priorizar por otimização (Gestor/PE);

Até uma leitura pessimista sobre a “conjuntura”, capaz de ser enfrentada com mobilização social:

É uma mistura. Sempre das Conferências, você espera aperfeiçoar o SUS. Mas nós estamos numa conjuntura muito difícil, então todo esse novo esforço coletivo, de milhares e milhares de pessoas de todos os estados, de todos os lugares, ele pode ser enterrado com uma canetada. Mas eu sou uma pessoa que tem esperança. Então eu tenho certeza, mesmo sabendo que a situação está difícil, que nós vamos conseguir aqui fazer com que o SUS possa ser aperfeiçoado (Usuária/PE);

Eu gostaria de registrar que estou muito feliz. Essa é a minha primeira conferência, é a minha primeira participação e como delegado também, então apesar das inúmeras dificuldades que a gente vê tem que manter a esperança, um fundinho de esperança acesa, porque essa mobilização que a gente faz com o povo que vai permitir que um dia a gente tivesse conquistas realmente populares (Trabalhador/SP).

Finalmente, temos leituras que comparam momentos históricos para concluir que o sistema de saúde já passou por momentos difíceis, talvez mais difíceis que o atual, e que a esperança deve sobressair, aliada a valores como democracia, cidadania, mobilização popular:

Futuro do SUS e do Brasil: o Brasil passar por um período difícil, mas não impossível, nós já passamos por períodos parecidos a esse que estamos passando, politicamente, mas eu acho que o povo brasileiro tem a capacidade de se reerguer em momentos de dificuldade, essa conferência, por exemplo, é um reflexo disso, a gente vive vários ataques a saúde, mas ao mesmo tempo a gente teve forças de vir aqui e explanar quais são as nossas dificuldades. Então eu acho que o momento é de luta de resistência, em especial resistência pela democracia, que sem ela não vai existir SUS. Eu acho que apesar do momento ser difícil, acho que nosso horizonte é saudável, ele é bonito talvez demore um pouco mais, talvez nos entristeçamos no meio do caminho, mas acho que vai sempre existir uma esperança, e que lá no horizonte, não tão longe, a gente vai conseguir o que queremos de fato que é a manutenção da democracia e a felicidade do nosso povo brasileiro (Usuário/SC);

Quem participou da 8º CNS não imaginava que estaríamos passando isto [fala do cenário político atual] em 2019. Eles certamente estavam numa situação bem pior e é por eles que estamos aqui hoje. Que não tenhamos medo e vamos à luta mesmo! E que a próxima 8+8+8 seja outro marco!" (Usuária/ RN).

Com os trechos de falas dos participantes, conseguimos visualizar uma variedade de perspectivas e emoções em relação à participação na conferência e ao futuro do SUS. Essas frases apresentam uma diversidade de perspectivas,

que variam entre admiração, felicidade, esperança, temor e incerteza em relação ao SUS e seu futuro. Elas revelam a importância e o impacto pessoal que a participação na conferência tem para os diferentes indivíduos, além de expressar preocupações, desafios e a necessidade de fortalecer e defender o SUS. Essas diferentes visões refletem as complexidades e as diversas experiências e sentimentos dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, em um momento político bastante conturbado, que já caracterizamos em outros momentos deste livro.

Figura 7. Nuvem de Palavras revelam variedade de perspectivas e emoções em relação à participação na conferência e ao futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)



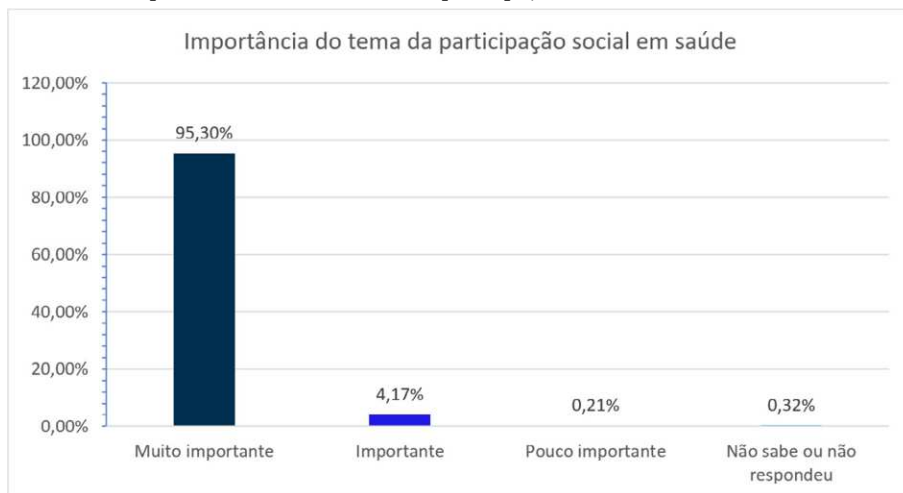
Fonte: imagem produzida a partir do conteúdo das entrevistas.

É importante participar?

No **Gráfico 24** vemos que a maioria dos entrevistados, mais especificamente 95,30%, consideraram a participação social em saúde “muito importante”. Na sequência, 4,17% consideraram “importante”, de modo que apenas uma quantidade residual, próximo a 0,5%, consideraram pouco importante ou não responderam. Esse alto percentual indica um reconhecimento generalizado da relevância da participação da sociedade civil, usuários e trabalhadores da saúde na formulação, implementação e avaliação

das políticas de saúde. Também, indicam que a maioria esmagadora dos entrevistados valoriza e reconhece a importância da participação social.

Gráfico 24. Importância considerada sobre a participação social em saúde.



Fonte: dados da pesquisa.

A influência dos conselhos e conferências de saúde pode ser afetada por limitações estruturais e políticas. Por exemplo, a tomada de decisões pode envolver outros atores e processos que limitam a influência direta dos participantes. Além disso, as políticas de saúde podem ser moldadas por uma variedade de fatores, como considerações financeiras, interesses políticos e pressões externas, o que pode reduzir a influência dos conselhos e conferências. Além disso, a influência dos conselhos e conferências de saúde pode ocorrer de forma indireta e ao longo do tempo. As discussões e recomendações resultantes desses fóruns podem levar a mudanças graduais nas políticas e práticas de saúde, que podem não ser imediatamente perceptíveis para os participantes. Isso pode levar a uma percepção de que a influência dos conselhos e conferências é menos pronunciada ou imediata.

Estes dados suscitam a necessidade de pesquisas que possam compreender melhor este descompasso entre a importância da participação e a percepção da efetividade desta mesma participação, para que possamos

identificar possíveis melhorias no engajamento e na efetividade desses fóruns participativos.

Mais uma vez, as falas dos participantes nos permitem compreender em maior profundidade a perspectiva dos 2.717 (95,6%) sujeitos aos quais foi aplicado o questionário da fase inicial e que consideraram a participação um tema muito relevante para a saúde, pois “o SUS sem controle social não é SUS” (Trabalhador/AM), e talvez, “se não tivesse essa Conferência, por exemplo, eu acho que o SUS não demoraria 10 anos mais não” (Usuário, MG):

É através das conferências que a gente consegue rodar a catraca... É através das conferências que a gente consegue dar um passo, embora muito curto, à frente de um governo que... muitas vezes tenta... tenta cortar, tenta derrubar pontes, tenta obstruir os caminhos né? Não só desse Governo, mas tantos outros que passaram que tentaram boicotar o SUS na verdade (Gestor/RO);

Eu comecei na luta aos 17 anos, hoje eu tenho 28, então a cada vez que eu venho para uma conferência, participo de uma reunião de conselho, que eu participo de uma reunião enquanto conselho dentro de uma unidade de saúde, eu me... É como me reavivasse as minhas energias porque você fica às vezes tão baqueado com os acontecimentos e aí você se junta né, quando tem essa união é muito importante (Gestor/PB).

As entrevistas em profundidade qualificam as conferências como espaços onde é possível dar voz às demandas da saúde, mesmo diante de governos e forças que tentam deslegitimar e enfraquecer o sistema, como era caracterizada a conjuntura pela grande maioria dos participantes naquele momento. Da mesma forma, a grande maioria dos entrevistados destacaram o impacto positivo da participação e da união na luta pela saúde, não sendo incomum relatos sobre indissociabilidade entre o SUS e a participação como uma das diretrizes principais do sistema. A participação é vista como uma forma de proteger o SUS e garantir sua continuidade diante de desafios e ameaças políticas, mas também como uma característica central para sua existência. Os entrevistados atribuem

à participação em conferências, reuniões de conselhos e outros espaços de controle social a capacidade de “renovar as energias” e a motivação dos participantes, especialmente quando enfrentam desafios e adversidades na defesa do SUS.

