

Conferências Nacionais de Saúde e Processos Participativos na Administração Pública Federal Brasileira

*Elaborado por Mariana S. de Carvalho Oliveira,
Elisabete Ferrarezi e Natália Koga¹
(2010)
Contém Nota Pedagógica*

Introdução

O caso sobre as Conferências Nacionais de Saúde pretende subsidiar o debate sobre processos participativos e a emergência de novos padrões de relação entre o Estado e sociedade, dialogando com conceitos da pesquisa Nova Síntese, principalmente com o eixo **governança**, emergência e resiliência. Para demonstrar avanços, dilemas e potencialidades do mecanismo participativo, o caso trata da 13ª Conferência Nacional de Saúde (13ª CNS), realizada em 2007, em comparação a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) de 1986.

Dado seu impacto no novo ordenamento jurídico e institucional, a 8ª CNS foi considerada um divisor de águas na política de saúde, verdadeira pré-constituente no setor. Representou também inovação no funcionamento de uma Conferência Nacional de Saúde que, pela primeira vez desde 1937, foi aberta à participação social.

Exemplo de **emergência** (Walle e Vogelaar, 2010), o Movimento Sanitário, constituído por intelectuais, profissionais, sindicalistas e usuários da área de saúde que lutavam por uma ampla reforma sanitária no país, liderou a 8ª CNS em 1986, apresentando e debatendo suas propostas com representantes do setor público e da sociedade civil.

Formavam-se nessa comunidade de política pública (KINGDON, 2003 *apud* FERRAREZI, 2007), as bases conceituais e doutrinárias que iriam orientar a reforma do setor de saúde, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a previsão de Conferências e Conselhos como mecanismos de controle social.

Hoje, as Conferências lideradas pelos governos são consideradas espaços institucionalizados de participação social, nos quais sociedade civil e Estado mobilizam-se, dialogam e avaliam a política e as ações

desenvolvidas, produzindo propostas e diretrizes a serem incorporadas nas agendas governamentais.

Conferências são um meio para lidar com questões complexas de políticas públicas. Permitem aos governos adquirirem conhecimento, anteciparem padrões e demandas emergentes, e experimentarem diálogo e colaboração com participantes, com potencial de gerar **resiliência** (NS6, 2009) – capacidade de se adaptar a adversidades e se antecipar a mudanças.

São espaços para aprendizagem. A sociedade aprende sobre o modo de funcionamento do Estado e sobre a própria participação, assumindo parte da responsabilidade pelo interesse coletivo. O governo, por sua vez, aprende a dialogar, reconhecer demandas e adaptar mecanismos burocráticos para interlocução. Em conjunto, contribuem para obter melhores resultados de políticas públicas e também para obter **resultados cívicos** (reconhecimento e legitimidade de atores, das demandas e decisões geradas, com compromissos recíprocos na esfera pública).

A capacidade de os movimentos sociais e associações civis serem **resilientes** na democratização, de se adaptar e inovar, gerou novos papéis para a sociedade (co-produção de políticas, colaboração, compromissos recíprocos) e para o governo, que ao se abrir à interlocução, gerou um campo novo de atuação que tem que integrar informações e conhecimentos que vem da base social.

Sociedade, Participação e Democratização no Estado Brasileiro: um breve recorte

Nos anos 80, a atuação dos novos atores (SADER, 1991), organizados em movimentos sociais diversos, fortaleceu a sociedade civil e contribuiu para acirrar a crise do regime militar. Movimentos sociais influíram em várias esferas da vida coletiva: na luta pela democratização, por direitos civis, políticos e sociais; na descentralização política e administrativa; no reforço das instâncias regionais e locais de decisão etc. A partir do final da década, houve proliferação de associações civis que assumiram características não necessariamente políticas e passaram a prestar serviços e atuar em nichos cada vez mais especializados.

Foram os movimentos sociais e associações que nas décadas de 1980 e 1990 forneceram pautas para transformações, empurrando temas na agenda governamental, como é o caso do movimento de saúde (embrião das conquistas do que seria o Sistema Único de Saúde - SUS), a mobilização das Organizações Não-Governamentais (ONGs) para o atendimento aos portadores de HIV (que se converteria no atual Programa Nacional de DST/Aids), os agentes comunitários de saúde no Ceará (daria origem ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no governo federal), etc. (FERRAREZI, 2007).

“É muito mais provável que o governo acerte quando ouve o povo do que se o governo ficar contratando apenas algum especialista para fazer um programa. Deixar o povo participar é a certeza absoluta de que a gente vai fazer as coisas mais corretamente democráticas.” (Presidente Lula)

A Constituição Federal de 1988 incorporou ao sistema político formas de participação combinadas a formas de representação, com destaque para o plebiscito, o referendo e a lei por iniciativa popular, até hoje pouco exercidas; e a participação nas políticas sociais por meio dos conselhos de políticas públicas², conferências, audiências e consultas públicas.

Modelos participativos trazem o argumento da insuficiência das instituições representativas clássicas em resolver os problemas de qualidade da democracia (SANTOS & AVRITZER, 2002: 42). Essas instituições estariam longe de conseguir atender aos direitos de parcelas da sociedade historicamente excluídas das políticas públicas, assim como de captar pleitos que se tornam cada vez mais diversos e complexos. Portanto, haveria necessidade de formação de espaços de interlocução, provisionando os entes estatais de informações que representam não apenas preferências agregadas da maioria, mas também interesses e demandas anteriormente não contempladas ou acessíveis (AVRITZER, 2000: 25-26).

Nesse sentido, os espaços participativos contribuiriam para a formação e o compartilhamento de uma representação mais compreensiva da realidade e dos interesses da sociedade, assim como dos aspectos e contextos que restringem ou permitem a ação estatal. Um último aspecto levantado pelos defensores dos modelos participativos está em sua capacidade de romper com a concepção de imutabilidade e repetição institucional das formas burocráticas ao adotarem o pressuposto de que melhores resultados podem ser obtidos por meio de **experimentação e inovação**, característica própria das experiências participativas (AVRITZER, 2000: 27).

A institucionalização de mecanismos participativos evidencia novos papéis assumidos pelo Estado.

