



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Programa de Pós-Graduação em Administração

Mestrado Profissional em Administração

RODRIGO FÁVERO CLEMENTE

**Efetividade das Conferências Nacionais de Saúde com base na
Responsividade do Governo Federal**

Brasília/DF

2016

RODRIGO FÁVERO CLEMENTE

**Efetividade das Conferências Nacionais de Saúde com base na
Responsividade do Governo Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração (PPGA), da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FACE) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Professor orientador: Dr. Adalmir de Oliveira Gomes

Brasília/DF

2016

Clemente, Rodrigo Fávero
Efetividade das Conferências Nacionais de Saúde com base na Responsividade do Governo Federal.
Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade.
Programa de Pós-Graduação em Administração.
Brasília: UnB, 2016.
Área de Concentração: Administração Pública
Orientador: Prof. Dr. Adalmir de Oliveira Gomes
1. Conferência Nacional; 2. Saúde Pública; 3. Instituições Participativas; 4. Efetividade;
5. Responsividade democrática.

RODRIGO FÁVERO CLEMENTE

**Efetividade das Conferências Nacionais de Saúde com base na Responsividade do
Governo Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração (PPGA), da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FACE) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Adalmir de Oliveira Gomes, Orientador – PPGA/UnB

Prof. Dr. João Henrique Pederiva, Membro Interno – PPGA/UnB

Prof.^a Dr.^a Débora Cristina Rezende de Almeida, Membro Externo – IPOL/UnB

Prof. Dr. Antônio Isidro Filho, Membro Interno Suplente – PPGA/UnB

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe e primeira professora, Maria Helena, e à minha querida namorada, amiga e parceira Rosa, por toda força, carinho e apoio. Também ao amigo de fé e irmão camarada Paulo (Buffos), bem como à amiga de todas as horas, sempre, Claudinha (Caluda).

Aos distantes, mas sempre presentes no coração Beatriz e José Jerônimo. Também à saudosa turma do INVADE/UNB, por todo o aprendizado, e aos queridos Flaviane, Rafael (Garrafa), Letícia, Dabriane e Fernanda. Ao Rodrigo, grande amigo e camarada de luta, bem como à sua esposa Camila. Às amigas Gabriela e Kauara, por toda a cumplicidade.

No Programa de Pós-graduação em Administração gostaria de agradecer primeiramente ao Professor Doutor Adalmir de Oliveira Gomes por todas as orientações e pela parceria.

Aos professores Débora Cristina Rezende de Almeida e João Henrique Pederiva pelas orientações, indicações de leitura, empréstimo de livros, que contribuíram muito para a realização dessa pesquisa.

Aos professores Antônio Isidro da Silva Filho; Cristina Castro Lucas de Souza Depieri; João Henrique Pederiva; João Mendes da Rocha Neto; Marina Figueiredo Moreira; Pedro Carlos Resende Junior; Suylan de Almeida Midlej e Silva; e Valmir Emil Hoffmann, pelas excelentes aulas ministradas, textos disponibilizados e debates realizados ao longo de minha jornada pelo mestrado.

Aos colegas Alexandre; Alice; Carolina; Cristiane; Dayse; Delciene; Diego; Domingos; Israel; June; Larissa; Marianne; Mônica; Rodrigo; e Victor, por todos os momentos de aprendizado compartilhado ao longo de dois anos de estudos.

Por fim, meus agradecimentos a toda a equipe da Coordenação de Prevenção e Articulação Social pelo apoio

RESUMO

A responsividade democrática pressupõe que, em regimes democráticos, governos constituídos devem buscar correspondência entre suas ações e as expectativas e preferências dos governados. Além das formas tradicionais de participação política, foram estabelecidos recentemente no Brasil espaços institucionais mediante os quais a população pode informar, diretamente ou por meio de representantes, expectativas ou preferências aos governantes. A efetividade desses espaços, chamados de instituições participativas, depende da correspondência entre preferências da sociedade e atos do governo. Nesse contexto, a presente dissertação teve por objetivo identificar a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas entre os anos de 1996 e 2011, mediante a análise da responsividade do governo federal diante das propostas aprovadas nessas CNS. Para esse fim, estabeleceu-se como premissa que as propostas constantes nas CNS representam a opinião da sociedade em relação à saúde, devendo ser consideradas pelo governo federal no estabelecimento das políticas públicas voltadas à saúde. Para realizar a pesquisa empírica, as propostas foram categorizadas por temas, mediante análise de conteúdo, e posteriormente pareadas com os atos administrativos do governo federal voltados à saúde. Dessa forma foi possível a realização de testes de congruência, método pelo qual a responsividade democrática pode ser mensurada. Com base no referencial teórico utilizado, foi testado empiricamente um conjunto de hipóteses a respeito da responsividade do governo federal e a efetividade das CNS. A análise do conteúdo das propostas revelou que as CNS variaram pouco em relação aos temas tratados. Em relação aos testes de congruência, percebeu-se que a efetividade das CNS variou de acordo com a atuação dos governos. Essa variação apresentou-se não apenas em relação ao número de propostas respondidas, mas sobretudo em relação aos temas que apresentaram congruência. Na parte final da presente dissertação são propostas possíveis explicações para os resultados encontrados, bem como uma agenda de estudos futuros a respeito do tema.

Palavras-chave: Saúde Pública; Efetividade e Instituições Participativas; Conferência Nacional de Saúde; Responsividade democrática.

ABSTRACT

The democratic responsiveness assumes that, in democratic regimes, constituted governments should seek correspondence between their actions and the expectations and preferences of the governed. In addition to traditional forms of political participation, institutional spaces through which the public can inform, directly or through representatives, expectations or preferences to the rulers have been established recently in Brazil. The effectiveness of these spaces, called Participatory institutions, depends on the correspondence between preferences of society and governmental actions. In this context, the present work aimed to identify the effectiveness of the National Conferences of Health (CNS), made between the years 1996 and 2011, through the analysis of federal government's responsiveness on the proposals approved by these CNS. To this end, it established the premise that the subjects contained in the CNS's proposals represent the views of society in relation to health, and as so should be considered by the federal government in the establishment of public policies on health. To conduct this empirical research, proposals were categorized by themes, through content analysis, and then paired with the administrative acts of the federal government focused on health. Thus it was possible to perform matching tests, method by which democratic responsiveness can be measured. Based on the theoretical framework, was empirically tested a set of assumptions about the responsiveness of the federal government and the effectiveness of the CNS. The content analysis of the proposals revealed that CNS varied little in relation to the topics covered. Regarding the congruence tests, it was noted that the effectiveness of CNS varied according to the actions of governments. This variation presented not only in the number of answered proposals, but especially for those issues that presented congruence. In the final part of present work some possible explanations are proposed for the findings, as well as an agenda for future studies on the subject.

Keywords: Public Health ; Effectiveness and Participatory institutions; National Health Conference; democratic responsiveness.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxo ascendente das propostas das Conferências Nacionais de Saúde.....	31
FIGURA 2 – Responsividade Democrática: estágio e ligações.....	38
FIGURA 3 – Possibilidades de aplicação do conceito de responsividade ao estudo efetividade de Conferências de Políticas Públicas	51
FIGURA 4 – Fases da análise de conteúdo e classificação das propostas das Conferências Nacionais de Saúde	62
FIGURA 5 – Esquematização do teste de congruência realizado pela pesquisa...	76
FIGURA 6 – Proporção de propostas desconsideradas e consideradas para classificação temática e pareamento, por Conferência Nacional de Saúde	80
FIGURA 7 - Proporção de propostas classificadas nas 1.1; 1.4; e 1.2, por Conferência Nacional de Saúde	81
FIGURA 8 – Evolução do número de propostas classificadas nas categorias 2.8 e 2.11, por Conferência Nacional de Saúde	87
FIGURA 9 – Proporção de propostas com demandas pouco claras ou conteúdo impossível, em relação ao total de propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde	88
FIGURA 10 - Evolução da taxa de responsividade entre os governos analisados	95
FIGURA 11 - Evolução da taxa de responsividade entre governos analisados, considerado apenas o primeiro período presidencial	96
FIGURA 12 – Evolução da taxa de responsividade entre governos, segregados os dois períodos presidenciais	97
FIGURA 13 – Comparação das taxas de responsividade por categoria de classificação e governo	100

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Principais definições de Conferências Nacionais de Políticas Públicas na literatura	23
QUADRO 2 - Principais características das Conferências Nacionais de Políticas Públicas	24
QUADRO 3 - Conferências Nacionais de Saúde realizadas desde a Constituição Federal de 1988	29
QUADRO 4 - Dimensões da qualidade democrática, por Diamond e Morlino (2005)	35
QUADRO 5 - Subversões e facilitadores para a Responsividade Democrática ...	39
QUADRO 6 - Principais características dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde	61
QUADRO 7 - Categorias de propostas que não podem ser respondidas pelo Governo	65
QUADRO 8 - Categoria de propostas descartadas para evitar-se erros de contagem	66
QUADRO 9 - Categorias das propostas consideradas para o teste de congruência	68
QUADRO 10 - Base documental da segunda etapa da pesquisa	73
QUADRO 11 - Exemplo de demanda reiterada em diferentes propostas em sucessivas Conferências Nacionais de Saúde	75
QUADRO 12 - Exemplos de pareamentos executados na segunda fase da Pesquisa	78
QUADRO 13 - Ranking de priorização das propostas das Conferências Nacionais de Saúde, por governo	98