Essas falas refletem a percepção dos participantes sobre a importância da participação, das conferências e do controle social para a garantia e fortalecimento do SUS. Elas mostram a valorização da voz da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde como agentes de transformação e proteção do sistema de saúde. Através desses espaços de participação, os participantes sentem-se revigorados e fortalecidos para continuar na luta pela saúde pública e pela concretização dos princípios do SUS.

É interessante notar um descompasso entre a percepção da importância de participar e a percepção da influência dos conselhos e conferências, como veremos a seguir. Embora uma porcentagem significativa dos participantes (95,30%) considere muito importante participar, a percepção da influência dos conselhos e conferências em certos aspectos pode ser mais ambígua ou menos expressiva. Os participantes podem ter expectativas elevadas em relação aos conselhos e conferências de saúde, acreditando que sua participação e contribuição terão um impacto significativo na formulação de políticas e tomadas de decisão. No entanto, quando confrontados com a realidade da influência desses fóruns, pode haver uma percepção de que seu impacto é menos proeminente do que o esperado.

Como e o que as conferências influenciam?

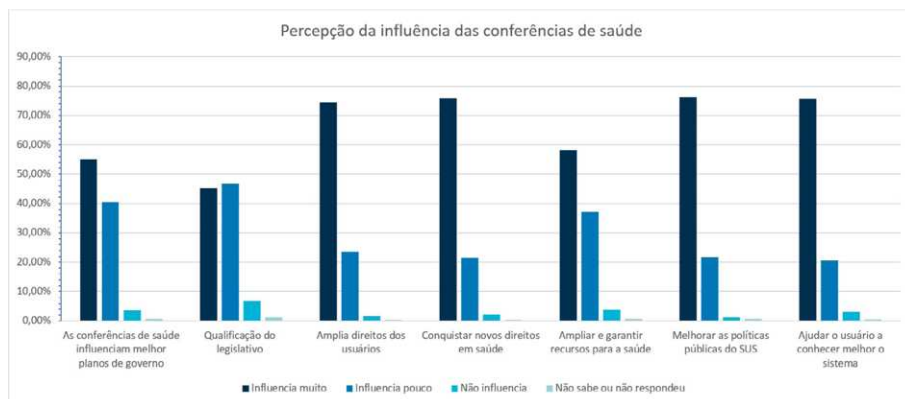
A tabela 19 apresenta a percepção dos participantes em relação à influência das Conferências de Saúde em diferentes aspectos.

Tabela 19. Percepção dos participantes da pesquisa da 16a Conferência Nacional de Saúde, 2019, sobre a influência das Conferências de Saúde:

	Influencia Muito	Influencia Pouco	Não Influencia	NS/NR
Melhorar planos de governo	55,03%	40,46%	3,68%	0,84%
Qualificar a ação do legislativo (leis e normativas)	45,14%	46,67%	6,85%	1,35%
Ampliar os direitos dos usuários	74,48%	23,41%	1,67%	0,44%
Conquistar novos direitos em saúde	75,84%	21,64%	2,08%	0,44%
Ampliar e garantir os recursos para a saúde	58,15%	37,22%	3,86%	0,77%
Melhorar as políticas públicas do SUS	76,20%	21,76%	1,35%	0,69%
Ajudar o usuário a conhecer melhor o sistema	75,63%	20,59%	3,20%	0,58%

Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 25. Percepção dos participantes da influência das Conferências de Saúde.



Fonte: dados da pesquisa.

Ao comparar os pontos em que os respondentes consideraram as Conferências de Saúde mais influentes em contraste com aqueles que foram menos considerados, podemos identificar algumas tendências.

Pontos mais influentes:

Ampliar os direitos dos usuários: Este foi o aspecto mais destacado pelos respondentes, com uma porcentagem significativa (74,48% acreditando que as Conferências de Saúde influenciam muito nesse aspecto). Isso reflete a percepção de que as Conferências desempenham um papel importante na busca e conquista de direitos em saúde para os usuários.

Melhorar as políticas públicas do SUS: A melhoria das políticas públicas do SUS também foi considerada um ponto de alta influência pelas Conferências de Saúde, com 76,20% dos respondentes acreditando que elas têm um impacto significativo nessa área. Isso sugere que as Conferências são vistas como um mecanismo efetivo para impulsionar mudanças positivas nas políticas de saúde.

Conquistar novos direitos em saúde: Os respondentes também consideraram as Conferências de Saúde como influentes na conquista de novos direitos em saúde, com 75,84% acreditando que elas têm um papel importante nesse aspecto. Isso indica que as Conferências são percebidas como uma plataforma para avançar e ampliar os direitos dos indivíduos em relação à saúde.

Pontos menos influentes:

Qualificar a ação do legislativo (leis e normativas): Embora algumas pessoas tivessem reconhecido a influência das Conferências de Saúde na qualificação da ação do legislativo (45,14% consideraram que influenciam muito), uma parcela maior de respondentes (46,67%) acreditava que elas têm pouca influência nesse aspecto. Isso sugere uma percepção mais dividida quanto à capacidade das Conferências em impactar diretamente a ação legislativa relacionada à saúde.

Ampliar e garantir os recursos para a saúde: Embora a maioria dos respondentes (58,15%) tivesse reconhecido a influência das Conferências de Saúde na ampliação e garantia de recursos para a saúde, uma parcela significativa (37,22%) considerava que elas têm pouca influência nesse aspecto. Isso pode refletir desafios estruturais e políticos relacionados à alocação de recursos para a saúde, que vão além do escopo das Conferências.

Essas tendências fornecem uma visão geral das áreas em que as Conferências de Saúde são amplamente percebidas como mais influentes e aquelas em que sua influência é menos destacada pelos respondentes. É importante ressaltar que essas percepções são subjetivas e podem variar de acordo com o contexto e as experiências individuais. No entanto, eles fornecem insights relevantes sobre a percepção da influência das Conferências de Saúde em áreas-chave relacionadas à saúde e às políticas públicas. Nas **Tabela 20, 21 e 22** veremos estas percepções estratificadas por características sociodemográficas, tais como sexo, idade, região, raça/cor e escolaridade.

Tabela 20. Percepção dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, sobre a influência das Conferências de Saúde nos planos de governo, segundo região.

	Influencia muito	Influencia pouco	Não influencia	Não sabe ou não respondeu
Região				
Norte	56,63%	38,65%	4,04%	0,67%
Nordeste	64,56%	32,41%	2,66%	0,38%
Centro-oeste	56,52%	40,22%	1,96%	1,30%
Sudeste	46,92%	46,79%	5,16%	1,13%
Sul	45,28%	49,21%	4,72%	0,79%

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados acima mostram diferenças na percepção da influência das conferências em função de características sociodemográficas. Consideramos que estas diferenças servem aqui mais para levantar perguntas e instigar novas pesquisas do que para afirmar algo sobre diferenças ou desigualdades na arena da participação e do controle social em saúde. Entretanto, alguns dados merecem destaque.

Nitidamente, os participantes da pesquisa das regiões Norte (57%) e Nordeste (64%) tenderam a perceber as conferências como mais influentes, enquanto os participantes das regiões como o Sudeste (47%) e o Sul (45%) apresentaram uma percepção mais dividida. Esses resultados podem refletir diferenças nas experiências e nas realidades regionais, bem como nas

dinâmicas políticas e institucionais de cada região. Essas variações ressaltam a importância de considerar as particularidades regionais ao planejar e implementar políticas de saúde, especialmente quando estiver em questão aspectos sobre a participação e o controle social.

Tabela 21. Percepção dos participantes da pesquisa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019, sobre a influência das Conferências de Saúde na qualificação das ações do poder legislativo.

	Influencia muito	Influencia pouco	Não influencia	Não sabe ou não respondeu
Região				
Norte	46,74%	44,04%	7,64%	1,57%
Nordeste	49,30%	42,71%	6,97%	1,01%
Centro-oeste	52,17%	41,74%	3,91%	2,17%
Sudeste	38,87%	52,58%	7,42%	1,13%
Sul	36,22%	53,94%	8,66%	1,18%

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 22. Características dos participantes segundo a percepção da influência das Conferências de Saúde na ampliação dos direitos dos usuários.

	Influencia muito	Influencia pouco	Não influencia	Não sabe ou não respondeu
Região				
Norte	77,98%	20,22%	1,57%	0,22%
Nordeste	78,58%	20,15%	1,01%	0,25%
Centro-oeste	78,84%	20,39%	0,65%	0,22%
Sudeste	67,42%	29,20%	2,76%	0,63%
Sul	69,84%	26,59%	2,38%	1,19%

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 23. Características dos participantes segundo a percepção da influência das Conferências de Saúde na conquista de novos direitos em saúde.