Na década de 1990, reconhecendo a incapacidade de o Estado obter sozinho resultados efetivos, e se adaptando ao contexto de participação e atuação autônoma de novos atores na esfera pública, o governo federal brasileiro passou a realizar mudanças em seus arranjos institucionais. Com isso, acumulou novas funções: deixou de ser o

provedor direto e exclusivo e passou a ser o coordenador e fiscalizador de ações e serviços que também podem ser prestados pela sociedade civil, incorporando modelos participativos e a co-produção de políticas públicas, processo esse não isento de conflitos, e que revela uma mudança importante em relação ao padrão até então vigente de ação do Estado na área social no Brasil (FERRAREZI, 2007).

O que são e como se desenvolveram as Conferências Nacionais de Saúde

Atualmente, Conferências são definidas, segundo a Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República (SNAS/SG-PR) como **“espaços democráticos para o encontro de diferentes setores da sociedade, interessados em avaliar, discutir, criticar e propor políticas públicas. Cumprem a importante função de construção de pautas para o diálogo social”**³.

Tradicionalmente, conferências nacionais são antecedidas por conferências preparatórias em municípios e estados⁴. Todas as etapas são desenvolvidas diretamente pelo ente federado ou com o apoio do Ministério ou Secretaria Especial envolvido (a) e seguem um temário único proposto pelo governo federal. As propostas oriundas das etapas prévias são levadas à Etapa Nacional para o processo de deliberação e definição de prioridades para a agenda da política pública em discussão.

A composição padrão de uma conferência é paritária em relação à sociedade civil e ao Estado. Em muitos casos, há uma divisão tripartite, incorporando o segmento “trabalhadores” do setor (em geral formado pela representação formal da categoria, como sindicatos, confederações e centrais). Em regra, os participantes são eleitos durante as etapas prévias ou, no caso dos representantes do poder público, são oficialmente indicados pelos órgãos que representam. Existem membros natos (não precisam ser eleitos), como os conselheiros nacionais da política pública em questão, e geralmente há observadores nacionais e internacionais que acompanham o processo.

As Conferências de Saúde têm longa história e foram usadas sob duas perspectivas distintas: de 1941 a 1980, como espaço estritamente governamental; de 1986 até o presente momento, como espaço de participação social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde e o papel do Movimento Sanitário: um divisor de águas

Primeira conferência realizada após a ditadura militar, a 8ª CNS, ocorrida em 1986, marcou um novo posicionamento do governo federal em relação ao papel das Conferências de Saúde. Constituiu um espaço

privilegiado para apresentar propostas de mudança na área da saúde, aproveitando o contexto político propício. Impulsionados pelo interesse de lançar bases para a reconstrução democrática do setor, foram mobilizados representantes governamentais, representantes dos diversos segmentos políticos e sociais. A 8ª CNS contou com mais de 4.000 participantes, entre eles mil delegados, sendo 50% representantes da sociedade civil e 50% de instituições públicas e trabalhadores do SUS.

O Movimento Sanitário teve um papel decisivo de organização e condução das conferências estaduais e no evento nacional. Tal movimento originou-se do meio acadêmico, em especial nos Departamentos de Medicina Preventiva, na década de 70. No contexto da repressão ditatorial, recebeu apoio estudantil, de profissionais da saúde, centros de estudos – em especial do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), órgão de representação e difusão do movimento –, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), conselhos, sindicatos, parlamentares e outros segmentos da sociedade (OLIVEIRA, 2005: 47).

O movimento evoluiu da crítica ao modelo dominante de atenção à saúde para a elaboração e defesa de um projeto alternativo de sistema de saúde (CARVALHO, 1995: 48), associando a luta política a propostas técnicas. Pleiteava uma reforma radical no sistema de saúde vigente, marcado “pelo domínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido de mercantilização crescente da saúde” (SCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005: 60).

Predominava o sistema de seguro social, em que trabalhadores formais contribuía para, no caso de doença, contarem com um sistema de saúde. Era um sistema “centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente” (BRASIL, 2009: 15).

Integrantes do movimento pretendiam a implantação de um **sistema de saúde universal e gratuito**, que atendesse a toda a população e tivesse como um de seus pilares a participação institucionalizada da comunidade.

Nesse cenário, a 8ª CNS foi considerada a pré-constituente em matéria de saúde. Seu relatório final propôs a implementação do SUS, tornando-se o principal subsídio para a elaboração do Capítulo da Saúde da Constituição Federal de 1988. A nova Carta introduziu o conceito de seguridade social. Assim, independente de participação no mercado de trabalho, todos os brasileiros passaram a ter direito ao atendimento integral, num modelo compartilhado de responsabilidades entre os três entes federados, cujo ator principal passa a ser o município.

Também como resultado da Conferência, o controle social e a participação da comunidade foram incorporados no novo marco legal da saúde: conferências e Conselhos de Saúde passaram a ser parte constitutiva do novo sistema.

A área da Saúde “foi o setor que conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que continha o ideário do movimento sanitário” (RODRIGUEZ NETO, 2003: 51).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde: os desafios da maioria

A descrição da 13ª CNS ilustra as potencialidades e os limites desse espaço, observando como afetam diretamente a **governança democrática** do país e os **resultados públicos** alcançados, na medida em que alteram agendas governamentais, incorporam novos atores, remodelam o papel do Estado, conferem prazos mais estendidos ao cumprimento de demandas. Após 21 anos da 8ª CNS, a mais recente Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2007, aponta desafios a enfrentar que vão de questões procedimentais referentes ao seu funcionamento a limitações na incorporação dos seus resultados pelas instâncias executivas.

“A 8ª. CNS foi histórica, mas a 13ª acontece na maioria do SUS” (Ministro da Saúde)

A organização da 13ª CNS: etapas, tema, objetivos e participantes

A 13ª CNS começou cheia de expectativas para as instâncias organizadoras do processo, que queriam evitar a não conclusão dos trabalhos, fato ocorrido na 12ª CNS⁵. Prometida para ser mais ampla e democrática, com inovações metodológicas e tema diferenciado, caracterizou-se por grandes mobilizações e tomada de posições polêmicas pelos principais atores.

As etapas prévias da 13ª CNS foram realizadas ao longo do ano de 2007. Aconteceram em 80% dos 5.564 municípios brasileiros e em todos os estados, o que a consagrou como a conferência com maior capilaridade e mais participativa até então.

Quadro 1 – Fluxo de Etapas, Delegados e Propostas da 13ª CNS⁶



O tema central da 13ª CNS era “Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. A escolha pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) de tema central eminentemente intersectorial e subdividido em eixos temáticos voltados a uma visão mais preventiva e ligada aos direitos humanos foi defendida principalmente pelos representantes dos movimentos de direitos humanos e de proteção ao meio ambiente, com o intuito de superar uma visão corporativa, curativa e fechada que geralmente paira nos processos de Conferências de Saúde (serviços de saúde, controle social em saúde, medicamentos, hospitais etc.).