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Total de atos administrativos e legislativos emanados do Governo Federal considerados para operacionalização do pareamento, por tipo e Conferência Nacional de Saúde	77
TABELA 2 - Total de propostas descartadas para o teste de congruência, por Conferência Nacional de Saúde e categoria de classificação	79
TABELA 3 - Proporção de propostas desconsideradas para o teste de congruência, por Conferência Nacional de Saúde e categoria de classificação	81
TABELA 4 - Propostas consideradas para o pareamento, por categoria de Classificação	83
TABELA 5 - Categorias correspondente ao quartil superior, por Conferência Nacional de Saúde	84
TABELA 6 - Taxas de responsividade do Governo Fernando Henrique Cardoso diante das propostas aprovadas na 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde, por categoria de classificação	90
TABELA 7 - Taxas de responsividade do Governo Lula diante das propostas aprovadas na 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde, por categoria de classificação	92
TABELA 8 - Taxas de responsividade do Governo Dilma Rousseff diante das propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde, por categoria de classificação	94

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
SUMÁRIO	x
1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo geral	17
1.2 Objetivos específicos	17
1.3 Justificativa	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Instituições participativas	20
2.1.1 Conferências Nacionais de Políticas Públicas	22
2.1.2 Conferência Nacional de Saúde	28
2.2 Responsividade Democrática	32
2.2.1 Mensuração da responsividade	41
2.3 Responsividade Democrática como medida de efetividade	46
3. MÉTODO	52
3.1 Primeira etapa: identificação das preferências nas propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde	53
3.1.1 Hipóteses orientadoras	53
3.1.1.1 Hipótese 1	53
3.1.1.2 Hipótese 2	55
3.1.1.3 Hipótese 3	56
3.1.1.4 Hipótese 4	57
3.1.1.5 Hipótese 5	59
3.1.2 Procedimento de coleta de dados	60
3.1.3 Procedimentos de análises de dados	61
3.1.3.1 Primeira fase	63
3.1.3.2 Segunda fase	63
3.1.3.3 Terceira fase	67
3.2 Segunda etapa: identificação da responsividade do Governo Federal às Conferências Nacionais de Saúde	69
3.2.1 Hipótese orientadora	69
3.2.1.1 Hipótese 1	70
3.2.2 Procedimento de coleta de dados	72
3.2.3 Procedimentos de análises de dados	73
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1 Resultado da identificação das preferências nas propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde	79
4.1.1 Hipótese 1	84
4.1.2 Hipótese 2	85
4.1.3 Hipótese 3	86
4.1.4 Hipótese 4	87
4.1.5 Hipótese 5	89
4.2 Resultado da identificação da responsividade do Governos Federal em relação às cinco Conferências Nacionais de Saúde	89

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE A 10ª Conferência Nacional de Saúde	117
A.1 Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondi- das pelo Governo Federal	117
A.2 Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que não foram res- pondidas pelo Governo Federal	125
A.3 Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência	127
APÊNDICE B 11ª Conferência Nacional de Saúde	128
B.1 Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondi- das pelo Governo Federal	128
B.2 Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que não foram res- pondidas pelo Governo Federal	132
B.3 Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência	134
APÊNDICE C 12ª Conferência Nacional de Saúde	135
C.1 Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondi- das pelo Governo Federal	135
C.2 Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que não foram res- pondidas pelo Governo Federal	145
C.3 Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência	146
APÊNDICE D 13ª Conferência Nacional de Saúde	147
D.1 Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondi- das pelo Governo Federal	47
D.2 Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que não foram res- pondidas pelo Governo Federal	158
D.3 Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência	159
APÊNDICE E – 14ª Conferência Nacional de Saúde	160
E.1 Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondi- das pelo Governo Federal	160
E.2 Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que não foram res- pondidas pelo Governo Federal	166
E.3 Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência	167

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal tem como uma de suas principais características a promoção da participação social na formulação e controle de políticas públicas, sob a premissa de que é preciso que governos conheçam e levem em consideração quais são os interesses, expectativas e preferências dos cidadãos e dos usuários das políticas públicas ofertadas pelo aparato estatal (ASSIS; VILLA, 2003).

Nesse sentido, o texto constitucional previu diversas possibilidades de participação, nas várias áreas de atuação do governo federal. Alguns exemplos de dispositivos constitucionais que preveem essa participação são: o artigo 29-XII, que dispõe sobre o planejamento participativo no âmbito da gestão municipal; o artigo 114 - VI, que determina a gestão participativa da Seguridade Social; o artigo 198, que traz como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação da comunidade; o artigo 206-VI que preconiza a gestão democrática do ensino; e o artigo 216, que estabelece a gestão participativa da cultura (ROCHA, 2008).

Para atender a esse comando constitucional, de participação dos cidadãos no processo de formulação e implementação de políticas públicas, foram criadas várias instituições participativas nas últimas duas décadas. Essas são entendidas como os arranjos institucionais existentes no espaço entre Estado e sociedade civil, que possibilitam a inserção e participação dos cidadãos em processos decisórios (AVRITZER, 2009). Entre essas instituições participativas estão: i) Conselhos de Políticas Públicas; ii) Orçamentos Participativos; e iii) Conferências Nacionais de Políticas Públicas (CORTES, 2011).

As Conferências Nacionais de Políticas Públicas caracterizam-se por serem geralmente convocada em determinados períodos de tempo pelo governo federal, com o objetivo de possibilitar a participação da sociedade civil na formulação, implementação ou avaliação de uma determinada política ou de um conjunto de políticas públicas (SILVA, 2008; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011; FARIA *et al.*, 2012; MULLER NETO; ARTMANN, 2012; AVRITZER, 2013; SOUZA *et al.*, 2013).

De todas as conferências existentes, as Conferências de Saúde constituem-se no exemplo mais antigo desse tipo de instituição participativa (AVRITZER; SOUZA, 2013). Além das conferências, previstas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o setor da saúde conta ainda com os Conselho de Saúde, previstos pela Lei nº 8.080 de 19 de

setembro de 1990 (chamada de “Lei Orgânica do Sus”). Ambas legislações determinam que essas duas instituições participativas – Conselho e Conferência de Saúde - sejam instituídas e funcionem nas três esferas ou níveis de governo (municipal, estadual e federal), obedecendo-se assim à diretriz de descentralização do SUS, prevista no artigo 198 da Constituição Federal. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, traz uma definição dos papéis e um detalhamento mais apurado do funcionamento tanto dos Conselhos quanto das Conferências de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados por representantes de governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do SUS, com o objetivo de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada esfera do governo.

O que os diferencia das Conferências de Saúde é que, embora essas também sejam colegiados compostos com a representação dos vários segmentos sociais, não têm caráter permanente, reunindo-se a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde nos respectivos níveis administrativos (Nacional, Estadual e Municipal). Além de realizar essa avaliação, o propósito das Conferências de Saúde é deliberar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde implementada pelos Municípios, Estados e União.

Embora de um modo geral as Conferências Nacionais de Políticas Públicas tenham sido amplamente utilizadas pelo governo federal na última década e meia - período em que ocorreram 67% do total de conferências nacionais realizadas no país (AVRITZER; SOUZA, 2013) - e a despeito de ser uma das Instituições participativas com maior capacidade de mobilização (AVRITZER, 2013; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011), ainda são poucos os estudos que se debruçam sobre suas características (SOUZA *et al.*; 2013) ou sobre seus efeitos nas políticas públicas (RIBEIRO *et al.*, 2015; WAMPLER, 2011; AVRITZER, 2013). Apesar disso, é possível encontrar-se alguns esforços recentes nesse sentido, na literatura dedicada ao tema (AVRITZER, 2013; SOUZA; PIRES, 2012; PETINELLI, 2011; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011).

Desta maneira, se por um lado as Conferências Nacionais de Políticas Públicas se consolidaram nos últimos anos como uma das principais Instituições Participativas, por outro existem poucas avaliações que se debruçam sobre sua efetividade. Os estudos que investigam essa efetividade o fazem a partir de dois focos: ou analisam o processo deliberativo que ocorre no âmbito das Instituições Participativas, e avaliam a efetiva

capacidade dessas instituições em possibilitar a participação pretendida; ou debruçam-se sobre seus efeitos nas políticas públicas, e estabelecem quais os impactos produzidos por essas instituições participativas ante a atuação da Administração Pública.