	Influencia muito	Influencia pouco	Não influencia	Não sabe ou não respondeu
Região				
Norte	81,31%	16,44%	1,80%	0,45%
Nordeste	81,35%	17,39%	1,14%	0,13%
Centro-oeste	80,39%	17,86%	1,53%	0,22%
Sudeste	66,88%	29,35%	3,15%	0,63%
Sul	69,17%	26,48%	3,16%	1,19%

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 24. Características dos participantes segundo a percepção da influência das Conferências de Saúde na ampliação e garantia dos recursos para a saúde.

	Influencia muito	Influencia pouco	Não influencia	Não sabe ou não respondeu
Região				
Norte	62,02%	34,83%	2,92%	0,22%
Nordeste	63,49%	33,08%	3,05%	0,38%
Centro-oeste	57,92%	37,53%	4,12%	0,43%
Sudeste	50,94%	42,52%	5,16%	1,38%
Sul	57,87%	37,01%	3,54%	1,57%

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 25. Características dos participantes segundo a percepção da influência das Conferências de Saúde na melhora das políticas públicas do SUS.

	Influencia muito	Influencia pouco	Não influencia	Não sabe ou não respondeu
Região				
Norte	78,92%	19,06%	1,35%	0,67%
Nordeste	81,62%	17,49%	0,63%	0,25%
Centro-oeste	78,26%	20,00%	1,09%	0,65%
Sudeste	68,97%	28,14%	1,88%	1,01%
Sul	73,33%	23,14%	2,35%	1,18%

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 26. Características dos participantes segundo a percepção da influência das Conferências de Saúde na ajuda ao usuário para conhecer melhor o sistema.

	Influencia muito	Influencia pouco	Não influencia	Não sabe ou não respondeu
Região				
Norte	77,80%	18,83%	2,69%	0,67%
Nordeste	79,62%	18,73%	1,52%	0,13%
Centro-oeste	76,14%	21,04%	2,60%	0,22%
Sudeste	70,48%	23,24%	5,03%	1,26%
Sul	74,80%	20,08%	4,72%	0,39%

Fonte: dados da pesquisa.

Se buscamos os dados qualitativos para analisar a influência das conferências vemos um impacto muito importante na motivação para participação e envolvimento. Na perspectiva destes usuários citados abaixo, a conferência renova as esperanças e a motivação para seguir lutando por uma saúde de qualidade e pelo fortalecimento do SUS:

A conferência pra mim, ela me mostrou como é o SUS mesmo, pois ela infelizmente tem algumas coisas, algumas bagunças, alguns erros de coordenação, alguns erros de direção, no qual reflete um pouco o que é o SUS. Mas, porém, ela me deu esperança, me deu motivação para voltar ao meu município, para voltar ao meu estado e lutar para o SUS. (Usuário, MT);

E isso é um momento de motivação. O Brasil unido para cobrar das esferas governamentais um olhar mais específico, é um olhar mais humanizado, mais com qualidade, e isso nos traz uma esperança de mudança. Hoje, vendo que esse atual governo, eu espero que dê fé, mas eu vejo que ele já não está no caminho de apoio ao controle social, no caminho da melhoria das políticas públicas. Então eu acho que a maioria das pessoas aqui tem essa mesma visão. E a gente não pode deixar os SUS morrerem. A gente não pode deixar. Retroceder, não. Progredir, sim, agora. Retroceder, nunca. Então, a luta tem que ser diária, a luta tem que ser ativa (Usuário, AL).

Influência dos Conselhos de Saúde

O mesmo contraste, entre a importância da participação e a influência das conferências, que notamos no tópico anterior, pode ser visualizado com relação aos conselhos de saúde. Na **Tabela 27** apresentamos a percepção dos participantes com relação à influência dos conselhos em processos decisórios importantes para as políticas de saúde.

Tabela 27. Percepção dos participantes sobre a influência dos Conselhos de Saúde:

	Muito Influente	Pouco Influente	Não tem influência	Não sabe
Agenda do Governo	33,70%	54,18%	9,09%	3,03%
Políticas públicas do Ministério da Saúde	48,27%	45,46%	4,30%	1,97%
Políticas públicas da Secretaria Estadual de Saúde	50,02%	43,29%	4,13%	2,56%
Políticas públicas da Secretaria Municipal de Saúde	58,71%	34,93%	3,84%	2,52%
Iniciativas da sociedade civil	48,81%	42,99%	6,33%	1,87%
Iniciativas do setor privado	15,24%	50,13%	30,80%	3,84%
Percepção da opinião pública sobre o tema	36,92%	50,94%	10,31%	1,83%
Mudanças na formação em saúde (graduação, residências)	42,12%	44,00%	11,35%	2,53%
Valorização do trabalhador	48,38%	42,57%	7,56%	1,50%
Conquistas dos usuários	64,18%	31,98%	2,52%	1,31%
Fiscalizar ações e os gastos do governo	60,20%	33,38%	4,81%	1,60%
Democratizar a gestão	54,52%	38,40%	5,25%	1,82%

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com os dados pesquisa, 33,70% dos participantes consideravam que a atuação dos Conselhos de Saúde influencia a agenda do governo, enquanto 54,18% a viam como pouco influente e 9,09% acreditavam que não tem qualquer influência. Se analisarmos e compararmos os resultados da tabela acima, veremos que a “agenda de governo” é o segundo item menos sensível à atuação dos conselhos de saúde. Apenas as “iniciativas do setor

privado pontuaram menos: 15,24% dos participantes percebem a atuação dos conselhos como muito influente para as iniciativas do setor privado, enquanto 50,13% as consideraram pouco influentes e uma parcela significativa de 30,80% acreditava que essas não têm influência.

Os respondentes consideraram que os Conselhos são mais influentes em relação às “conquistas dos usuários”. Segundo os dados, 64,18% dos participantes perceberam que a atuação dos conselhos influencia muito nas conquistas dos usuários, enquanto 31,98% as consideraram pouco influentes e apenas 2,52% afirmam que não têm influência. Este dado nos parece bastante significativo pois vemos que os conselhos são vistos como espaços que contribuem para garantir direitos aos usuários.

Os dados apontam que os conselhos são vistos como mais influentes na esfera municipal do que nas esferas estadual e federal. Nas esferas estadual e federal, os respondentes apontaram a atuação dos conselhos como muito influentes em 50% e 48% dos casos, respectivamente. Quando se mede a influência dos conselhos para as “Políticas públicas da Secretaria Municipal de Saúde”, este índice sobe para 58,71%. Talvez possamos argumentar que quanto mais localizada é a forma de participação, mais sensível à atuação dos conselhos, na percepção dos respondentes.

A influência dos conselhos para fiscalizar ações e os gastos do governo foi apontada como bastante significativa. Para 60,20% dos participantes, os conselhos influenciavam muito na fiscalização das ações e os gastos do governo. O controle social das ações e gastos do governo é uma das tarefas fundamentais dos conselhos e foi visto por 60% dos participantes como bastante efetivo. A fiscalização das ações e gastos do governo, assim como a democratização da gestão, foram vistas como efetivas por uma parcela expressiva dos participantes. Isso reflete a necessidade percebida de transparência, accountability e participação cidadã na governança da saúde.

Os participantes da pesquisa têm opiniões diversas sobre a influência dos conselhos. Esta é uma questão difícil de ser respondida pelos dados quantitativos que coletamos e deve ser melhor estudada, buscando

compreender os motivos que levam cada ator a compreender a efetividade dos conselhos de saúde.

Nos dados qualitativos encontramos a fala de um trabalhador que destaca a influência dos conselhos para a motivação da participação. Segundo ele, é o caráter deliberativo que mais estimula a participação, pois está previsto em lei, o que garante a legitimidade e a importância da atuação dos conselheiros:

O que motiva a participar é o caráter deliberativo dos conselhos, né? Porque, graças a Deus, está previsto esse caráter deliberativo de forma que o que é definido aqui, que vão ter peso de lei, tem poder de influenciar diretamente através de um documento institucional legitimado para que através desse documento a gente tencione as diversas esferas, os diversos espaços para que se cumpra o que está sendo escolhido aqui, seja através da elaboração de políticas públicas, estabelecimentos de leis, decretos, ou o que for necessário para garantir essas deliberações (Trabalhador, RJ).

Dinâmicas da participação

Os assuntos tratados no Conselho são facilmente compreendidos por todos os(as) Conselheiros(as)?

A compreensão dos assuntos pode variar entre os conselheiros, pois depende de fatores como experiência prévia na área da saúde, formação acadêmica, conhecimento técnico, entre outros. A linguagem e o entendimento dos participantes são aspectos importantes para os fóruns participativos e para a democracia participativa por diversas razões. Uma linguagem acessível e compreensível garante que todos os participantes possam se expressar e contribuir de forma significativa. Isso é fundamental para promover a inclusão de diferentes grupos e assegurar que suas vozes sejam ouvidas e consideradas na tomada de decisões (Fung, 2003; Habermas, 1997; Pateman, 1992).