Seus objetivos eram:

- avaliar a situação da saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- definir diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social;
- definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS.

Os participantes da 13ª CNS⁷ dividiam-se em delegados, convidados e observadores⁸. Atuando como delegados, os gestores, trabalhadores da saúde e usuários debateram os temas propostos, divergiram em muitas questões, alcançaram consensos em outras e aliaram-se para, finalmente, aprovar e reprovam propostas. As regras que conduzem os processos de discussão conferem direitos e prerrogativas iguais para todos os delegados, independentemente do segmento que representa.

“Nós do Conselho Nacional de Saúde sentimos um profundo orgulho quando vemos que essa conferência é o resultado de debates feitos em todos os estados, onde envolvemos mais de quatro mil municípios. Ao todo 1,3 milhão de pessoas participaram do debate”. (Coordenador-Geral da 13ª CNS)

Ao longo das décadas, há uma mudança nos movimentos sociais brasileiros com diversificação crescente de atores e aumento de demandas para entrar na agenda governamental. O SUS foi incorporando novos atores sociais com interesses específicos, o que se reflete hoje na própria composição dos espaços participativos (CONASS, 2009: 24-28). Um membro da Comissão Organizadora Nacional (CON)⁹ acredita que a 13ª CNS deu visibilidade a atores que já se organizavam para pautas sanitárias, como o movimento de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e transgêneros (LGBTT), negros, população ribeirinha etc. Isso se manifestou com a aprovação de propostas ligadas diretamente a esses

atores. A participação deles, contudo, não teria minimizado a participação de atores tradicionais.

A realização da 13ª CNS era responsabilidade da Comissão Organizadora Nacional (CON), seguindo deliberações do CNS e do MS¹⁰. A Comissão, além das suas atribuições regimentais, possui papel mobilizador e articulador que impacta os conteúdos discutidos, posições tomadas e atores mobilizados para a conferência¹¹. Salvo o Coordenador-Geral da 13ª CNS, que pelo Regimento era o Presidente do CNS, os demais responsáveis foram definidos pela própria Comissão.

As Conferências partem da consolidação e sistematização dos debates das etapas anteriores. O Relatório Consolidado para a 13ª CNS era composto por mais de **cinco mil propostas**. A Coordenação de Relatoria teve um papel fundamental na condução das discussões ao sistematizar milhares de propostas num documento objetivo, em formato de tabela, facilitando o trabalho em grupo nas plenárias temáticas.

Para orientar os debates dos eixos temáticos, em geral, o órgão convocatório elabora um texto-base. Em vez disso, optou-se por um Roteiro para o Debate e Apresentação de Propostas. De acordo com o Coordenador-Geral da 13ª CNS¹², a opção por ter um documento mais aberto do que o texto-base foi motivada pela impossibilidade deste conseguir ser abrangente o suficiente para apresentar de forma adequada a complexidade do SUS e abarcar a realidade de cada contexto local. Desse modo, haveria incentivo aos atores para a construção criativa de entendimentos de acordo com as necessidades e realidades locais, sem engessamento da discussão.

As instâncias deliberativas da Etapa Nacional e a metodologia de aprovação de propostas

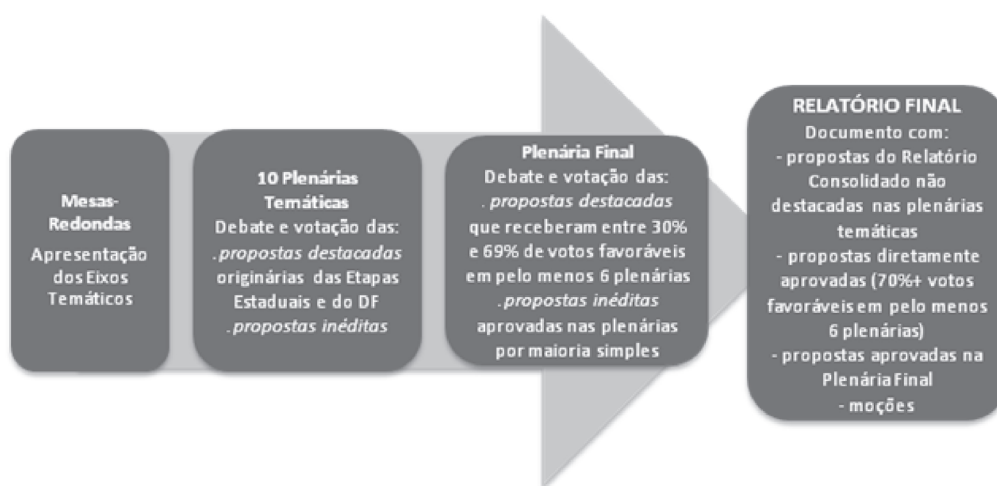
A CON tentou inovar na metodologia de debate para que não houvesse prejuízos nas conclusões do processo como ocorreu na 12ª CNS, trabalhando com menos eixos temáticos e com nova dinâmica de discussão que, para alguns, foi controversa.

Diferente das Conferências anteriores, nas quais os delegados escolhiam em que grupo temático específico ficariam durante toda a Etapa Nacional, a metodologia da 13ª CNS permitiu que todos os delegados discutissem os três eixos temáticos nas plenárias temáticas¹³.

A Etapa Nacional foi estruturada em dez Plenárias Temáticas para o debate e a votação das propostas provenientes das etapas estaduais e do Distrito Federal. Para aquecer o debate, as plenárias eram antecedidas por mesas-redondas com apresentações sobre cada eixo temático. Em seguida ocorriam as votações de propostas, que são enunciados construídos coletivamente com o objetivo de intervir na agenda governamental.

Em cada plenária temática, os delegados só podiam debater as propostas constantes no Relatório Consolidado para a 13ª CNS e as propostas chamadas de inéditas (que não foram debatidas em nenhuma outra etapa). As sugestões de alteração nas propostas consolidadas só poderiam ser de *supressão total*, o que foi criticado por alguns atores, em especial aqueles já acostumados com regras mais flexíveis adotadas em outras Conferências. A possibilidade de propostas inéditas não foi vista com bons olhos pelo Coordenador-Geral da 13ª CNS por percebê-la como uma forma de um tema ir para a Etapa Nacional sem ter sido debatido nas outras etapas.