O presente trabalho engajou-se nessa última linha de investigação e buscou - a partir da análise da correlação entre o resultado das deliberações ocorridas nas Conferências Nacionais de Saúde, e a respectiva política pública implementada pelo governo federal na área - estabelecer a efetividade desse tipo de Instituição Participativa no âmbito da saúde.

Para tal, adotou como método de análise a comparação entre propostas aprovadas no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, e as ações administrativas e legislativas adotadas pelo governo federal para o setor, utilizando como base conceitual a ideia de responsividade democrática. Esse conceito é utilizado como uma das métricas pela qual pode-se mensurar a qualidade democrática de um determinado governo (DIAMOND; MORLINO, 2005), e baseia-se na asserção de que governos democráticos devem atuar em consonância com as vontades e opiniões dos seus governados.

Ao fazer essa comparação, analisou-se o conteúdo das 3.327 propostas, o que resultou na definição, ao longo da pesquisa, dos principais temas tratados em cada uma das cinco Conferências Nacionais de Saúde. Desse modo, além da análise dos níveis de responsividade que governos estabelecem em relação a essa instituição participativa, a presente estudo identificou a agenda pública que surgiu em cada uma das cinco Conferências Nacionais de Saúde.

Assim, partindo-se do argumento de que as propostas aprovadas no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde podem ser entendidas como a expressão dos interesses da sociedade (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; ALMEIDA, 2014, 2012); e levando-se em consideração as determinações legais que vinculam os conteúdos dessas propostas às políticas públicas para o setor da saúde, a presente pesquisa propôs como ponto de partida para sua investigação a premissa de que a responsividade dos governos diante das Conferências Nacionais de Saúde constitui-se em uma medida adequada da efetividade dessas Instituições Participativas.

Postula-se, a partir dessa premissa, que existe uma relação de causalidade entre as propostas, aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde investigadas, e a atuação governamental na área da saúde pública, de tal sorte que, quando for observável

uma coincidência entre propostas e a ação do governo federal, essa deve-se à responsividade do governo a essas instituições participativas.

Ao interpretar a congruência entre essas propostas e a ação do governo como uma escolha desse último em ser responsivo às Conferências Nacionais de Saúde, postulando haver uma relação de causalidade entre propostas e a atuação governamental, a pesquisa considera legítimo que outros fenômenos possam explicar essa congruência, entre os quais podem ser citados a influência do Poder Legislativo na agenda implementada pelo governo federal no setor da saúde, ou mesmo as pressões advindas da própria sociedade civil. Contudo, endereçar-se a todos os possíveis fenômenos que podem influenciar a relação entre as propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde e a atuação governamental por certo inviabilizaria a presente pesquisa. Parte-se do pressuposto que essa causalidade está dada, a partir da literatura apresentada pela pesquisa como suporte teórico.

Assim, desse modo entendeu-se que quanto maior for a convergência entre os conteúdos das políticas públicas formuladas, implementadas ou implantadas pelo governo federal e os conteúdos das propostas oriundas das Conferências Nacionais de Saúde, maior será a responsividade do governo e, portanto, a efetividade das conferências.

A presente pesquisa baseou toda sua investigação empírica no pressuposto de que existiria uma relação de causalidade entre as propostas, aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde investigadas, e a atuação governamental na área da saúde pública, de tal sorte que se estabeleceu que, quando fosse observável a coincidência entre ambas, essa correspondência dar-se-ia pela responsividade do governo a essas Instituições Participativas.

Ao interpretar a congruência entre essas propostas e a ação do governo como uma escolha desse último em ser responsivo às Conferências Nacionais de Saúde, postulando haver uma relação de causalidade entre o segundo e o primeiro fenômeno, a pesquisa considerou plausível que outros elementos possam ter desempenhado, em alguma medida, papel nessa congruência, existindo mesmo um número indeterminado de variáveis que podem influenciar essa relação.

A título de prova desta premissa – a causalidade entre conferências e ação governamental-, é possível propor-se um teste contrafactual, a partir de especulação hipotética estabelecida por meio do seguinte exercício lógico: se não foram os conteúdos

das propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde as causas da mudança na ação governamental – a partir da escolha (ou possibilidade) dos governos em serem responsáveis, quais seriam os motivos mais prováveis para a coincidência entre essas propostas e a ação governamental?

O objetivo dessa questão é estabelecer se é legítimo adotar a premissa de que há relação de causalidade entre as propostas das Conferências Nacionais de Saúde e as ações governamentais, por meio da exclusão de outras causas que, se possíveis, são menos prováveis, ao menos no campo da especulação lógica.

Desenvolvendo a conjectura proposta nessa questão, pode-se elencar alguns candidatos críveis para servirem de causa à coincidência observada entre propostas das Conferências Nacionais de Saúde e a atuação governamental. A título de especulação, serão apontadas aqui as três causas mais plausíveis: i) a intervenção de outros atores políticos, como parlamentares; ii) a influência de organizações da sociedade civil; iii) o mero acaso.

Em relação ao primeiro item da especulação, é digno de consideração observar-se que a quase totalidade de propostas respondidas pelos governos o foram por meio de portarias ou decretos, todos atos exclusivos do Poder Executivo, portanto fora do alcance da interferência congressual. Ademais, no sistema presidencialista brasileiro, a influência opera em sentido contrário à especulação levantada: é o chefe do Poder Executivo que possui amplo poder de agenda sobre a dinâmica congressual, exercendo indiscutível controle sobre a produção legislativa (SANTOS, 1997; PEREIRA E MULLER, 2000; FIGUEIREDO, 2001).

Sobre o segundo item, a possível influência de organizações da sociedade civil sobre a agenda governamental para o setor da saúde, deve-se ter em mente que o principal meio para o exercício dessa influência é justamente a ocupação de espaços em instituições participativas (FARIA; SILVA e LINS, 2012; ABERS; SERAFIM e TATAGIBA, 2014) como as Conferências Nacionais de Saúde.

Por fim, em relação ao último item do teste contrafactual, que supõe ser essa congruência apenas fruto do acaso, algumas considerações devem ser levadas em consideração. Em primeiro lugar, o comportamento das taxas de responsividade apresentadas pelos três governos que fizeram parte da pesquisa estiveram em linha com o esperado pela literatura sobre o tema.

Partindo-se dessa asserção, a pergunta que guiou a presente pesquisa foi a seguinte: considerando a responsividade do governo federal, qual efetividade das últimas cinco Conferências Nacionais de Saúde realizadas entre os anos de 1996 e 2011?

1.1 Objetivo geral

Identificar a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde realizadas, entre os anos de 1996 e 2011, mediante a análise da responsividade do governo federal em relação ao conjunto de propostas aprovadas no âmbito dessas Instituições Participativas.

1.2 Objetivos específicos

- i. Analisar o conteúdo e categorizar as propostas aprovadas na 10^a (1996); 11^a (2000); 12^a (2003); 13^a (2007) e 14^a (2011) Conferência Nacional de Saúde;
- ii. Identificar quais iniciativas legislativas de autoria do governo federal referentes ao SUS têm correspondência com o conteúdo das propostas aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde;
- iii. Identificar quais atos administrativos do Governo Federal referentes aos SUS têm correspondência com o conteúdo das propostas aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas;
- iv. Identificar na alocação de recursos orçamentários federais ou na execução dos mesmos quais têm correspondência com o conteúdo das propostas aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas;
- v. Analisar a congruência entre as propostas aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas e as ações governamentais, estabelecendo a responsividade do governo perante essas Instituições Participativas.

1.3 Justificativa

As iniciativas governamentais para o setor de saúde devem levar em consideração as propostas oriundas das deliberações ocorridas nas Conferências Nacionais de Saúde, conforme disposto no artigo nº 198 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Assim, a análise da relação entre essas propostas e atuação governamental estabelece o grau de obediência dos diferentes governos estudados diante dos comandos constitucionais e legais que estabelecem essa vinculação.

A premissa da representação política é, em regimes democráticos, que “os representantes devem agir no interesse dos representados, da maneira a ser responsivo a eles” (PITKIN, 1967, p. 209, tradução nossa), de tal sorte que a principal característica para um regime ser considerado democrático reside na sua capacidade de ser responsivo a todos os seus cidadãos (DAHL, 1997).

Essa responsividade é entendida, em termos práticos, como a congruência entre a ação de representantes e as preferências dos representados (EULAU; KARPS, 1977), sendo maior a responsividade quando maior a congruência entre esses dois polos.

Dessa maneira, identificar em que medida o governo federal atende às propostas estabelecidas pelas Conferências Nacionais de Saúde significa determinar, em grande parte, o grau de obediência do governo federal aos preceitos constitucionais de participação e controle social no âmbito do SUS.