Quando a linguagem utilizada nos fóruns participativos é clara e compreensível, os participantes têm igualdade de oportunidades para se envolverem e participarem ativamente. Isso evita que certos grupos ou indivíduos sejam excluídos ou se sintam desencorajados de participar devido a barreiras linguísticas ou falta de entendimento. A compreensão da linguagem utilizada nos fóruns participativos capacita os cidadãos a compreenderem os problemas, as propostas e os processos de tomada de decisão. Isso permite que eles se envolvam de forma informada, façam perguntas relevantes, expressem suas opiniões e influenciem as decisões que afetam suas vidas.

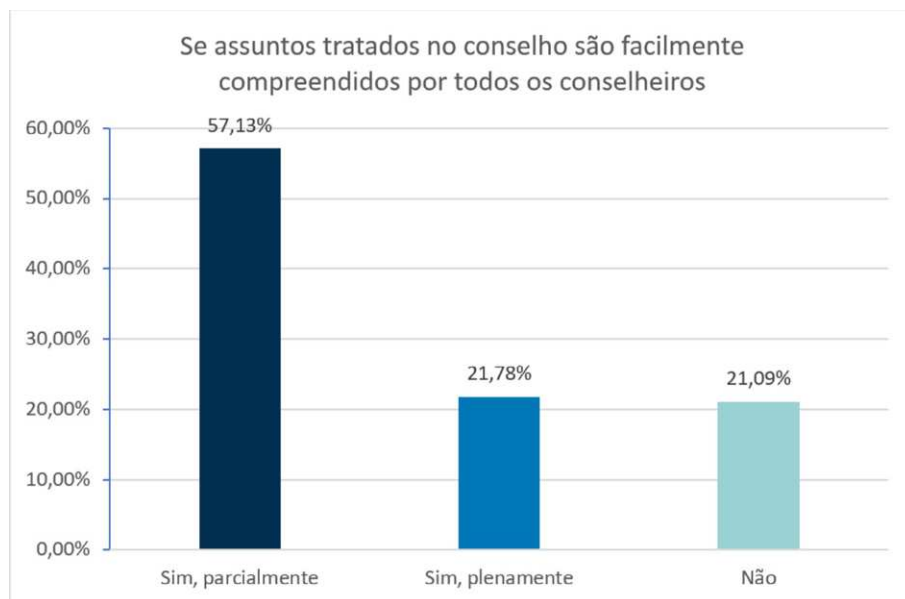
Uma linguagem clara e compreensível facilita a transparência nas discussões e deliberações dos fóruns participativos. Os participantes têm o direito de entender as informações compartilhadas e as decisões tomadas, bem como de responsabilizar os tomadores de decisão por suas ações. A linguagem acessível contribui para uma maior transparência e prestação de contas no processo democrático. A linguagem compreensível e apropriada nos fóruns participativos aumenta a legitimidade e a confiança nas decisões

tomadas. Quando os participantes entendem os argumentos, as propostas e os compromissos discutidos, eles se sentem mais confiantes de que suas necessidades e interesses estão sendo levados em consideração. Isso fortalece a confiança no processo democrático e nas instituições envolvidas.

Em resumo, a linguagem e o entendimento dos participantes são cruciais para garantir a inclusão, a igualdade de oportunidades, o empoderamento cidadão, a transparência, a *accountability* e a legitimidade nos fóruns participativos. Ao promover uma linguagem acessível e compreensível, é possível fortalecer a democracia participativa e assegurar que todos os cidadãos tenham a oportunidade de se engajar plenamente na tomada de decisões coletivas (Fung, 2003; Gutmann; Thompson, 2004).

Tendo em vista a importância da participação, perguntamos aos participantes se os assuntos tratados nos Conselhos de Saúde são facilmente compreendidos pelos conselheiros. Os resultados estão apresentados no **Gráfico 26**.

Gráfico 26. Se assuntos tratados no conselho são facilmente compreendidos por todos os conselheiros.



Fonte: dados da pesquisa.

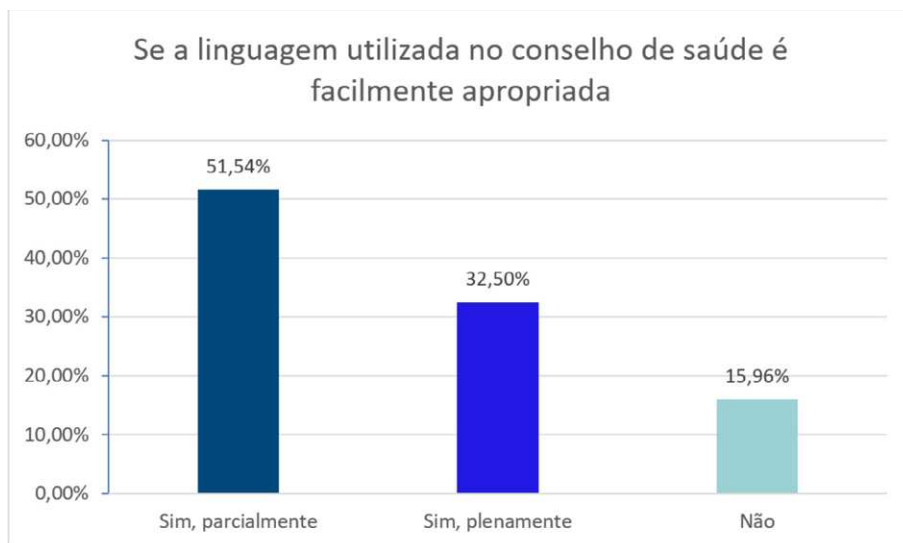
A maioria dos participantes (57,13%) afirmou que os assuntos são compreendidos parcialmente por todos os conselheiros, enquanto 21,78% responderam que são compreendidos plenamente. No entanto, é importante notar que uma parcela significativa dos participantes (21,09%) indicou que os assuntos não são facilmente compreendidos por todos os conselheiros.

Esse resultado sugere que há uma diversidade de níveis de compreensão entre os conselheiros, com uma parte considerável enfrentando dificuldades para compreender completamente os assuntos tratados nos conselhos de saúde. Isso pode ser atribuído a diferentes fatores, como a complexidade dos temas abordados, a falta de conhecimento prévio ou formação específica, a falta de recursos ou apoio adequados para a compreensão dos assuntos, entre outros.

Essa disparidade na compreensão dos conselheiros pode ter implicações na efetividade e na qualidade das discussões e tomadas de decisão nos conselhos de saúde. É importante que sejam adotadas estratégias para promover a inclusão e o aprimoramento do entendimento de todos os conselheiros, como a oferta de capacitações, a disponibilização de materiais informativos e a promoção de um ambiente de diálogo aberto e acessível. Dessa forma, é possível buscar um maior alinhamento e engajamento entre os conselheiros, visando a uma participação mais informada e qualificada na formulação de políticas e diretrizes de saúde.

Para tentar especificar melhor a dificuldade de compreensão dos assuntos discutidos nos conselhos, perguntamos sobre a compreensão da linguagem. Os resultados estão listados no **Gráfico 27**.

Gráfico 27. Se a linguagem é facilmente apropriada por todos os conselheiros.



Fonte: dados da pesquisa.

Com base nos dados fornecidos, podemos observar que a percepção sobre a apropriação da linguagem utilizada nos conselhos de saúde varia entre os respondentes. A maioria dos participantes (51,54%) afirmou que a linguagem é parcialmente apropriada por todos os conselheiros, enquanto 32,5% responderam que é plenamente apropriada. No entanto, é importante notar que uma parcela significativa de 15,96% dos participantes indicou que a linguagem não é facilmente apropriada por todos os conselheiros.

Esse resultado sugere que existe uma diversidade na capacidade de compreensão da linguagem utilizada nos conselhos de saúde. Alguns conselheiros podem enfrentar dificuldades em compreender completamente os termos técnicos, jargões ou conceitos complexos utilizados nas discussões. Isso pode ser atribuído a diferenças de formação acadêmica, experiência prévia na área da saúde ou familiaridade com a linguagem específica dos conselhos.

A falta de apropriação da linguagem por todos os conselheiros pode afetar a efetividade das discussões e a participação ativa dos membros. É importante que sejam adotadas estratégias para promover uma linguagem

mais acessível e inclusiva nos conselhos de saúde, de modo a garantir uma compreensão mais ampla e uma participação efetiva de todos os conselheiros. Isso pode incluir a utilização de termos mais simples, a explanação de conceitos mais complexos e o fornecimento de materiais de apoio que facilitem a compreensão, pautando a atuação e funcionamento dos conselhos em práticas e diálogos coerentes com a educação popular em saúde.