Quadro 2 – Instâncias Deliberativas e Metodologia da 13ª CNS



Na plenária final, uma proposta era aprovada por maioria simples (50% + 1) tendo como referencial os delegados credenciados. A própria plenária decidia se era necessária uma fala “contra” e outra “a favor” de determinada proposta para seguir com a votação. Isso gerou questionamentos por parte de atores que queriam apresentar suas posições para a totalidade dos delegados, argumentando que em alguns grupos não houve debate adequado de temas importantes.

Para o Coordenador-Geral, contudo, esse foi um grande avanço metodológico da 13ª CNS, já que em Conferências anteriores as plenárias finais viravam “*autênticos palanques para manifestações pessoais e corporativas; (...) numa tentativa de aprovação de propostas vencidas*”. Para ele, a metodologia adotada permitiu uma Conferência mais produtiva e possibilitou a discussão de todos os temas por todos os delegados, impedindo a configuração de um espaço isento de regras que prejudicasse o processo. A intenção era superar o esgotamento do modelo de conferência tradicional que levou os participantes a frustrações ao final do processo. Para ele, os filtros metodológicos

estabelecidos (rigidez na edição das propostas, faculdade da plenária de vetar as defesas de propostas etc.) possibilitaram a governabilidade da 13ª CNS.

“Recebemos uma bela herança da 8ª CNS. Que herança deixaremos aos participantes da 18ª?” (Vice-presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde)

Relatório final da 13ª CNS

Após o término da 13ª CNS foi construído o Relatório Final com 857 propostas aprovadas e 157 moções¹⁴. Confrontando as propostas estaduais com as nacionais, chega-se à seguinte distribuição:

Quadro 3 – Propostas do Relatório Consolidado X Propostas do Relatório Final¹⁵

Eixos temáticos	Oriundas dos estados (Rel. Consolidado)			Relatório final			
	Apresentadas	Rejeitadas	Rejeição %	Aprovadas	Inéditas	Total	Inéditas s/ total %
Eixo I	210	17	8,1	193	89	282	31,6
Eixo II	284	40	14,1	244	162	406	39,9
Eixo III	94	16	17,0	78	91	169	53,8
Total	588	73	12,4	515	342	857	39,9

Fonte: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) e Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008)

Chama a atenção o baixo número de propostas rejeitadas (12,4%) e o fato de 40% das aprovadas no relatório final serem propostas inéditas.

O produto final é um caleidoscópio. Há propostas que para serem implementadas bastam iniciativas do MS; outras que dependem de ações dos órgãos gestores do SUS dos três entes federados. Algumas necessitam de ações intersetoriais dentro do Poder Executivo; há propostas destinadas a outros poderes, o que extrapola o âmbito deliberativo da Conferência; e há, ainda, aquelas que precisam de um esforço conjugado de ações de dois ou três poderes. O grau de exequibilidade também varia: há propostas amplas que apenas marcam uma posição política, mas não descrevem uma ação específica, enquanto há outras com pormenores para a sua implementação.

O conteúdo é amplo: há demandas focadas nos princípios do SUS, na necessidade de se ter saúde com qualidade para todos, e propostas que se destinam a grupos e interesses específicos. Algumas suscitam a

realização de conferências temáticas. Já tivemos, por exemplo, Conferência Nacional de Saúde Mental, Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador etc.

Há uma tendência de aumento do número de propostas finais nas conferências. A 13ª CNS produziu 857 propostas, enquanto a 8ª CNS aprovou 49. O aumento de atores e a diversidade de interesses, em contraponto com o bloco formado pelo movimento sanitário e a convergência de interesses que marcaram a 8ª CNS, são características cada vez mais evidentes dos processos participativos.

Sobre isso, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) analisa: *“Se tais números refletem, por um lado, a complexidade crescente da sociedade e dos interesses presentes nas conferências, eles podem revelar, por outro, as possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a **inexequibilidade** de tantas resoluções. É interessante, ainda, contrastar o número de resoluções das duas últimas conferências com o da 8ª CNS, cuja importância histórica foi indiscutivelmente maior e cujas resoluções tiveram um impacto profundo sobre a política nacional de saúde. Essa crescente pulverização das deliberações, que abrangem praticamente todo o espectro de ações implementadas no sistema, torna difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e **não permite identificar as prioridades.**”* (CONASS, 2009: 23, grifos nossos).

A Abrasco também fez uma análise do extenso relatório final: *“A profusão de proposições, muitas vezes reiterando resoluções de outras Conferências, sinaliza por um lado as imensas **lacunas de efetivação** das políticas e ações de saúde, e por outro, expressam fortemente aspectos fragmentados e parciais relativos à regulação de profissões de saúde, a defesa de mercados de trabalho e a proteção da saúde de segmentos populacionais, definidos por atributos individuais e sócio-ocupacionais. Em que pese todas as dimensões positivas deste cenário, uma parte considerável dessas propostas não estão focadas no enfrentamento direto dos nós críticos de nosso sistema e dos fatores complexos que obstaculizam a efetivação de políticas sociais pela saúde e qualidade de vida dos brasileiros.”* (informativo da Abrasco, Editorial, dezembro 2007: 2. grifos nossos).

O relatório final da 13ª CNS demonstra que a **ampliação da participação** carregou consigo as dificuldades de se alcançar consensos e definir prioridades.

Propostas polêmicas e redirecionamento da agenda governamental

Entre as discussões de conteúdo e os interesses, destacam-se duas questões que polarizaram a Etapa Nacional: descriminalização do aborto

e fundações estatais de direito privado. Ambas eram pautas importantes para o governo.

No Brasil, o aborto é considerado crime. Somente em duas situações é permitido: se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez é resultado de estupro. Há alguns anos, o MS entende o aborto como questão de saúde pública. Em discurso na Conferência, o Ministro pediu para que os delegados da 13ª CNS se posicionassem “*sem medo de discutir a interrupção da gravidez*”. Ao seu lado, estavam as organizações em prol dos direitos da mulher; do lado contrário, entidades religiosas, em especial ligadas à Igreja Católica.

O Relatório Consolidado da 13ª CNS trazia a polêmica Proposta nº 37 do Eixo 1: “*Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, respeitar a autonomia das mulheres sobre o seu corpo, reconhecendo-o [o aborto] como problema de saúde pública, e discutir a sua descriminalização por meio de projeto de lei*”.