Analisar a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde tem ainda sua relevância assentada no fato de que foi no âmbito da saúde onde primeiramente se propôs e se implementou o modelo participativo de formação de agenda pública implementado mediante Instituições Participativas, em especial as Conferências Nacionais de Saúde, modelo esse atualmente mimetizado em outras áreas. Conforme lembram Pogrebinschi e Santos:

A área de saúde é o mais antigo objeto das conferências nacionais. Trata-se da mais institucionalizada e bem assentada rede de atuação da sociedade civil na formulação e efetivação de políticas públicas desde muito antes da promulgação da Constituição de 1988 (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011, p. 286).

Assim, é importante notar que o arcabouço institucional desenvolvido no âmbito

do SUS para a efetivação da participação social serviu de inspiração para o estabelecimento de mecanismos de participação semelhantes em outras áreas temáticas, notadamente nas políticas sociais. Entre os exemplos de áreas que se inspiraram nas experiências participativas do SUS, podemos citar: o Sistema Nacional de Cultura; e o Sistema Nacional de Desenvolvimento Urbanos (SNDU) e, principalmente, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (COUTINHO, 2014).

Desse modo, avaliar a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde como uma das principais instituições participativas implementadas no SUS significa identificar em que medida esse arcabouço participativo deve seguir como a matriz inspiradora para a implementação de sistemas participativos em várias outras áreas governamentais.

Além disso, estabelecer a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde possibilitará ao Ministério da Saúde, a quem cabe, de acordo com a Lei n. 8080, a direção do SUS no âmbito da União, perceber em que momentos o governo federal foi mais responsivo às demandas sociais. Ao fazê-lo, o Ministério poderá identificar arranjos institucionais e modos de organização das Conferências Nacionais de Saúde que sejam mais efetivos para o pleno cumprimento das diretrizes constitucionais de participação da comunidade no planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas no âmbito do SUS.

Por fim, os estudos sobre Conferências Nacionais de Políticas Públicas ainda têm alcançado poucas evidências que demonstrem a relação entre a atuação dessas instituições participativas e seu impacto na formulação e execução de políticas públicas (WAMPLER, 2011; AVRITZER, 2013; PETINELLI, 2013). Nesse sentido, o presente trabalho, ao estabelecer o impacto das propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde na ação governamental em relação ao SUS, pretende contribuir com mais evidências que permitam estabelecer sua efetividade a partir a identificação da influência desse tipo de Instituição Participativa nas políticas públicas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo apresenta, em três partes, o referencial teórico que deu suporte à pesquisa. Na primeira parte é apresentada uma revisão dos principais estudos realizados na última década sobre Instituições Participativas, Conferências Nacionais de Políticas Públicas e Conferências Nacionais de Saúde. Essa revisão teve por objetivo caracterizar o objeto de investigação da presente pesquisa, bem como identificar: i) as principais abordagens metodológicas utilizadas no seu estudo; ii) o corpo de conhecimento que se formou a seu respeito e; iii) as lacunas teóricas ainda existentes.

Na segunda parte do referencial teórico é apresentado o conceito de “Responsividade Democrática”, utilizado como marco conceitual para a investigação da efetividade das Conferências Nacionais de Saúde realizadas entre os anos de 1996 e 2011.

Por fim, a terceira parte do referencial teórico é reservada à apresentação de algumas considerações sobre a utilização do conceito de Responsividade Democrática para o estudo da efetividade das Conferências Nacionais de Saúde.

2.1 Instituições Participativas

Por instituições participativas entende-se, de maneira geral, os vários arranjos institucionais existentes no espaço entre Estado e sociedade civil, que possibilitam a inserção e participação dos cidadãos em processos decisórios na avaliação, formulação e implementação de políticas públicas.

Avritzer (2009) as define como instituições híbridas que transitam entre a esfera da participação e da representação, bem como entre Estado e sociedade, mediante as quais governantes, a despeito de manterem as prerrogativas de decisão - legitimada no conjunto de leis que garante aos vencedores das eleições as decisões governamentais (ou as funções parlamentares, conforme o caso) - cedem parte dessas prerrogativas de decisão a um conjunto de atores sociais.

Além de transitarem entre os polos da participação e da representação, essas instituições são, ainda segundo Avritzer (2009), caracterizadas por outros três aspectos. Em primeiro lugar, marcam a transformação do voluntariado existente na sociedade civil, desde meados da década de 70, em uma forma permanente de organização política,

mediante seu reconhecimento por parte do Estado como um conjunto de atores aptos à interlocução com o poder público, levando assim à sua conseqüente institucionalização como tal.

Em segundo lugar, possibilitam uma mudança, a partir da interação com atores e partidos políticos, de demandas difusas em agendas organizadas da sociedade. Por fim, são marcadas pela dependência de um adequado desenho institucional para seu efetivo funcionamento. Esse desenho, ainda segundo Avritzer (2009), é fruto da interação entre inovação e experimentação democrática da sociedade civil por um lado e, por outro, das preocupações com a universalização do acesso a meios de formulação de políticas públicas que permitam a participação dos cidadãos.

Avritzer (2009) identifica três diferentes arranjos em que as instituições participativas se organizam: arranjos ascendentes (*bottom-up*), arranjos de partilha de decisão e arranjos baseados em ratificação.

O primeiro arranjo é caracterizado pela ampla possibilidade de participação dos indivíduos, que geralmente é franqueada, ao menos em suas etapas iniciais, a praticamente todos os cidadãos interessados em fazê-lo. Nesses arranjos institucionais, geralmente cabe aos representantes do governo apenas a facilitação do processo de participação. O exemplo que Avritzer (2009) traz para esse tipo de Instituição Participativa é o Orçamento Participativo.

O segundo arranjo identificado pelo autor baseia-se em um modelo participativo que se operacionaliza, sobretudo, mediante a delegação, por parte da sociedade civil, a representantes previamente escolhidos, e reconhecidos como legitimados pelos governos. Esse é o caso dos vários Conselhos de Políticas Públicas existentes, como os Conselhos de Saúde ou Conselhos de Cidades. Outra característica desse arranjo é que há maior participação de atores estatais, que também se fazem representar por delegados, em muitos casos em uma composição em que metade do colegiado é formada por atores estatais e metade por atores da sociedade civil.

O terceiro tipo de desenho pelo qual as instituições participativas operam é baseado no princípio da ratificação: cidadãos são chamados a manifestarem-se favoráveis ou contrários em relação à determinada política pública proposta pelo governo.

É importante notar que nesse caso não há substituição ou compartilhamento das prerrogativas do Estado em favor da sociedade civil, cabendo a essa apenas ratificar ou

reprovar a proposta em análise, sem propor uma agenda alternativa. Além disso, inexistente delegação em qualquer momento, sendo cada participante chamado a votar em seu próprio nome.

Os principais exemplos dessa modalidade de Instituição Participativa são as audiências previstas pela Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001, chamada de Estatuto da Cidade (BRASIL, 2001).

Os arranjos institucionais que dão suporte às instituições participativas são relativamente novos, surgindo a partir da derrocada do regime militar em 1985, e ganharam impulso sobretudo na promulgação da Constituição Federal de 1988, que marca o início da transformação de um país com baixa participação institucionalizada para um país notável pelas diferentes modalidades de instituições participativas (AVRITZER, 2008, 2009).

Nesse sentido, o texto constitucional trouxe em vários de seus dispositivos garantias até então inéditas de participação dos cidadãos nas políticas públicas (ROCHA, 2008). É importante notar que até 2002 as principais instituições participativas até então em larga utilização no país eram os Orçamentos Participativos, os Conselhos de Políticas Públicas e os Planos Diretores, a maior parte no nível municipal. É somente na última década que o país experimentou a realização maciça de uma modalidade diferente de Instituição Participativa: as Conferências Nacionais de Políticas Públicas (AVRITZER; SOUZA, 2013).

2.1.1 Conferências Nacionais de Políticas Públicas

Ao lado de canais de expressão individual, de Conselhos de Políticas e de Orçamentos Participativos, as Conferências Nacionais de Políticas Públicas constituem-se como um dos quatro tipos básicos de Instituição Participativa (CORTES, 2011), sendo uma das que mais mobiliza e engaja participantes. Enquanto 4,3% da população brasileira participam de orçamentos participativos e conselhos municipais de políticas, quase 6,5% dessa mesma população participou de alguma das 74 Conferências Nacionais de Políticas Públicas realizadas entre 2003 e 2010 (AVRITZER, 2013). As definições dadas a essas instituições variam muito pouco na literatura sobre o assunto, conforme dispõe o Quadro

1, que apresenta as definições de Conferência Nacional Políticas Públicas utilizadas pelos principais autores que se debruçaram sobre o tema nos últimos anos.

Pelo disposto no Quadro 1, pode-se definir as Conferências Nacionais de Políticas Públicas como uma Instituição Participativa, geralmente convocada pelo poder público federal, que tem por objetivo possibilitar a participação da sociedade civil na formulação, implementação e avaliação de uma determinada política ou de um conjunto de políticas públicas.