Aprimorar a comunicação e forma de condução dos diálogos e trocas que ocorrem nos conselhos de saúde é essencial para promover a participação significativa de todos os membros, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e contribuam para a tomada de decisões informadas e eficazes.

Quanto aos encaminhamentos que você considera corretos, qual sua opinião sobre a colaboração dos segmentos?

A composição dos Conselhos de Saúde deve ser sempre paritária, com 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% divididos entre gestores e prestadores de serviços. A justificativa para a composição paritária nos conselhos de saúde se baseia nos princípios democráticos e na busca pela representatividade e equidade na tomada de decisões sobre políticas de saúde, pois compreende-se que cada um dos segmentos tem interesses distintos e perspectivas distintas sobre o SUS e as prioridades em saúde.

A composição paritária é uma estratégia para promover a democracia, a representatividade e a equidade na tomada de decisões sobre políticas de saúde. Ela reconhece a importância de incluir e considerar as diversas vozes e perspectivas da sociedade, visando a alcançar um sistema de saúde mais justo, inclusivo e efetivo. Deste modo, perguntamos para os participantes o quanto cada um dos segmentos contribui para o avanço das pautas do Conselho. Incluímos junto aos segmentos estudantes, movimentos sociais e outros, ao invés de “usuários”, para mensurar de forma mais especificada a percepção sobre a origem dos usuários e sua representação nos Conselhos. Os resultados estão na **Tabela 28**.

Tabela 28. Percepção dos participantes sobre a colaboração dos segmentos para as pautas dos Conselhos de Saúde, 2019.

	Colabora Muito	Colabora Pouco	Não Colabora	NS/ NR
Governo	19,68%	63,09%	12,93%	4,30%
Entidades de trabalhadores e da sociedade civil	57,46%	35,43%	2,74%	4,38%
Prestadores de serviços	32,12%	52,02%	11,27%	4,59%
Movimentos sociais	71,03%	22,87%	2,38%	3,73%
Estudantes	39,11%	43,41%	12,93%	4,56%
Portadores de patologias e condições singulares	51,19%	36,13%	6,11%	6,58%

Fonte: dados da pesquisa.

A **Tabela 28** apresenta a percepção dos entrevistados sobre a colaboração de diferentes setores nas pautas do conselho. De acordo com os entrevistados, apenas 19,68% consideraram que o governo colabora muito com as pautas do conselho, enquanto a maioria (63,09%) acreditava que colabora pouco. Isso sugere uma percepção geral de falta de engajamento e comprometimento por parte do governo em relação às demandas e propostas apresentadas pelo conselho.

A colaboração das entidades de trabalhadores e da sociedade civil é percebida de forma mais positiva. A maioria dos entrevistados (57,46%) acredita que esses segmentos colaboram muito, enquanto apenas 35,43% consideram que colaboram pouco. Isso indica que esses setores são vistos como parceiros relevantes e atuantes nas pautas do conselho.

A percepção em relação à colaboração dos prestadores de serviços é um pouco mais equilibrada. Aproximadamente um terço dos entrevistados (32,12%) considera que eles colaboram muito, enquanto 52,02% acreditam que colaboram pouco. Esses resultados sugerem que há uma margem para melhorias na relação entre o conselho e os prestadores de serviços, a fim de fortalecer a colaboração mútua.

A colaboração dos movimentos sociais é vista de forma bastante positiva pelos entrevistados. A maioria expressiva (71,03%) acredita que eles colaboram muito nas pautas do conselho, enquanto apenas 22,87% consideram que colaboram pouco. Isso indica uma percepção de que os movimentos sociais são atores importantes e comprometidos com as demandas e lutas relacionadas à saúde.

Em relação aos estudantes, os entrevistados têm uma visão mais dividida. Cerca de 39,11% consideram que colaboram muito, enquanto 43,41% acreditam que colaboram pouco. Essa divisão sugere uma percepção ambígua sobre a contribuição dos estudantes nas pautas do conselho, indicando a possibilidade de melhorias na forma como eles se envolvem e participam.

A colaboração dos portadores de patologias e condições singulares é percebida de forma relativamente positiva. A maioria dos entrevistados (51,19%) acreditava que colaboram muito, enquanto 36,13% consideravam que colaboram pouco. Isso destaca a importância da participação e da voz desses segmentos nas discussões e decisões relacionadas à saúde.

Em geral, os resultados revelam diferentes percepções sobre a colaboração dos diferentes setores nas pautas do conselho. Enquanto os movimentos sociais e as entidades de trabalhadores e da sociedade civil são vistos como colaboradores mais unanimemente relevantes, a colaboração do governo e dos prestadores de serviços é percebida de forma mais crítica. Essas percepções podem refletir dinâmicas de poder, interesses diversos e desafios na construção de diálogos efetivos entre os diversos atores nos espaços dos conselhos de saúde.

Dificuldades ou obstáculos enfrentados pelos Conselhos de Saúde Embora os conselhos de saúde desempenhem um papel crucial na formulação e implementação de políticas de saúde, eles também enfrentam desafios que podem limitar sua efetividade. Podemos encontrar muitas referências sobre a participação no campo da saúde preocupadas em apontar critérios para o bom funcionamento dos Conselhos. De um modo geral, a discussão sobre os desafios para o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde envolve a busca

por maior representatividade, capacitação dos conselheiros, transparência, articulação com outros atores e disponibilidade de recursos e infraestrutura adequados, dentre outros temas.

Deste modo, para além do que já foi apontado pelas pesquisas na área, nos interessava conhecer o que os participantes da conferência pensam sobre isso. Nossos informantes foram questionados sobre quais as “TRÊS principais dificuldades ou obstáculos enfrentados atualmente pelo Conselho?” Cada respondente podia marcar até três questões que consideravam as mais importantes. Listamos na **Tabela 29** aqueles pontos que foram mais citados.

Tabela 29. Principais dificuldades ou obstáculos enfrentados pelo Conselho na percepção dos entrevistados.

Baixa prioridade política por parte do governo	52,37%
Carência de estrutura (salas, espaço físico e equipamentos)	38,95%
Questões políticas alheias à agenda do conselho	31,07%
Limitações de passagens/diárias para comparecimento de conselheiros	27,16%
Divergência nas opiniões dos conselheiros	24,71%
Pouco tempo de discussão nas reuniões	24,09%
Excesso de burocracia	22,00%
Pauta com pouca antecedência	18,63%
O mandato de conselheiro(a) não é remunerado	15,55%
Poucas reuniões	11,20%
Excesso de reuniões	2,02%
Outros	11,49%

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados indicam as principais dificuldades ou obstáculos enfrentados pelo conselho, de acordo com a percepção dos participantes. A

maioria dos participantes (52,37%) apontou a baixa prioridade política por parte do governo como uma das principais dificuldades. Isso pode refletir a percepção de que o conselho não recebe a devida atenção e suporte político, o que pode comprometer sua capacidade de influenciar as políticas de saúde e implementar suas recomendações.

Cerca de 38,95% dos participantes identificaram a falta de estrutura física adequada como um obstáculo. Essa carência pode prejudicar as atividades do conselho, dificultando a realização de reuniões, debates e outras atividades essenciais para seu funcionamento eficaz, na medida em que não estão disponíveis para uso dos conselheiros recursos como salas, espaço físico e equipamentos. Questões políticas alheias à agenda do conselho foram mencionadas por 31,07% dos participantes como um obstáculo. Isso pode indicar que o Conselho enfrenta interferências ou pressões políticas que podem desviar seu foco das questões de saúde e impactar negativamente sua capacidade de cumprir sua missão.

Limitações de passagens/diárias para comparecimento de conselheiros foi o motivo apontado por 27,16% dos participantes como dificultador da atuação dos conselhos. Essa limitação pode dificultar a participação ativa dos conselheiros em eventos, reuniões e capacitações, afetando a representatividade e a contribuição do conselho. Uma parcela significativa (24,71%) mencionou a divergência nas opiniões dos conselheiros como um obstáculo. Essas divergências podem dificultar a tomada de decisões e a formulação de posições consensuais, o que pode impactar a eficácia do conselho em influenciar políticas e propor soluções para os desafios em saúde. A falta de tempo adequado para discussões foi mencionada por 24,09% dos participantes. Esse obstáculo pode prejudicar a profundidade das análises e debates, limitando o desenvolvimento de propostas e recomendações substanciais.