Na votação dessa proposta nas plenárias temáticas, as discussões acirraram-se e a ala conservadora buscou convencer os delegados indecisos. Apesar do embate intenso, a proposta foi aprovada nas plenárias temáticas.

Quanto mais dispersa a tomada de decisão e o exercício de poder, mais importante se torna o papel de gestão do governo.

Antes da plenária final, o grupo conservador realizou novas articulações. Uniu-se ao movimento indígena e aos demais grupos e movimentos de defesa da vida. A mobilização surtiu efeito. Para a votação, mesmo com a pressão do movimento feminista para se manifestar, a plenária final decidiu que não havia necessidade de defesa. Sem debate final, venceu a supressão total da proposta nº 37 do relatório final da 13ª CNS, aos gritos de “*Sim à vida! A vida venceu!*”. Enquanto o Secretário Executivo da 13ª CNS festejava a vitória junto com a sociedade civil, os representantes do Ministério da Saúde amargavam a derrota. A plenária final ainda aprovou moção contrária à descriminalização do aborto¹⁶.

Para a Secretária Executiva da Rede Feminista de Saúde, movimento em defesa dos direitos de saúde, sexuais e reprodutivos das mulheres, a posição tomada pelos delegados da 13ª CNS mostra a invisibilidade dos problemas que o aborto acarreta e evidencia que, apesar de o Estado ser laico¹⁷, setores católicos e evangélicos impuseram uma concepção religiosa, baseada na negação de direitos em lugar de sua afirmação: *a Conferência adiou o debate, mas ele voltará*¹⁸.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde: “a rejeição a esta resolução (proposta) é um dos marcos do afastamento entre gestores e movimento social e significa um claro retrocesso no tratamento de uma questão que gerou, em 2005, cerca de 250 mil internações/ano para tratar de complicações de abortamento inseguro e constitui uma das principais causas de mortalidades materna” (CONASS, 2009: 44). A rejeição da proposta, inclusive, contrapõe-se à deliberação anterior da 11ª CNS, que propunha a descriminalização do aborto.

A discussão sobre a descriminalização do aborto evidencia o embate existente dentro da própria sociedade civil e que é levado a várias instâncias participativas sem se alcançar consenso¹⁹. Parte dos atores envolvidos pauta-se em valores morais e religiosos, diferente da posição do Ministério da Saúde, que é favorável à descriminalização devido aos custos à saúde pública gerados pelos abortos clandestinos.

A outra proposta polêmica visava criar um novo tipo de entidade estatal, a ser regida pelas normas de direito privado. Era defendida por gestores e por alguns acadêmicos como uma possível solução para entraves burocráticos gerenciais do sistema, pois essas novas fundações seriam mais autônomas do que as entidades de direito público e funcionariam numa lógica de cumprimento de resultados, com contratos de gestão. Contudo, desde o início da Conferência, a proposta não era aceita pelos trabalhadores e por parte dos movimentos sociais que a veem como uma opção velada pela terceirização dos serviços de saúde, o que é também visto como precarização das relações de trabalho entre o SUS e seus servidores, e privatização da gestão de unidades hospitalares.

A falta de diálogo e de informações permeou os debates sobre o assunto. Para o Coordenador-Geral da 13ª CNS, o MS vinha construindo a proposta “*de forma excludente e escondida*”, sem debatê-la com o Conselho Nacional de Saúde.

O CNS posicionou-se contrário à proposta das fundações estatais de direito privado e levou essa posição para todas as etapas da 13ª CNS. Na Etapa Nacional, os delegados dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores foram orientados a não aceitar a proposta.

Na mesa-redonda do Eixo 3, a então presidente do Cebes, perante uma plateia que se posicionava contrária às fundações estatais, pediu que o debate sobre o assunto fosse aprofundado (RADIS nº 65, 2008: 21). Apesar do apelo, o tema não prosperou nas plenárias temáticas. Aqueles que tentavam argumentar a favor, geralmente gestores, que sofrem cotidianamente as dificuldades do sistema, eram até mesmo vaiados. Na plenária final, nenhuma proposta favorável ao projeto do governo sobre as fundações estatais de direito privado foi acatada e várias propostas contrárias foram aprovadas²⁰.

O Coordenador-Geral da 13ª CNS, também presidente do Conselho Nacional de Saúde, festejou o resultado: *“Todas as propostas que apontavam parcerias do Estado com empresas privadas foram rejeitadas. (...) Algumas pessoas me disseram que acharam um exagero, mas acredito que os delegados perceberam que o sistema está privatizado e precisa ser reestruturado”* (RADIS, nº 65, 2008: 14).

Para a Abrasco, *“os encaminhamentos confusos do MS no que diz respeito à apresentação do projeto de fundação estatal de direito privado para o CNS e o caráter eminentemente plebiscitário que selaram sua imediata rejeição, por esse fórum, comprometeram a essência de formulação de alternativas e construção de novas hegemonias e consensos do controle social na saúde”* (ABRASCO, dezembro 2007: 5).

O Ministro, um dia após o término da 13ª CNS, declarou à imprensa que o resultado sobre as fundações estatais foi um *“equivoco”*, ainda mais que os delegados não apresentaram alternativas. Segundo ele, o governo respeitava a posição da Conferência, mas continuaria defendendo perante o Congresso Nacional *“uma lei que permita ao SUS operar seus hospitais com alguma eficiência”* (RADIS nº 65, 2008: 10).

Com a manutenção do projeto pelo governo, alguns atores organizaram manifestações e outras formas de protesto, entregando aos congressistas documento com o retrospecto das discussões e decisões da 13ª CNS e com as diretrizes do SUS.

O que se observa é que os processos participativos podem potencializar a oposição a projetos governamentais – um risco inerente à construção coletiva de agendas. Processos participativos são instrumentos de governança que evidenciam demandas emergentes de grupos específicos que não mais se organizam em blocos e posições consensuais, além de frearem a progressão de pautas que não foram pactuadas ou cujo consenso não foi possível entre os atores interessados. A governança democrática indica um longo e complexo caminho para realizar mudanças na agenda de política pública.

Após um processo de quase um ano, a maior Conferência Nacional de Saúde da história chegava ao fim, num cenário propício para a avaliação do papel dos espaços de participação na elaboração, controle e avaliação de políticas públicas e sobre possíveis ajustes nas suas dinâmicas de funcionamento e produção de resultados.

Considerações finais

As conferências nacionais estimulam a reflexão sobre a emergência de novos padrões de relação entre estado e sociedade, e sobre a gestão do aparato estatal frente a mecanismos participativos.