QUADRO 1 – Principais definições de Conferências Nacionais de Políticas Públicas na literatura

Autor	Definição
Faria <i>et al.</i> (2012)	“Espaços de participação, representação e deliberação que requerem esforços distintos, tanto de mobilização social, quanto de construção da representação política e do diálogo em torno da definição de uma determinada agenda de política pública” (FARIA <i>et al.</i> , 2012, p.09).
Souza <i>et al.</i> (2013)	“Canais institucionais de participação social, caracterizados como processos periódicos de diálogo entre Estado e sociedade a respeito de um tema” (SOUZA <i>et al.</i> , 2013, p. 58).
Avritzer (2012)	“Instituições participativas de deliberação sobre políticas públicas no nível nacional de governo, convocadas pelo governo federal e organizadas nos três níveis da Federação” (AVRITZER, 2012, p. 08).
Pogrebinski e Santos (2011)	“Instâncias de deliberação e participação destinadas a prover diretrizes para a formulação de políticas públicas em âmbito federal. São convocadas pelo Poder Executivo através de seus ministérios e secretarias, organizadas tematicamente, e contam, em regra, com a participação paritária de representantes do governo e da sociedade civil” (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011, p. 261).
Souza e Pires (2012)	“Processos participativos que reúnem, com certa periodicidade, representantes do Estado e da sociedade civil para a formulação de propostas para determinada política pública” (SOUZA; PIRES, 2012, p. 505).
Silva (2008)	“Espaços amplos de participação, onde representantes do poder público e da sociedade discutem e apresentam propostas para o fortalecimento e adequação de políticas públicas específicas” (SILVA, 2008, p. 22).
Muller Neto e Artmann (2012)	“Espaços públicos, parte da esfera pública, em que representantes da sociedade civil e do governo encontram-se em situação de deliberação e, portanto, de estabelecer ações comunicativas e resgatar as pretensões de validade de seus discursos” (MULLER NETO; ARTMANN, 2012, p. 69).

Fonte: Elaboração própria a partir de pesquisa bibliométrica realizada pela pesquisa.

Embora não se constituam em novidade histórica, posto que já em 1941 Getúlio Vargas convocou as primeiras Conferências de Saúde e de Educação (CUNHA, 2013),

na última década observou-se um crescimento exponencial no número de Conferências Nacionais de Políticas Públicas realizadas em âmbito nacional. Entre 1930 e 2012 foram realizadas 128 Conferências Nacionais, das quais 87 (67%) se deram entre 2003 e 2012, período em que mobilizaram a participação de cerca de 7 milhões de pessoas, (AVRITZER; SOUZA, 2013).

Assim, as Conferências Nacionais de Políticas Públicas tornaram-se, nesse período, mais amplas, por envolverem número cada vez maior de pessoa; mais abrangentes, por tratarem de uma variedade maior de temas; mais inclusivas, por permitirem a participação de grupos sociais mais diversos e heterogêneos; e mais frequentes, por serem realizadas com maior regularidade (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011).

Apesar disso, ainda são poucos os estudos sobre Conferências Nacionais de Políticas Públicas que avaliam suas características, analisando diferenças e semelhanças entre essa modalidade de Instituição Participativa realizadas nas mais distintas áreas (SOUZA *et al.*, 2013). Esse hiato na teoria é também pontuado por Avritzer (2013), ao asseverar que, seja do ponto de vista das principais características políticas, seja do ponto de vista de seus impactos sobre as políticas públicas, há pouco conhecimento sobre as Conferências Nacionais de Políticas Públicas. Num esforço de contribuir com a caracterização dessas Instituições Participativas, Souza *et al.* (2013) realizaram estudo comparativo a respeito das 82 Conferências Nacionais de Políticas Públicas realizadas entre 2003 e 2011. O Quadro 2 sistematiza algumas das características levantadas pelos autores:

QUADRO 2 – Principais características das Conferências Nacionais de Políticas Públicas

(continua)

Dimensão	Caracterização das conferências nacionais
Tema	A maioria das Conferências Nacionais de Políticas Públicas teve como tema políticas sociais (64%), seguidas de garantia de direitos (13%); desenvolvimento econômico (11%) e infraestrutura e recursos naturais (12%).
Convocação	A maioria das Conferências Nacionais de Políticas Públicas foi convocada por Decreto Presidencial (51%), seguido de Portaria Ministerial (27%); Resolução de Conselhos Nacionais (12%); e Portaria Interministerial (4%). Apenas 6% não contaram com atos normativos convocatórios.
Objetivos	Geralmente as Conferências Nacionais de Políticas Públicas tiveram por objetivo agendamento, avaliação, participação ou proposição relativos aos temas de que tratam. Das conferências analisadas pelos autores, 92% identificaram como objetivo a proposição; 56% agendamento; 56% avaliação; e 47% participação.

QUADRO 2 – Principais características das Conferências Nacionais de Políticas Públicas

(conclusão)

Dimensão	Caracterização das conferências nacionais
Eixos temáticos	As Conferências Nacionais de Políticas Públicas são organizadas em eixo temáticos que orientam suas discussões. 55% das conferências organizaram-se por eixos temáticos setoriais, que são específicos à política em questão, mas não ligados à aspectos gerenciais, focando em ações e diretrizes da política. 52% organizaram-se por eixos temáticos intersetoriais, cujo conteúdo perpassa mais de uma área de política pública e, portanto, mais de um setor governamental. 32% adotaram como eixos temáticos a gestão e regulação da política em discussão e 18% o diagnóstico da situação socioeconômica, política e cultural do país e sua relação com a política em discussão. Por fim, apenas 8% das conferências organizaram suas discussões tendo como eixo temático a avaliação e o monitoramento de ações governamentais, o orçamento público vinculado à política em discussão ou ainda os resultados das conferências passadas.
Relação com os respectivos conselhos nacionais	84% das Conferências Nacionais de Políticas Públicas contaram com a atuação, ao longo de seu processo, com ao menos um Conselho Nacional de Política Pública. Em 51% dos casos o conselho participou e integrou a comissão da organizadora, e em 24% integrou a comissão e convocou a conferência.
Etapas preparatórias	Das Conferências Nacionais de Políticas Públicas típicas, que têm previsão de etapas preparatórias territoriais, 90% realizaram etapas estaduais; 86% etapas municipais e 53% etapas intermunicipais
Momentos deliberativos	As Conferências Nacionais de Políticas Públicas organizaram os momentos de discussão da seguinte forma: 9,7% previram a realização de plenária intermediária, que ocorre entre os grupos de trabalho e a plenária geral. 16% realizaram oficinas, em que participantes compartilham experiências, por temas ou eixos temáticos. 81% fizeram uso de palestras, em que determinados atores são chamados a apresentar aspectos dos temas para subsidiar as deliberações. 95,3% das conferências lançaram mão dos grupos de trabalho, espaço em que são construídas e aprovadas as propostas a serem encaminhadas à deliberação do plenário. 100% das conferências realizam plenária
Participação na etapa nacional	O número de participantes nas Conferências Nacionais de Políticas Públicas variou de acordo com seus respectivos regimentos. Conforme maior o número de edições da conferência, maior o número de delegados. 17% contaram com até 816 delegados. 21% contaram com um número de delegados entre 817 e 1.416; 37% um número entre 1.417 e 2.016 delegados; 6% um número entre 2.017 e 2.616 delegados; e 19% mais de 2.600 delegados participantes
Existência de cotas para participação na etapa nacional	32% das conferências previram a algum tipo de cotas para determinados grupos participarem da etapa nacional. Dessas conferências, 27% previu cotas baseadas em critérios de gênero; 64% basearam-se em algum critério etnicorracial; e 9% outro recorte, como a necessidade específicas.
Previsão de delegados natos	Delegados natos são aqueles que não passam por processo eletivo por ocuparem determinado cargo ou função. 83% das conferências previu em seu regimento a figura do delegado nato. Esses formam em sua maioria conselheiros nacionais (49%) ou representantes indicados por órgãos públicos federais, estaduais ou municipais (8%).
Participação total	Apenas 37 Conferências Nacionais de Políticas Públicas estudadas pelos autores disponibilizaram informações sobre o total de participantes envolvidos em todas as etapas da conferência. Nessas participaram, em média, 117.128 pessoas em todas as etapas.
Número de municípios envolvidos	22% das Conferências Nacionais de Políticas Públicas contaram com etapas realizadas em até 900 municípios, e 22% também contaram com um número de municípios entre a 901 e 1.800 municípios. Na faixa seguinte, com participação entre 1.801 e 2.700 municípios somaram-se 11,1% das conferências.

Fonte: Elaboração própria a partir de Souza *et al.* (2013).

Depreende-se do Quadro 2 que a maioria das Conferências Nacionais de Políticas Públicas tem como características comuns o fato de tratarem de temas relacionados a políticas sociais ou garantia de direitos; serem convocadas por Decreto Presidencial; e terem como objetivo agendamento, avaliação, participação ou proposição de políticas públicas.