Parte dos participantes (22,00%) apontaram o excesso de burocracia como uma dificuldade. Esse obstáculo pode criar barreiras e atrasos na implementação das decisões e recomendações do conselho, afetando sua capacidade de gerar impacto efetivo. A pauta divulgada com pouca

antecedência foi mencionada por 18,63% dos participantes como um obstáculo. Isso pode limitar a preparação adequada dos conselheiros, dificultando a contribuição e a participação ativa nas discussões. 15,55% dos participantes citaram a falta de remuneração como uma dificuldade. Essa questão pode afetar a disponibilidade e o engajamento dos conselheiros, especialmente daqueles que não possuem condições financeiras para se dedicar ao cargo de forma não remunerada.

Alguns participantes (11,20%) apontaram a realização de poucas reuniões como um obstáculo. A falta de frequência nas reuniões pode limitar as oportunidades de discussão, deliberação e planejamento das ações do conselho. Em contrapartida, uma pequena proporção (2,02%) mencionou o excesso de reuniões como um obstáculo. Isso pode indicar que algumas pessoas consideram que a quantidade de reuniões é excessiva e consome tempo e recursos sem resultados significativos. Uma parcela significativa de 11,49% dos entrevistados apontou outros obstáculos não especificados na lista fornecida. Esses obstáculos podem variar e refletir preocupações e desafios específicos enfrentados pelo conselho em questão.

Esses resultados destacam as principais dificuldades e obstáculos percebidos pelos participantes em relação ao conselho. Eles fornecem informações importantes sobre as áreas que requerem atenção e ação para melhorar o funcionamento e a eficácia do conselho. A análise desses resultados pode auxiliar na identificação de estratégias para superar esses obstáculos e fortalecer o papel e a influência do conselho na formulação e implementação de políticas de saúde.

Considerações Finais

A pesquisa **“Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”** foi proposta para adensar a compreensão sobre a participação social no processo da sua realização e o acompanhamento dos seus efeitos sobre a formulação de políticas e da organização do SUS, mas também para qualificar os registros para o futuro. De certa forma, ela também representa um efeito da 16ª CNS, na medida em que, pela primeira vez, a proposta de investigação da participação na perspectiva do Conselho Nacional de Saúde é posta em ação.

Como temática de interesse estratégica do SUS, a pesquisa representou a primeira iniciativa do CNS no campo da investigação, e estimulou a criação da Câmara Técnica de Estudos Integrados do Controle e da Participação Social na Saúde, mais recentemente, por meio da Resolução do CNS nº 620, de 11 de outubro de 2019. A importância dessa iniciativa transcende o fato em si de agregar a investigação ao amplo processo de participação e aponta a preocupação de organizar registros e acervos para que a investigação aprofunde a compreensão e, mais do que isso, que não se perca nas investigações futuras a perspectiva do controle social sobre esse processo.

Este livro proporcionou uma análise detalhada e abrangente sobre o perfil dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, oferecendo *insights* valiosos sobre a diversidade e a representatividade dos envolvidos nesse importante espaço de participação social. Nessa perspectiva, as primeiras análises demonstram um amplo processo participativo, que envolveu diretamente quase 83% dos municípios brasileiros, em todos os Estados da Federação.

Considerando apenas as Conferências Estaduais, realizadas em todos os Estados e no Distrito Federal, quase 23 mil participantes estiveram mobilizados diretamente, que devem ser somados às Conferências Regionais realizadas em seis estados e Conferências Livres. Essa ampla mobilização

fez chegar em Brasília, no início de agosto de 2019, quase 3 mil delegados e aproximadamente 2,5 mil participantes credenciados. Considerando a projeção realizada em agosto de 2018 pelo Conselho Nacional de Saúde, que apontava um teto de delegados por Estado da Federação com base populacional, a mobilização alcançou a ambiciosa marca de 92% de credenciamentos em relação ao teto projetado.

O estudo do perfil dos delegados e convidados mostra uma alta taxa de renovação, com mais de 63% dos sujeitos, declarando ser a primeira Conferência Nacional da qual participava. Também se identificou uma variação intergeracional muito significativa, com alta participação de adultos jovens e idosos. Os dados apresentados ao longo deste livro revelaram uma participação expressiva de diferentes grupos sociais, com a presença de trabalhadores da saúde, usuários, gestores e outros atores envolvidos no SUS. Essa diversidade de participantes trouxe uma riqueza de perspectivas, experiências e demandas, contribuindo para um ambiente plural de discussões e deliberações.

O movimento de indução à ampliação da participação no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde, induzido pelo Conselho Nacional de Saúde e registrado no Regimento e no Regulamento da Conferência, também se verificou na variação étnico/racial, na diversidade de renda, no equilíbrio de homens e mulheres, na diversidade de identidades de gênero e de orientação sexual dos participantes, entre outros atributos. A etapa nacional da 16ª CNS foi mobilizadora de sentimentos de esperança e reconhecimento da relevância da participação social na saúde. As entrevistas em profundidade permitiram identificar um efeito de intervenção mobilizadora da própria Conferência nos participantes.

O perfil dos representantes de conselhos foi detalhadamente discutido. A faixa etária dos participantes mostrou uma predominância de pessoas entre 31 e 60 anos, com uma representatividade relativamente menor de jovens e idosos. Essa constatação ressalta a necessidade de incentivar a participação de diferentes faixas etárias, promovendo espaços que acolham e valorizem as vozes e as necessidades específicas. Representantes dos usuários e trabalhadores participaram mais quando comparados com os representantes de gestores. A representação de entidades

também foi mencionada por alguns conselheiros, com destaque para entidades da sociedade civil, trabalhadores e movimentos de usuários.

Embora as Conferências e Conselhos de saúde existam há mais de 80 anos, o direito à participação e proposição da comunidade só acontece após a emblemática 8ª CNS. E conforme discutido nesse texto, é preciso que cada vez mais a participação de membros da sociedade representa as reais necessidades da população. Além de evitar retrocessos, como ocorreu durante a 16ª CNS, essa participação pode contribuir para o avanço das políticas públicas em saúde.

Ficou evidente que a participação na conferência despertou sentimentos diversos nos participantes, desde felicidade, alegria e esperança até preocupação e temor em relação ao futuro do SUS. Essas emoções refletem a importância atribuída à participação e ao controle social como meios de fortalecer o sistema de saúde e defender suas conquistas. Os participantes da conferência expressaram, em suas entrevistas, a vinculação e o pertencimento ao SUS, significado em suas diretrizes e nos valores que evoca.

Os participantes também identificaram dificuldades e desafios para o bom funcionamento dos espaços de participação, como a necessidade de aprimorar a representatividade, fornecer capacitação adequada aos conselheiros, garantir transparência e acesso à informação, promover a articulação com outros atores e assegurar recursos e infraestrutura suficientes. Apesar desses desafios, os dados apresentados indicam uma renovação significativa na participação, com a maioria dos entrevistados na conferência participando pela primeira vez de uma etapa nacional. Essa renovação traz esperança de novas vozes e perspectivas que contribuirão para a melhoria contínua do SUS.

Ao analisar o perfil dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, este livro ofereceu uma visão aprofundada sobre a importância da participação social no fortalecimento do SUS e na busca por políticas de saúde mais inclusivas, equitativas e efetivas. Espera-se que esses dados e reflexões estimulem a continuidade das discussões e ações em prol de um sistema de saúde cada vez mais participativo e voltado para as necessidades e aspirações da população brasileira.

Acrescentar a este livro os dados descritivos de perfil dos participantes foi um esforço para contextualizar e ampliar a compreensão sobre o conteúdo das diretrizes e propostas deliberadas, mas também para buscar evidências do efeito pedagógico da Conferência no Sistema Único de Saúde. A aposta no fortalecimento do SUS dos Conselheiros e Conselheiras Nacionais que, ao longo dos anos de 2017 e 2018 planejaram o processo, parece ter sido alcançada.

Importante salientar também a participação dos pesquisadores voluntários (os verdinhos e verdinhas), selecionados através de edital específico, como tendo sido fundamental para a realização da pesquisa, mas também destaca o caráter formativo do controle social e da pesquisa proposta. Neste caso específico, a experiência dos “verdinhos” e “verdinhas” foi transformada em relato sobre as suas vivências na pesquisa e a forma como este processo contribuiu para sua formação e atuação profissional. Estes relatos deram origem a uma publicação que está disponível para acesso gratuito no site da Editora da Rede Unida através do link: <https://editora.redeunida.org.br/project/quando-a-conferencia-de-saude-ensina-para-o-trabalho-e-para-a-vida-narrativas-dos-estudantes-sobre-a-16a-conferencia-nacional-de-saude/>

O desafio agora é seguir o processo da Conferência, que não se esgota na Plenária Final, mas atravessa os quatro anos do interstício previsto legalmente. Uma Conferência não é um evento; é uma etapa de um processo contínuo. Como na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a expectativa é que seja fortalecida a capacidade do sistema de saúde de produzir saúdes, inclusão crescente, atenção integral às pessoas e coletividades, reconhecimento cada vez maior do que afeta a saúde de pessoas e grupos, práticas culturalmente embasadas. Mais saúde e mais democracia para cada brasileiro e cada brasileira que se envolveu e tornou possível a 16ª Conferência Nacional de Saúde, um marco na participação social brasileira.