Houve **resiliência** em movimentos sociais e associações civis brasileiras ao impulsionar o processo de democratização por meio de mobilização política, da conquista de espaços públicos para defesa e extensão de direitos e para atuação social autônoma. Esse processo gerou novos papéis para sociedade (co-produção de políticas, colaboração, compromissos recíprocos). Resta saber se essa capacidade da sociedade em ser resiliente, de se adaptar e inovar, continua a se reproduzir nos processos participativos atuais, numa conjuntura diversa, já que agora há uma maior complexidade de interesses e atores em jogo, com diferentes recursos de poder e milhares de alternativas tentando espaço na agenda.

Os governos não atuam sozinhos. Cada vez mais precisam trabalhar com outros atores para alcançar seus resultados. Para tanto, o foco na **governança** é fundamental: compartilhar responsabilidades, riscos e poder é difícil, mas necessário para alcançar resultados públicos.

A inclusão de mais atores e movimentos sociais nas Conferências indica continuidade na ocupação de espaços participativos e ampliação do número de atores que influenciam a agenda pública. Há um **potencial democratizante** desses espaços porque agregam informações, diagnósticos e conhecimentos coletivos, bem como possibilitam desenvolver respeito à diversidade, interação, troca, expressão de ideias e interesses, engajamento com a coisa pública, e aprendizado dialógico. Essa dinâmica, que produz aprendizado social e governamental, contribui para obter melhores resultados e também para obter resultados cívicos.

As Conferências podem favorecer a **emergência e legitimidade** de novos atores junto ao Estado e entre eles mesmos, viabilizam o reconhecimento da multiplicidade de problemáticas e interesses anteriormente não acessíveis ou considerados pelo Estado, e geram compromissos recíprocos. Se por si só o crescimento de participação é um valor positivo, o aumento da complexidade do processo traz desafios para o modo de governar.

Ao compararmos a 13ª CNS com a 8ª CNS, percebemos que nesta última houve consenso sobre diagnósticos, temas e alternativas, com resultados públicos evidentes, já que possibilitou a criação do SUS. Com a ampliação dos participantes e diversificação de interesses na 13ª CNS, houve profusão de resoluções e polarizações que tornaram o processamento das decisões da conferência mais complexo para o governo. O risco aqui pode ser a baixa incorporação de resoluções – aquelas que são díspares, fragmentadas e não consensuais – frustrando expectativas.

Além disso, a possibilidade de se apresentar propostas inéditas na etapa nacional trouxe um componente de imprevisibilidade que contraria a essência dos processos participativos, pautados pelo diálogo e negociação. Seria essa uma tentativa de captar diretamente as questões emergentes que vêm da base social sem passar pelas regras e filtros de aprovação? As propostas inéditas fornecem insumo para o governo captar a inteligência coletiva? Ou foram uma concessão às bases sociais locais?

A **resiliência** no governo implica experimentação e revisão contínua de instrumentos gerenciais, políticos e legais para interlocução e incorporação de atores nos processos decisórios, bem como transformar o conhecimento gerado em resultado. Sobretudo porque o arranjo burocrático é mais lento e menos adaptativo do que exige o contexto atual de imprevisibilidade e risco. No caso analisado, adaptar o mecanismo participativo à nova configuração social (complexa, diversa, reflexiva, participativa), aprender com os erros e rever métodos e gestão, de modo a facilitar a priorização equânime e seleção das ações que devem entrar na agenda decisória.

A simplificação e redução das alternativas consideradas no processo decisório faz parte da dinâmica da política pública porque há muita informação complexa para processar e larga escala para fazer consultas e procurar o consenso; há problemas de coordenação de tantos atores, organizações, interesses, alternativas, projetos políticos e decisões; há restrição das alternativas tendo em vista prioridades e viabilidade técnica e política; e constrangimentos jurídicos e interpretações legais que limitam as soluções (FERRAREZI, 2007: 268). Considerando essas características, a profusão de alternativas diluídas, genéricas, e a difícil materialidade de resoluções da Conferência “libera” o governo para definir o que entra na agenda decisória, como e quando; e dificulta o monitoramento e controle social.

Como os governos podem lidar com demandas múltiplas, crescentes e diferenciadas de atores que têm poder de organização e de impor seus temas? Como é a representatividade de interesses?

Seriam as Conferências vistas pelos dirigentes apenas como mecanismos consultivos ou como efetivos espaços de elaboração de diretrizes para políticas públicas de um determinado setor? Tendo em vista os desafios em se transformar as propostas provenientes das Conferências em resultados para as políticas públicas, até que ponto elas são consideradas espaços de influência nas decisões pela sociedade civil? Até onde o governo pode ceder em uma política pública que considera importante, já que ele é responsável pelo interesse público?

Apesar dos esforços, os governos ainda não se adaptaram plenamente às inovações e configurações sociais das últimas décadas. Trata-se de

gestão da *governance* em ambiente complexo, que possibilite respostas flexíveis e coordenadas entre redes a fim de obter resultados, conectando processos internos de organizações com a inteligência coletiva, reformulando espaços, e não necessariamente a criação de novas estruturas. O desafio aos governos contemporâneos está posto: criar, reestruturar e gerir formas de governança democrática que visem alcançar melhores resultados públicos.

Referências Bibliográficas

AVRITZER, L. *Teoria Democrática e Deliberação Pública em Habermas e Rawls*. Departamento de Ciência Política da UFMG, 2000. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/anpocs00/gt19/00gt1912.doc>. Acesso em: 5 de março de 2010.

BOURGON, Jocelyne. *Finalidade Pública, Autoridade Governamental e Poder Coletivo*. In: ENAP, *Revista do Serviço Público*. Vol. 61, nº 1 – Jan/Mar 2010. p. 5-33.

BOURGON, Jocelyne & MILLEY, Peter. *The New Frontiers of Public Administration: The New Synthesis Project*. Public Governance International & University of Waterloo. Canada; 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. FALEIROS, Vicente de P.; SILVA, Jacinta de F. S. da; SILVEIRA, Rosa Maria G.; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. de (orgs.). *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. RAGGIO, Armando; BARROS, Elizabeth e RODRIGUES, Paulo Henrique de A. (orgs.) *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta nº 18).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. 2ª edição*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

SCOREL, Sarah, NASCIMENTO, Dilene R. & EDLER, Flávio C. *As Origens da Reforma Sanitária e do SUS*. In: LIMA, Nísia T.,

GERSCHMAN, Silvia, EDLER, Flávio C. & SUÁREZ, Julio M. (orgs.). *Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FERRAREZI, Elisabete. *A Reforma do Marco Legal do Terceiro Setor no Brasil: A Criação da Lei das OSCIP (Lei 9.790/99)*. Tese de Doutorado. Departamento de Sociologia. Universidade de Brasília/UnB. 2007.