Para além de sua caracterização, um dos maiores desafios propostos pela literatura encontra-se em avaliar seus resultados. Como lembram Ribeiro *et al.* (2015, p. 55): “embora seja crescente a sua realização, muitas questões ainda não foram respondidas sobre o que acontece após o evento e não há clareza sobre como elas impactam a gestão governamental”.

Ao se debruçar sobre o mesmo problema, Wampler (2011, p. 46) faz constatação semelhante: “Infelizmente, continuamos com pouca evidência que demonstre sistematicamente como os conselhos e as conferências afetam os resultados das políticas pública”. Apesar disso é possível destacar, na literatura recente produzida sobre o tema, alguns estudos que procuram responder a essa lacuna. Avritzer (2013), ao analisar a percepção dos participantes de Conferências Nacionais de Políticas Públicas, constata que 27,3% dos participantes entende que o governo não implementa as decisões tomadas durante conferência, ou implementa um número pequeno de decisões tomadas, ao passo que 16,1% acreditam que o governo sempre implementa decisões tomadas durante a conferência, ou ao menos implementa a maioria, e 19,6% creem que governo implementa um número médio de decisões tomadas.

Souza e Pires (2012), ao analisarem a percepção que gerentes de programas federais têm dos sentidos, usos e papéis das deliberações ocorridas em Conferências Nacionais de Políticas Públicas, observam que, de um universo de 399 programas relacionados com esse tipo de Instituição Participativa, apenas 15% dos gestores declararam utilizar as Conferências Nacionais de Políticas Públicas como forma de relacionamento com a sociedade.

Esse conjunto de percepções, tanto dos participantes das Conferências Nacionais de Políticas Públicas, quanto dos gestores de programas federais, traz para o centro do debate um aspecto, como já explicitado anteriormente, ainda pouco estudado dos processos conferencistas: sua efetividade em termos de impacto nas políticas públicas. A esse respeito, alguns trabalhos recentes têm lançado alguma luz sobre o tema.

Ao analisar a implementação das diretrizes das Conferências Nacionais de Aquicultura e Pesca; Políticas para Mulheres; e Políticas de Promoção da Igualdade Racial e seu impacto sobre os programas de políticas formulados pelo governo federal, Petinelli (2011) chega à conclusão de que a efetividade desse tipo de Instituição Participativa varia de acordo com três aspectos: i) o tema discutido; ii) o padrão de organização da sociedade civil envolvida nas discussões; e iii) a centralidade do respectivo ministério em termos de acesso a recursos orçamentários.

Em estudo posterior Petinelli (2013) identificou os seguintes determinantes para a efetividade das Conferências Nacionais de Políticas Públicas: i) contexto político favorável à participação; ii) convergência entre os projetos políticos do governo federal e da sociedade civil; iii) grau de intersetorialidade e descentralização da política debatida na conferência; iv) maior autonomia dos atores da sociedade civil em relação ao governo.

Também debruçados sobre o tema da efetividade das Conferências Nacionais de Políticas Públicas, Pogrebinski e Santos (2011) analisaram a relação entre 1.953 propostas advindas de deliberações realizadas em 80 dessas instituições participativas e 3.750 proposições legislativas que tramitaram, no mesmo período, no Congresso Nacional. Como resultado de sua investigação, chegaram às seguintes evidências: 19,8% do total de Projetos de Leis Ordinárias e Complementares possuíam pertinência temática com propostas oriundas das Conferências Nacionais de Políticas Públicas; e 48,5% das Propostas de Emenda à Constituição (PEC) também, o que demonstrou que essas instituições tiveram impacto relevante sobre a produção legislativa do Congresso Nacional. Ainda sobre o tema, ao analisarem quatro experiências de monitoramento de Conferências Nacionais de Políticas Públicas, Ribeiro *et al.* (2015) identificaram que a atividade de monitoramento dos seus resultados é marcada por profundas dificuldades.

A primeira funda-se no fato de que nem todas as deliberações advindas dos processos conferencistas trazem demandas dirigidas a um único órgão governamental, tendo muitas vezes um forte caráter intersetorial. Além desse desafio de estabelecer-se quais os órgãos são responsáveis pelo atendimento de determinada demanda, é preciso orientar e sensibilizar esses órgãos para tal. Esse achado é especialmente verdadeiro no caso das políticas para as mulheres, que contam com várias ações transversais. Ainda como fator que dificultam o monitoramento das conferências nacionais, Ribeiro *et al.* (2015) apontam a falta de sistematização das experiências nos vários órgãos e a alta rotatividade de pessoal.

2.1.2 Conferência Nacional de Saúde (CNS)

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são o exemplo mais antigo de Conferências Nacionais de Políticas Públicas (AVRITZER; SOUZA, 2013). Desde sua primeira edição, convocada por Getúlio Vargas ainda em meados da década de 30, até o presente momento, foram realizadas ao todo quinze Conferências Nacionais de Saúde. Nessas mais de sete décadas de existência, foram, como qualquer instituição pública, marcadas pela conjuntura política e social presente nos momentos em que foram realizadas.

Durante o período que se inicia em 1937, ano de sua criação, e vai até a redemocratização política ocorrida na década de 80, as Conferências Nacionais de Saúde realizadas não podem ser consideradas *stricto sensu* um instrumento de participação popular, uma vez que envolveram basicamente a participação de representantes governamentais, técnicos da saúde, pesquisadores e acadêmicos na discussão de diretrizes nacionais para o setor (SOUZA *et al.*, 2013).

É somente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, com a mobilização social e participação de usuários dos sistemas de saúde, que essa instituição pode ser considerada de fato como instrumento de participação popular. A 8ª Conferência Nacional de Saúde é tida como um marco na história das Conferências Nacionais de Políticas Públicas, sendo considerada pela literatura inclusive a principal fonte para a criação, dois anos após sua realização, do Sistema Único de Saúde estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Assim, o estabelecimento de saúde como um direito da população e dever do Estado e as diretrizes de participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde como uma das diretrizes do SUS são inovações que podem ser atribuídas como resultado direto das deliberações ocorridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Desde esse marco, foram realizadas outras 07 Conferências Nacionais de Saúde que envolveram, apenas considerada a etapa nacional, a participação de cerca de 16.000 cidadãos e a aprovação de mais de 3.095 propostas para o SUS, conforme estabelecido no Quadro 3.

QUADRO 3 - Conferências Nacionais de Saúde realizadas desde a Constituição Federal de 1988

Edição	Data de Realização	Etapas Preparatórias (municipais)	Participantes (Delegados nacionais)	Diretrizes Aprovadas (*)
15ª	12/2015	S.I.**	S.I.**	S.I.**
14ª	12/2011	4.374	3.212	343
13ª	11/2007	4.430	3.068	857
12ª	12/2003	3.640	3.000	723
11ª	12/2000	S.I.	cerca de 2.500*	296
10ª	09/1996	cerca de 3.000*	1.260	657
9ª	08/1992	S.I.	cerca de 3000*	219

(*) Conforme reportado pelo respectivo Relatório Final

Notas: (**) Relatório final acerca da 15ª CNS ainda não publicitado

S.I. = sem informações no respectivo Relatório Final

Elaboração própria a partir dos Relatórios Finais da 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª e 14ª Conferência

Fonte: Nacional de Saúde e de consulta ao sítio eletrônico do Conselho Nacional de Saúde.

Com base nos dados dispostos no Quadro 3 é possível verificar uma popularização cada vez maior das Conferências Nacionais de Saúde, que a cada edição passaram a contar com um número maior de participantes e a envolver mais cidades em suas etapas preparatórias.

Segundo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as Conferências de Saúde devem reunir-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no âmbito municipal, estadual ou nacional, devendo ser convocadas pelo respectivo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo respectivo Conselho de Saúde.

As normas que regem seu funcionamento e organização são estabelecidas por esse Conselho de Saúde, conforme disposto na Resolução nº 453, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 10 de maio de 2012:

Estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde” (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2012, p. 07).

Essa mesma resolução estabelece ainda que quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade em determinado município, cabe ao respectivo Conselho Estadual de Saúde assumir a prerrogativa de convocação, organização e realização da Conferência Municipal de Saúde que deverá, na sua primeira reunião, deliberar sobre a criação, estruturação e composição do Conselho Municipal de Saúde.