Referências

Almeida, L. Gestão Pública e Democracia: os conselhos gestores de saúde da Região Metropolitana de Natal-RN. Revista Democracia e Participação, v. 1, n. 1, 2014.

Arouca, S. Discurso na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Brasil, 15 de março de 1986.

Avritzer, L. A participação em São Paulo. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

Avritzer, L. Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA. 2012.

Bispo Jr, J. P.; Sampaio, J. J. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. Rev Panam Salud Publica, v. 23, n. 6, p. 403-409, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000600005. Acesso em: 27 jun. 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18).

Brasil. Conselhos Nacionais: Dados Básicos, Organização, Gestão Atual, Finalidade, Composição, Competências. Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República, 2010. Disponível em: www.secretariageral.gov.br. Acesso em: 27 jun. 2023.

Brasil. Democracia Participativa: Nova relação do estado com a sociedade (2003-2010). Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República, 2011. Disponível em: www.secretariageral.gov.br. Acesso em: 27 jun. 2023.

Brasil. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Documento Orientador da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023.

Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio de Janeiro, 2021.

Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 maio 2019.

Brasil. Presidência da República. Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 maio 2019.

Brasil. Secretaria-Geral da Presidência da República. Conselhos Nacionais: Dados Básicos, Organização, Gestão Atual, Finalidade, Composição, Competências. Material editado e distribuído pela Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República, 2010. Disponível em www.secretariageral.gov.br.

Cavalcanti, M. de L. T.; Cabral, M. H. de P.; Antunes, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros - 1988/2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. I.], v. 17, n. 7, p. 1813-1823, 2012.

Cortes, S. V.; Gugliano, A. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. *Sociologias* [Internet], v. 12, n. 24, p. 44-75, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222010000200004>. Acesso em: 27 jun. 2023.

Côrtes, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, S.; Lobato, L. V. C. *Participação, Democracia e Saúde*, p. 102 - 128. Rio de Janeiro: Cebes, 2009a.

Côrtes, S.V. (org.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009b.

Cortes, S. V.; Silva, M. K. Sociedade civil, instituições e atores estatais: interdependências e condicionantes da atuação de atores sociais em fóruns participativos. *Estudos de Sociologia, Araraquara*, v. 15, n. 29, 2010. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/2973>. Acesso em: 28 jun. 2023.

Côrtes, S. V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (Org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, p. 311-342. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

Duque-Brasil, F. *Democratização e Participação Social: A construção de avanços democratizantes nas políticas urbanas pós-1980*. 2011. Tese de Doutorado. FAFICH. UFMG, 2011.

Faria, C. F.; Lins, I. L. Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional. In: Avritzer, L.; Souza, C. H. L. (org.). *Conferências Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades*. Brasília: Ipea, p. 73-94, 2013.

Ferla, A.; Araújo, F.; Silva, F.; Baptista, G. (org.). *Quando a conferência de saúde ensina para o trabalho e para a vida: narrativas dos estudantes sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022a.

Ferla, A. A. et al. Perfil dos participantes - 16ª Conferência Nacional de Saúde. In: Araújo, F. R. de et al. (Org.). *16ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*. 1ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, v. 1, p. 72-115, 2022b.

Ferla, A. A. *Clínica em movimento: cartografias do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: EDUCS, 2006.

Ferla, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a06.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.

Fernandes, A. Conselhos municipais: participação, efetividade e institucionalização – a influência do contexto político na dinâmica dos conselhos - os casos de Porto Alegre e Salvador. *Cadernos Ebape*, v. 8, n. 3, 2010.

Fung, A. Recipes for public spheres: Eight institutional design choices and their consequences. *Journal of Political Philosophy*, v. 11, n. 3, p. 338-367, 2003.

Gadelha, P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2047-2072, 2015.

Gutmann, A.; Thompson, D. Por uma teoria democrática deliberativa. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, v. 62, p. 57-100, 2004.

Habermas, J. *Teoria do agir comunicativo: Racionalidade da ação e racionalização social*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Hochman, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas da população com referência a 1º de julho de 2019. Agência de Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=3097>. Acesso em: 27 jun. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>. Acesso em: 27 jun. 2023.

Labra, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: um circulo virtuoso? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 47-55, 2002.

Labra, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: Entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury, S.; Lobato, L. V. C. *Participação, Democracia e Saúde*, p. 176 - 203. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Lima, H. S. C. et al. SUS, saúde e democracia: desafios para o Brasil Manifesto de seis ex-ministros da saúde a propósito da 16ª Conferência Nacional De Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 10, p. 3713–3716, 2019.

Machado, F. *Do Estatal à Política: Uma análise psicopolítica das relações entre o Estado e os movimentos de juventudes e LGBT no Brasil (2003-2010)*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.

Machado, F. et al. Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do community lab na Itália. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 20, n. 49, p. 735-750, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X202000300020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 jun. 2023.

- Machado, F. V. et al. Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre. *Revista Saúde em Redes*, v. 9, n.1, p. 4122, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n1.4122>. Acesso em: 14 jun. 2023.
- Manzini-Covre, M. Brasil “clivado”: o seu lado criativo. In: D’Incao, M. (org.). *O Brasil não é mais aquele... Mudanças sociais após a redemocratização*. São Paulo: Editora Cortez, 2001.
- Martins, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.
- Minayo, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Mira, J. J. et al. La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. *Anales Sis San Navarra, Pamplona*, v. 41, n. 1, p. 91-106, 2018.
- Moreira, M.; Escorel, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, 2009.
- Oliveira, L. C., Pinheiro, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.
- Paiva, F. S. De et al. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 487-498, fev. 2014.
- Pateman, C. *Participação e teoria democrática*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- Pogrebinschi, T. Participação como Representação: Conferências Nacionais e Políticas Públicas para Grupos Sociais Minoritários no Brasil. Paper apresentado no Encontro da Associação Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais. Caxambu. 2010.
- Ricardi, L. M.; Shimizu, H. E.; Santos, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. spe3, p. 155-170, set. 2017.
- Rocha, M. B.; Moreira, D. C.; Bispo, J. P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 1, 2019.
- Rosário, C. A.; Baptista, T. W. de F.; Matta, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 124, p. 17-31, jan. 2020.
- Saliba, N. A. et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, nov. 2009.
- Silva, B. T. da; Lima, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. I.], v. 26, n. 01, p. 319-328, 2021.
- Silva, V. *As Conferências Públicas Nacionais como forma de inclusão política: alguns determinantes da capacidade inclusiva desses espaços de participação e deliberação*. 2010. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

Spizzirri, G. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep*, v. 11, p. 2240, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>. Acesso em: 13 jun. 2023.

Spizzirri, G. et al. Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. *Sci Rep*, v. 12, p. 11176, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15103-y>. Acesso em: 13 jun. 2023.

Stralen, C. Gestão Participativa de Políticas Públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. *Revista Psicologia Política*, v. 5, n. 10, 2005.

Apêndice 1

Questionário aplicado nos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde

QUESTIONÁRIO NÚMERO: _____.

1. Estado: _____ Cidade: _____ Idade: _____

2. Você é pessoa com deficiência física: () Não () Sim. Qual? _____

Isto dificulta sua participação? () Sim; () Não; Como? _____

3. Sexo atribuído ao nascimento: () Masculino; () Feminino; () Outro;

4. Identidade de Gênero: () Homem cis; () Homem trans; () Mulher cis; () Mulher trans; ()

Travesti; () Não binário/a; () Não sei;

5. Orientação Sexual: () Lésbica () Gay () Bissexual () Heterossexual; () Pansexual;

() Assexual; () Outra. Qual? _____

6. Cor/raça: () Branca () Parda () Preta () Amarela () indígena

7. Qual sua religião ou culto? _____

8. Escolaridade:

	Completo	Cursando		Completo	Cursando
Séries iniciais / Alfabetizado			Especialização		
Ensino fundamental			Residência		
Ensino médio			Mestrado		
Ensino Superior			Doutorado		

9. Setem formação superior, é na área da saúde? () sim; () não. Qual? _____

10. Aproximadamente qual sua renda mensal (média)? _____

11. Assinale qual o seu vínculo de trabalho (assinale uma única alternativa que seja mais adequada a sua principal fonte de renda/área de atuação)

Principal Fonte de Renda/área de Atuação		
() bolsista	() desempregado	() trabalhador voluntário
() trabalhador autônomo	() trabalhador doméstico	() trabalhar na iniciativa privada
() trabalhador no serviço público	() empresário	() aposentado
() outro. Qual?		() NS/NSA