JOHNSOHN, Steve. *Emergence*. Scribener, New York; 2004.

KOGA, Natália. The literature debate on participatory experiences: limits and potentialities. (Draft apresentado para debate em março de 2010).

OLIVEIRA, Mariana S. de C. *Por uma Construção Democrática do Direito à Saúde: A Constituição Federal, os Instrumentos de Participação Social e a Experiência do Conselho Nacional de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito da Universidade de Brasília/UnB, 2005.

PAARLBERG, Laurie E. & BIELEFELD, Wolfgang. *Complexity Science: an alternative framework for understanding strategic management in public serving organizations*. International Public Management Journal; 2009.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

SADER, Eder. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena: Experiências e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo – 1970/1980*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra; 1991.

SANTOS, Boaventura de S. & AVRITZER, Leonardo. *Introdução – Para ampliar o cânone democrático*. In: SANTOS, Boaventura de S. (org.). *Democratizar a Democracia: Os caminhos da democracia participativa*. Coleção Reinventar a Emancipação Social: Para novos manifestos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SILVA, Enid Rocha de Andrade. *Participação Social e as Conferências de Políticas Públicas: Reflexões sobre os Avanços e Desafios no Período de 2003-2006*. Texto para Discussão nº 1378. IPEA. Rio de Janeiro, 2009.

TOMACHESKI, João A. *Condições Sociais de Surgimento e Implementação de uma Política Pública: Burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil (1963-2004)*. Tese de Doutorado. Departamento de Sociologia. Universidade de Brasília/UnB. 2007.

WALLE, Steven Van de. *Emergence and Public Administration: A literature review for the project "A New Synthesis in Public Administration"*. Erasmus University Rotterdam. (Version 17 March 2010)

NS6 – A NEW SYNTHESIS OF PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCH PROJECT. *Literature Scan no. 3 – Resilience: Key Concepts and Themes and Their Implications for Public Administration*. (Version September 2009).

Anexo A – Programação e o desenvolvimento da etapa nacional da 13ª CNS

1ª DIA	2ª DIA	3ª DIA	4ª DIA	5ª DIA
Credenciamento	Votação do Regulamento O momento foi tenso porque o regulamento trazia alterações metodológicas para as deliberações, em comparação às Conferências anteriores. Vários destaques foram pedidos – dos 28 artigos, 12 deles foram destacados para alteração, mas somente pequenas alterações foram aprovadas.			Plenária Final Última instância deliberativa da 13ª CNS. Seu objetivo era “aprovar um Relatório Final que expresse o resultado dos debates nas três Etapas da Conferência e que contenha diretrizes nacionais para formulação de políticas para o SUS do Século XXI”.
Cerimônia de Abertura Participaram Presidente da República, Ministro da Saúde, Presidente do Conselho, outros Ministros de Estado e autoridades, além dos conferencistas.	Mesas-Redondas Apresentação e debates sobre cada Eixo Temático			
	Mesa-Redonda - Eixo 1 Os expositores foram o Secretário - Geral da Presidência da República, representante do Fórum Brasileiro de ONGs e dos Movimentos Sociais, da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, e do Comitê Técnico da Saúde da População Negra..Tratou de questões como mercantilização da saúde, aborto, desenvolvimento nacional e capitalismo.	Mesa-Redonda – Eixo 2 Os expositores foram um representante do Movimento Nacional de Luta contra a Aids, uma pesquisadora da Universidade de Brasília, um ex-deputado do Partido dos Trabalhadores responsável por projeto de lei sobre o financiamento da saúde e a presidente do Cebes. Foram debatidas intersectorialidade, seguridade social e fundações estatais de direitos privados.	Mesa-Redonda – Eixo 3 Os expositores foram o vice-presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, um médico sanitário, o presidente do Conasems e o presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura. Foi feito um balanço dos espaços de participação social.	Além de aprovar propostas para compor o relatório final, à plenária final competia aprovar moções de âmbito nacional.
Conferência Magna Ministro da Saúde	10 Plenárias Temáticas Funcionaram simultaneamente como instâncias de debate e votação das propostas provenientes das Etapas Estaduais e propostas inéditas, das quais participavam, em cada uma das 10 salas, cerca de 300 delegados, convidados e observadores.			
	Plenárias Temáticas – Eixo 1 Discussão e votação de propostas do Eixo 1.	Plenárias Temáticas – Eixo 2 Discussão e votação de propostas do Eixo 2.	Plenárias Temáticas – Eixo 3 Discussão e votação de propostas do Eixo 3.	

Anexo B – Composição da Participação na Etapa Nacional da 13ª CNS

ETAPA	REGRAS DE ELEIÇÃO E PARTICIPAÇÃO	NÚMERO DE PARTICIPANTES	PROPORÇÃO DE PARTICIPANTES
Municipais*	Regras definidas pelo Conselho Municipal de Saúde + conselheiros municipais (delegados natos**)	–	–
Estaduais***	Eleitos entre participantes das etapas municipais respectivas ao estado + conselheiros estaduais (delegados natos)	–	–
Nacional	- 26 Estados e Distrito Federal: Envio de no mínimo 16 delegados (a depender da base populacional do estado) – 85% do total de delegados**** - Delegados natos do Conselho Nacional de Saúde + Delegados eleitos por entidades de abrangência nacional - 15% do total de delegados	2275 delegados provenientes das Etapas Estaduais	Usuários - 50% Trabalhadores - 25% Gestores - 25%
		352 delegados nacionais	
		336 convidados	Convidados - 5% (base de cálculo: previsão de delegados)
		219 observadores	Observadores - 10% (base de cálculo: previsão de delegados)
		800 pessoas de apoio	

* Cada município teve um número total de participantes e também regras próprias para convidados e observadores.

** Em todas as etapas, os respectivos conselheiros de saúde, titulares e suplentes, foram considerados **delegados natos**, ou seja, não precisaram passar por processo eleitoral próprio para possuírem direito de voz e voto nas deliberações.