É importante observar-se que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece como norma, para o recebimento de repasses de recurso orçamentários do Fundo Nacional de Saúde (FNS), a existência de conselhos de saúde nos estados ou municípios, sob pena dos recursos concernentes serem administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

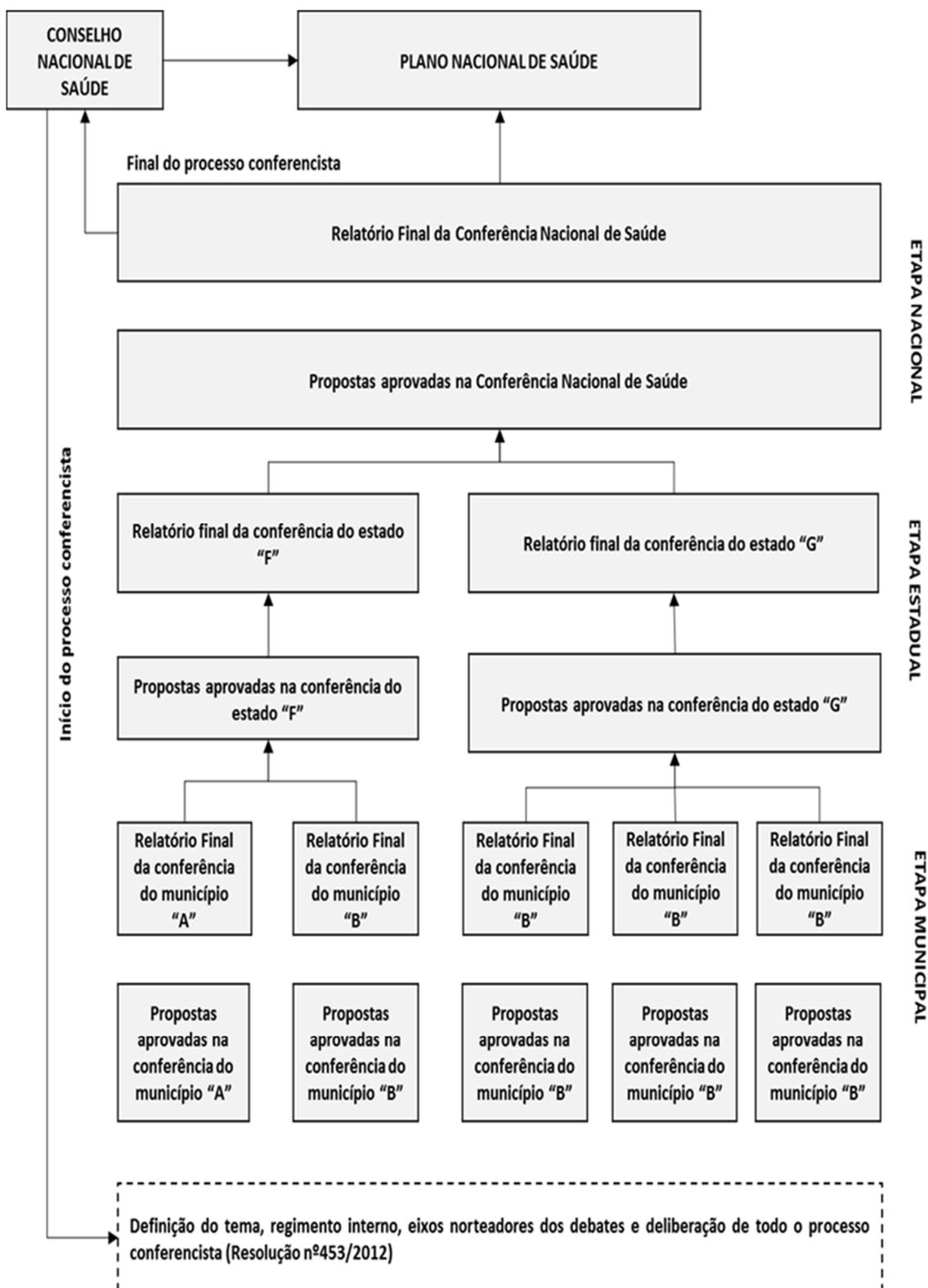
Esse fato certamente explica o dado observado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que identificou o percentual de 100% dos estados com Conselhos Estaduais de Saúde implementados e a quantidade de 99,7% dos municípios com Conselhos Municipais de Saúde (IBGE, 2015). A mesma pesquisa identificou ainda que 4.956 municípios (88,9% do total) realizaram Conferências Municipais de Saúde naquele ano, obedecendo aos preceitos constitucionais e legais que determinam o planejamento ascendente do SUS, representado pela Figura 1.

A Figura 1 representa graficamente o caráter ascendente das propostas deliberadas nas Conferências Nacionais de Saúde. Em geral, ao final de cada uma das Conferências Municipais de Saúde são elaborados relatórios destas etapas municipais, contendo todas as propostas deliberadas e aprovadas no âmbito daquelas reuniões, relatórios esses que são encaminhados à Comissão Organizadora da Etapa Estadual.

De maneira análoga, ao final de cada Conferência Estadual são elaborados relatórios encaminhados à Comissão Organizadora da Etapa Nacional. O objetivo é que as deliberações aprovadas em uma etapa subsidiem o debate e a deliberação das propostas na etapa seguinte.

Desta forma, na etapa nacional são debatidas e deliberadas as propostas que aprovadas nas etapas estaduais e municipais, não podendo ser, nessa etapa, apresentadas novas proposições que não tenham sido deliberadas nas etapas anteriores (BRASIL, 2009).

FIGURA 1 – Fluxo ascendente das propostas das Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: elaboração própria a partir Relatórios Finais da 10ª, 11ª, 12ª, 13ª e 14ª CNS.

Essas propostas são, ao final da Conferência Nacional de Saúde, consolidadas em um Relatório Final, e encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde, a quem caberá discutir, elaborar e aprovar a operacionalização das propostas aprovadas ao longo de todo o processo conferencista, e levá-las em consideração no processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde. Assim, percebe-se que as propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de saúde são o resultado final de um longo processo de participação e deliberação que envolve participantes nas três esferas de governo (BRASIL, 2009).

Com relação ainda ao caráter ascendente das Conferências de Saúde, Faria *et al.* (2012), ao estudarem as etapas local, distrital e municipal da Conferência de Saúde de Belo Horizonte percebem que, conforme aumenta a escala das reuniões, mais formais ficam as possibilidades de participação e mais técnicas e elaboradas são as proposições apresentadas, que também têm sua quantidade reduzida, em um processo que os autores interpretam como a racionalização do processo por meio de discussão e votação.

Essa formalização se dá, entre outros motivos, porque nesse tipo de Instituição Participativa o envolvimento ocorre de forma direta, nas etapas municipais e de forma indireta, nas etapas seguintes, mediante delegados escolhidos diretamente pelos cidadãos, que atuam em reuniões deliberativas, o que demanda alguma formalidade procedimental para a realização dessa escolha, geralmente por meio de eleição (CORTÊS, 2011).

2.2 Responsividade democrática

Responsividade é um termo que, embora não conste no Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP), editado pela Academia Brasileira de Letras (ABL), acabou por tornar-se bastante usual no país, em investigações científicas em áreas diversas como saúde coletiva, psicologia, economia e ciência política. Apesar de não ser reconhecido como substantivo pela ABL, o termo é aceito quando desempenha função de caracterização, visto que reconhece a existência do adjetivo “responsivo”. Em linhas gerais, este adjetivo refere-se àquilo que envolve ou contém resposta a algo (HOUAISS, 2015; MICHAELIS, 2015).

Em sua pesquisa etimológica do termo correlato na língua inglesa, “*responsive*”,

Lorencini (2013) encontrou significados um pouco mais diversos, variando em definições como: realizar uma positiva e rápida reação em relação a algo ou alguém, de acordo com o *Cambridge Dictionaries Online*; aquilo que reage, responde ou corresponde, de acordo com o dicionário Michaelis; ou ainda aquilo que é receptivo, de acordo com o Dicionário Colins (LORENCINI, 2013).

Aplicado às várias disciplinas científicas, o termo responsividade ganha uma abrangência de significados ainda maior. No campo da psicologia, refere-se às “atitudes compreensivas que os pais têm para com os filhos e que visam, através do apoio emocional e da bi-direcionalidade na comunicação, favorecer o desenvolvimento da autonomia e da autoafirmação dos jovens” (COSTA, 2000, p. 466).

No campo da saúde coletiva, o termo refere-se a uma alternativa ao conceito de satisfação nas avaliações em saúde. Segundo Vaitsman e Andrade (2010), essa acepção do termo responsividade foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como forma de avaliar, nos serviços de saúde, elementos não diretamente ligados ao estado de saúde do paciente, tais como a dignidade e o modo como paciente é tratado; seu grau de participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde a que é submetido; a clareza na comunicação entre profissional de saúde e usuário; e a garantia da confidencialidade do seu histórico médico. Nas palavras dos autores, responsividade, nesse contexto, refere-se “ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 606).

Aplicado às investigações em Ciência Sociais, com o objetivo avaliar governos e instituições políticas, como é o caso da presente pesquisa, o termo responsividade é entendido como o conceito ou característica que determina o grau, avanço ou qualidade de um determinado sistema democrático, sendo utilizado separadamente ou em conjunto com outros conceitos - como o respeito à legalidade, a *accountability* vertical e horizontal, a participação democrática, a competência, a liberdade ou igualdade (LAUTH, 2013). Na definição já clássica de Robert Dahl, responsividade seria a característica essencial dos regimes democráticos. Como assevera o autor:

Parto do pressuposto de que uma característica-chave da democracia é a contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados como politicamente iguais. Não pretendo levar em consideração

aqui outras características que poderiam ser necessárias para um sistema ser estritamente democrático. Neste livro, gostaria de reservar o termo "democracia" para um sistema político que tenha, como uma de suas características, a qualidade de ser inteiramente, ou quase inteiramente, responsivo a todos os seus cidadãos (DAHL, 1997, p.1).