12. É a primeira vez que participa de uma conferência nacional de saúde? () Sim; () Não;

Quantas já participou? _____ Quais?: _____

13. Sobre o tema da participação social em saúde, você considera:

() Muito importante; () Importante; () Pouco Importante

14. Na sua opinião, as Conferências de Saúde influenciam:

	Influencia Muito	Influencia Pouco	Não Influencia	NS/ NR
Melhorar planos de governo				
Qualificar a ação do legislativo (leis e normativas)				
Ampliar os direitos dos usuários				
Conquistar novos direitos em saúde				
Ampliar e garantir os recursos para a saúde				
Melhorar as políticas públicas do SUS				
Ajudar o usuário a conhecer melhor o sistema				

15. Você participa de algum movimento social, ativista, sindical, político ou associativista? ()

Não; () Sim;

Assinale qual o perfil das organizações ou entidades que você participa (VÁRIAS):

() Movimento Comunitário; () Movimento pela moradia; () Movimento feminista;

() Movimento negro; () Movimento LGBT+; () Movimento sindical; **Qual Sindicato?** _____

() Organização não governamental; Qual temática: _____

() Partido Político; **Qual?** _____ **Outros movimentos sociais?** _____

16. Já exerceu ou concorreu a algum cargo político eletivo? (prefeito, vereador, deputado etc.)

() Não () Sim. (**Quais?**) _____

17. Já ocupou algum cargo político eletivo ou de confiança? () prefeito; () vereador; () deputado;

() secretário municipal de saúde; () secretário estadual de saúde; () Outro, qual?: _____

18. **Participa atualmente de Conselho de Saúde?** () Estadual; () Municipal; () Local ou distrital; () Não participa;

19. **Se sim, qual sua situação:** () Titular; () Suplente; () Não sabe; () Outros _____

20. Qual o segmento de representação a que pertence: () Gestor/prestador; () Trabalhador; ()

Usuário; Representa alguma entidade no conselho?: () Não; () Sim; Se sim, qual categoria?

() Governo; () Prestador de Serviço; () Entidades da sociedade civil; () Entidades

de Trabalhadores; () Entidades de profissionais de saúde; () Sociedade Científica;

() Entidade estudantil ou de residentes; () Movimentos de Usuários () Outra:

_____ ; () NS/NR;

21. Quantos anos já foi conselheiro(a) de saúde? (tempo efetivo de exercício como titular ou suplente, ininterrupto ou intercalado) (resposta em anos) _____

22. Já representou outros setores em Conselhos de Saúde? () Não; () Sim; Se sim, qual categoria?
 () Governo; () Prestador de Serviço; () Entidades da sociedade civil; () Entidades de Trabalhadores; () Entidades de profissionais de saúde; () Sociedade Científica; () Entidade estudantil ou de residentes; () Movimentos de Usuários () Outra: _____;
 () NS/NR;

23. Você já participou de outros Conselhos?
 () Não () Sim, mas atualmente sou conselheiro(a) apenas deste conselho
 () Sim. Sou conselheiro(a) de outros conselhos. Marque uma das opções: () Conselhos nacionais () Conselhos Estaduais () Conselhos Municipais/Locais

24. Avalie a influência da atuação do Conselho de Saúde em relação a:

	Muito Influyente	Pouco Influyente	Não tem influência	Não sabe
Agenda do Governo				
Políticas públicas do Ministério da Saúde				
Políticas públicas da Secretaria Estadual de Saúde				
Políticas públicas da Secretaria Municipal de Saúde				
Iniciativas da sociedade civil				
Iniciativas do setor privado				
Percepção da opinião pública sobre o tema				
Mudanças na formação em saúde (graduação, residências)				
Valorização do trabalhador				
Conquistas dos usuários				
Fiscalizar ações e os gastos do governo				
Democratizar a gestão				

25. Em geral, os assuntos tratados no conselho são facilmente compreendidos por todos os(as) conselheiros(as)? () Não () Sim, parcialmente () Sim, plenamente

A linguagem utilizada é facilmente apropriada por todos os conselheiros?

a) () Não b) () Sim, parcialmente c) () Sim, plenamente

26. Quanto aos encaminhamentos que você considera corretos, qual sua opinião sobre a colaboração dos segmentos? (Marque com um "X" a coluna correspondente a cada setor)

	Colabora Muito	Colabora Pouco	Não Colabora	NS/ NR
Governo				
Entidades de trabalhadores e da sociedade civil				
Prestadores de serviços				
Movimentos sociais				
Estudantes				
Portadores de patologias e condições singulares				

27. Na sua opinião, quais são as TRÊS principais dificuldades ou obstáculos enfrentados atualmente pelo conselho? (Leia todas)

Dificuldades ou Obstáculos	
<input type="checkbox"/> Pouco tempo de discussão nas reuniões	<input type="checkbox"/> Poucas reuniões
<input type="checkbox"/> Pauta com pouca antecedência	<input type="checkbox"/> Excesso de reuniões
<input type="checkbox"/> Divergência nas opiniões dos conselheiros	<input type="checkbox"/> Excesso de burocracia
<input type="checkbox"/> Carência de estrutura (salas, espaço físico e equipamentos)	<input type="checkbox"/> Questões políticas alheias à agenda do conselho
<input type="checkbox"/> Baixa prioridade política por parte do governo	<input type="checkbox"/> O mandato de conselheiro(a) não é remunerado pelo governo
<input type="checkbox"/> Limitação de passagens e diárias para comparecimento de conselheiros	<input type="checkbox"/> Outras _____

28. Na sua opinião, quais os três principais pontos fortes na atuação do conselho: _____

29. Qual seu sentimento predominante em relação aos desdobramentos da etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde:

Esperançoso Cético Triste Alegre Motivado Desmotivado Satisfeito
 Insatisfeito Outros: _____

Autoras/es

Alcindo Antônio Ferla

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é Professor Associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atuando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Também atua como professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA), como professor no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), como pesquisador visitante sênior do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz (ILMD/Fiocruz Amazonas, FAPEAM), como docente e pesquisador convidado na Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA, Nicaragua). Líder do Grupo de Pesquisas Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício). Membro Titular da Câmara Técnica de Pesquisas do Conselho Nacional de Saúde.

Francisca Rêgo Oliveira de Araújo

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é Professora do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, no Curso de Fisioterapia. Servidora Pública da Secretaria de Saúde do Estado do RN (SESAP) à disposição do Município de Natal/RN, onde desenvolve a Função de Ouvidora do SUS Natal/RN. Membro Ad Hoc da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS).

Frederico Viana Machado

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Bacharelado em Saúde Coletiva, do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde. Editor Associado da Revista Saúde em Redes. Vice-Presidente Regional-Sul da Associação Brasileira de Psicologia Política (Biênio 2015/2016). Editor-Chefe da Revista Psicologia Política (2016-2020). Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8884-1124>

Gabriel Calazans Baptista

Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará- UFPA. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Graduado em Psicologia com ênfase em Saúde Coletiva e Direitos Humanos. Possui experiência na área de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, Análise Institucional, Educação em Saúde, Educação Permanente, Participação Social e Controle Social. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7391-8803>

Lisiane Boer Possa

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do RS e Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZA atuou na Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, no Grupo Hospitalar Conceição do Ministério da Saúde - Porto Alegre/RS e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luciana Barcelos Teixeira

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atua no Bacharelado em Saúde Coletiva, no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS. Esteve na coordenação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRGS de 2014 a 2021. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1654-3723>

Tânia Aparecida de Araújo

Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências da Saúde, Pós-graduada em Gestão Pública em Saúde e Residência Multiprofissional em Cuidado Integral ao Paciente com Necessidades Especiais pela Universidade Federal de Uberlândia. Graduada em Nutrição pela Universidade de Uberaba. Tem experiência na área de epidemiologia, saúde coletiva, envelhecimento, inequidades sociais e nutrição social. Professora Adjunta na Universidade Federal da Fronteira Sul no curso de Medicina, na área de Saúde Coletiva. ORCID: [HYPERLINK “about:blank”https://orcid.org/0000-0001-5894-8695](https://orcid.org/0000-0001-5894-8695).

Márcia Fernanda de Mélo Mendes

Doutora em Antropologia Médica (URV) e Psicologia (UFPA) e mestra em Saúde Coletiva (UFRGS), possui graduação em Licenciatura em Educação Física (UFRGS) . Atualmente é professora, pesquisadora e coordenadora do Curso de Tecnologia em Produção Multimídia do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul- Campus Alvorada. CV: <http://lattes.cnpq.br/0789277947896991> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0330-6756>

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-147-2