*** Cada estado teve um número total de participantes e também regras próprias para convidados e observadores.

**** Para os delegados eleitos, que compuseram 85% da delegação nacional, estabeleceram-se critérios de proporção de acordo com a base populacional, sendo que cada estado tinha o número mínimo de 16 delegados.

Notas

- ¹ As autoras agradecem o debate sobre os temas de pesquisa e as contribuições ao texto de Paula Montagner e Sonia Amorim e o auxílio na tradução de Amarílis Tavares. Em especial, Clarice G. Oliveira na elaboração da versão final do caso.
- ² Os conselhos (em nível nacional) são “Organizações institucionais setoriais ou temáticas, de caráter consultivo e/ou deliberativo e fiscalizador, com a finalidade de produzir e acompanhar políticas públicas no âmbito do governo federal”. (Conceito utilizado em apresentações oficiais da SNAS/SG-PR).
- ³ Conceito utilizado em apresentações oficiais da SNAS/SG-PR.
- ⁴ Há casos recentes de secretarias e ministérios que estão inovando nesta estrutura, propondo conferências virtuais, conferências livres, conferências regionais. Conferências Livres surgiram na Conferência Nacional da Juventude em 2007 e foram replicadas na 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública (2008/2009) e nas Conferências de Cultura e de Comunicação (2009/2010). São mecanismos que ampliam, simplificam e diversificam a participação dos atores interessados no tema da Conferência: qualquer grupo social pode organizar um espaço para debater. Na 1ª CONSEG, por exemplo, foram realizadas conferências livres dentro de presídios, batalhões, universidades, ONGs, conselhos etc.
- ⁵ Na 12ª CNS realizada em 2002, as votações das propostas prioritárias não foram concluídas, o que resultou no envio pelo correio aos delegados de quatro mil propostas e centenas de moções para votação posterior, um processo que atrasou o relatório final em um ano (RADIS; jan/2008:10) e deturpou o procedimento deliberativo do espaço presencial das conferências.
- ⁶ Para a Etapa Nacional, o Regimento da 13ª CNS previa 3.068 delegados (1.534 usuários, 767 trabalhadores e 767 gestores e prestadores de serviços), contudo foi registrada a presença de 2.627 delegados.
- ⁷ Para maiores informações sobre a composição dos participantes da Etapa Nacional da 13ª CNS, ver Anexo B.
- ⁸ Delegados: participantes com direito a voz e voto. A regra geral era de 50% de representantes dos usuários do SUS, 25% de trabalhadores do sistema e 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde. Convidados: tinham direito a voz nos debates e eram representantes de órgãos, entidades, instituições e personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância na área de saúde e setores afins. Observadores: pessoas interessadas em acompanhar a realização da Conferência.
- ⁹ O interlocutor foi entrevistado pelas autoras deste caso em maio de 2010. As falas dele destacadas ao longo da narrativa foram extraídas desta entrevista, exceto aquelas que outra fonte é citada. Mais dados do entrevistado: conselheiro do CNS representante dos usuários e membro da Coordenação de Articulação e Mobilização da CON.
- ¹⁰ Era formada por 23 membros assim distribuídos: 16 conselheiros do CNS (oito representantes de usuários, quatro de gestores e quatro de trabalhadores), dois representantes do Ministério da Saúde e cinco

convidados. Entre eles, foram destacadas pessoas para ocuparem os cargos de Coordenador-Geral, Secretário-Geral, Relator-Geral e Relator Adjunto, Coordenador de Comunicação e Informação, Coordenador de Articulação e Mobilização e Coordenador de Infra-Estrutura. Todos eles com atribuições específicas definidas no Regimento da 13ª CNS.

- ¹¹ A CON contou com o auxílio de um Comitê Executivo, designado pelo Ministério e composto por representantes dos seus órgãos, para dar apoio administrativo, financeiro, técnico e de infraestrutura para execução das suas atividades. Cada esfera de governo e seus conselhos de saúde ficaram responsáveis pela realização e financiamento das respectivas etapas.
- ¹² O Coordenador da 13ª CNS, também Presidente do CNS, foi entrevistado por Mariana Oliveira e Elisabete Ferrarezi em maio de 2010. As falas dele destacadas ao longo da narrativa foram extraídas desta entrevista, exceto aquelas onde outra fonte é citada. Ele foi o primeiro presidente eleito na história do Conselho, representante do segmento dos trabalhadores (Confederação Nacional de Trabalhadores da Seguridade Social). Até 2004, o presidente nato do CNS era o Ministro da Saúde. As eleições para a presidência foram uma conquista dos conselheiros.
- ¹³ Para mais informações sobre a programação da 13ª CNS, confira o Anexo A.
- ¹⁴ No âmbito das Conferências, moções são documentos aprovados com opiniões consensuadas pelos participantes, e dizem respeito a outros assuntos que não aos eixos temáticos propostos ou à instância onde está sendo discutida. Têm um caráter político, geralmente apresentando uma posição de “aplausos” ou de “repúdio”. Após sua aprovação, deverão ser encaminhadas à instância devida.
- ¹⁵ Tabela extraída de CONASS, 2009: 18.
- ¹⁶ Moção nº 106: “Repúdio ao Projeto de Lei (PL n. 1.135/91) que legaliza (sic) o aborto até o nono mês de gravidez”.
- ¹⁷ Curioso observar a Proposta nº 157 do Eixo 1 constante do Relatório Final da 13ª CNS: “Garantir um Estado laico, para que as questões de saúde e políticas públicas não sejam guiadas por normas religiosas”.
- ¹⁸ Entrevista à Revista Radis, Nº 65, Janeiro de 2008.
- ¹⁹ O tema “descriminalização do aborto” também apareceu em outras Conferências Nacionais, como a Conferência Nacional dos Direitos Humanos e a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.
- ²⁰ Na Proposta nº 42 os delegados foram explícitos: “Fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado (...)”. Na Proposta nº 45 idem: “Não privatizar o SUS. Que a 13ª. Conferência Nacional se posicione contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado (...)”. A plenária também aprovou moção de repúdio ao projeto de lei que o governo já havia encaminhado ao Congresso para regulamentar as fundações estatais. Moção nº 28: Moção de Repúdio à Fundação Estatal de Direito Privado – Nós, delegados(as) da 13ª CNS, nos posicionamos de forma contrária, repudiamos e exigimos a retirada do PL nº 92/2007, em tramitação no Congresso Nacional, que cria as fundações estatais de direito privado, e todo o modelo de terceirização e privatização da saúde pública.