De acordo com esse autor, existem três condições para que um determinado sistema permaneça responsivo ao longo do tempo e, portanto, democrático. Primeiramente, para ser responsivo um regime deve possibilitar a seus cidadãos o *status* de politicamente iguais e, portanto, igualmente legitimados para formular suas preferências através dos canais de comunicação com o governo. Além disso, deve garantir que essas preferências sejam expressas de maneira livre junto aos seus concidadãos e ao próprio governo. Por fim, garantir que suas preferências sejam recebidas e levadas em consideração em igualdade de condição com as demais, sem qualquer tipo de discriminação. Uma definição semelhante de responsividade é encontrada em Przeworski (1996) apud Azevedo e Anastasia (2002), autor para quem governos responsivos são:

Aqueles que promovem os interesses dos cidadãos, escolhendo políticas que uma assembleia de cidadãos, tão informados quanto o Estado, escolheria por votação majoritária, sob os mesmos constrangimentos institucionais” (AZEVEDO; ANASTASIA, 2002, p.81).

Vale a pena mencionar ainda a definição do conceito encontrada em Stokes (2001) apud Rennó *et al.* (2011):

Refere-se à capacidade de resposta dos políticos e sistemas políticos às demandas por distribuição e redistribuição vindas da sociedade. Dessa forma, o sistema é mais responsivo quando ele retorna ao eleitor exatamente o que este expressou (RENNÓ *et al.*, 2011, p. 50).

Segundo Eulau e Karps (1977), Stokes esteve entre os primeiros autores que trataram responsividade como uma medida da congruência entre representantes e representados, ao analisar qual seria a maior influência na determinação do voto dos congressistas americanos: as determinações partidárias ou as preferências dos delegantes (*constituency* no original). Ainda segundo os autores, para possibilitar a congruência entre eleitores e seus representantes, seria necessário escolher representantes que tivessem as mesmas opiniões que os representados. Assim, mesmo que o representante haja de acordo

unicamente com suas convicções, essas encontrariam congruência com aquelas dos eleitores. Eulau e Karpis (1977) desdobram a responsividade em quatro componentes:

- a) *Policy responsiveness*, que ocorre quando representantes e representados concordam com determinada política pública;
- b) *Service responsiveness*, que se refere à capacidade dos representantes de obter ao seu eleitor vantagens e benefícios que de outra forma não poderiam ser obtidos;
- c) *Allocation responsiveness*, naquilo que os autores chamam de “*pork-barrel politics*”: a alocação pelos representantes legislativos de recursos federais em determinados distritos, em vantagem a seus eleitores em detrimento dos eleitores de outros distritos;
- d) *Symbolic responsiveness*, que é o posicionamento do representado em questões controversas presentes no debate público, em harmonia com as expectativas e o alinhamento do representado.

Outra abordagem teórica bastante influente na literatura sobre responsividade democrática é encontrada em Diamond e Morlino (2005) na introdução de seu livro “*Assessing the Quality of Democracy*”, segundo a qual: “*Democratic governments are responsive when the democratic process induce them to make and implement policies that the citizens want*” (DIAMOND; MORLINO, 2005 p. xxix). Embora seja um aspecto importante para mensurar a qualidade de uma democracia, Diamond e Morlino (2005) afirmam que a responsividade não é o único critério a ser considerado, uma vez que se relaciona com outros sete aspectos de qualidade democrática, conforme estabelecido no Quadro 4:

QUADRO 4 - Dimensões da qualidade democrática por Diamond e Morlino (2005)

Dimensão procedimental	Dimensão substantiva	Dimensão de resultado
Império das leis	Liberdade política	Responsividade
Competição eleitoral	Igualdade política	-
<i>Accountability</i> Horizontal	-	-
<i>Accountability</i> vertical	-	-
Participação política	-	-

Fonte: Elaborado a partir de Diamond e Morlino, 2005 p. xiv – xxix.

O Quadro 4 apresenta três dimensões da qualidade democrática propostas pelos autores, e os seus respectivos critérios de análise. Desses, a responsividade é o único critério adotado pelos autores para a análise da dimensão de resultado de uma democracia.

Contudo, essas dimensões estão imbricadas de tal forma que, segundo os autores, a ligação entre esses diferentes elementos da democracia é tão densa e sobreposta que se torna difícil determinar quando uma dimensão termina e a outra se inicia.

Ainda assim, o quesito da responsividade estaria mais fortemente ligada à *accountability* vertical e, portanto, à competição e participação política, uma vez que as condições para a favorecerem estão relacionadas à existência de: i) uma sociedade civil bem informada, independente e politicamente engajada; e ii) um sistema partidário coerente capaz de definir claramente opções e escolhas políticas diversas que redundem em agendas públicas que sejam da preferência dos cidadãos.

Segundo Diamond e Morlino (2005), haveriam três limites objetivos à responsividade. Em primeiro lugar, os autores argumentam que líderes eleitos democraticamente não buscam necessariamente conhecer e entender as demandas e preferências dos cidadãos com o objetivo de atendê-las. Além disso, nem sempre têm governabilidade sobre todos os aspectos das preferências dos eleitores, uma vez que nem sempre controlam todas as variáveis externas que envolvem uma determinada questão.

Por fim, há um problema de escassez de recurso: mesmo que os governantes queiram responder às demandas dos eleitores, estarão sempre, em maior ou menor grau, constrangidos por restrições orçamentárias. Rennó et al. (2011) reforçam esse argumento, ao notar que:

[...] uma situação de responsividade perfeita pode levar à ineficiência administrativa e à irresponsabilidade fiscal...para responder todas as demandas de todos os setores da sociedade, o sistema político deveria ter recursos infinitos, e isso está muito longe da realidade de qualquer país, principalmente nos mercados emergentes e países subdesenvolvidos que marcam significativa parte do mundo. Portanto, regimes políticos jamais serão completamente responsivos. (RENNÓ et al., 2011, p.50).

Em relação aos limites fiscais que desafiam o alcance da responsividade por parte de governos, Powell Jr. (2003) acrescenta outras dificuldades. A primeira refere-se às situações em que haja divergência nas preferências entre cidadãos. Assumindo como verdadeira a premissa de que os cidadãos devem ter a última palavra sobre seus interesses,

uma vez que nenhum representante pode conhecer melhor as preferências do representado, o autor apresenta a seguinte limitação, em forma de reflexão: “*Who will do the governing and to whose interests should the government be responsive when the people are in disagreement and have divergent preferences?*” (POWELL JR., 2003, p. 08). A essa questão, Powell Jr. (2003) aponta a solução mediante o seguinte raciocínio: na incapacidade de ser responsivo às preferências de todos os cidadãos, o governo deve ser responsivo a tantas pessoas quanto o possível.

Em outras palavras, caso seja impossível atender a todas as demandas, que o governo atenda àquelas expressas pelas maiorias. Assim, o dilema da divergência de preferência teria menor expressão em sistemas majoritários, que tendem a uma maior responsividade, por atenderem à maioria dos cidadãos, do que em sistemas proporcionais.

No entanto, ainda que a solução possível para determinado governo atender ao preceito democrático de responsividade seja, do ponto de vista prático, o atendimento ao que anseia a maioria, Powell Jr. (2003) apresenta outra questão: como aferir e conhecer o que anseia a maioria?

Embora o voto seja uma forma de se conhecer as preferências dos cidadãos, uma vez que representa uma métrica comparável, sobretudo em países com diferenças culturais e contextos sociais distintos, esse instrumento de escolha encerra algumas dificuldades, quando se trata de conhecer as preferências dos eleitores por determinadas políticas públicas ou ações governamentais.

Em primeiro lugar, o exercício da escolha por meio do voto pode ser influenciado por outras questões que não a preferência do eleitor por determinada política pública. Aspectos como empatia por determinado partido, simpatia ou identificação pessoal com algum candidato podem desempenhar um papel ainda mais influente na determinação da escolha eleitoral dos cidadãos que as agendas políticas em disputa.

Além disso, o exercício do voto é uma escolha por opções já construídas. Essa escolha é, portanto, constrangida pelas agendas dos partidos. Assim, a responsividade é tão mais possível, quanto mais partidos houver em disputa que atendam às expectativas do eleitor (POWELL JR. 2004).

Outra dificuldade relativa à responsividade é o desafio de interpretar-se as preferências dos representados, e sua posterior tradução em determinadas políticas públicas e ações governamentais que estejam de acordo com essas preferências. Isso

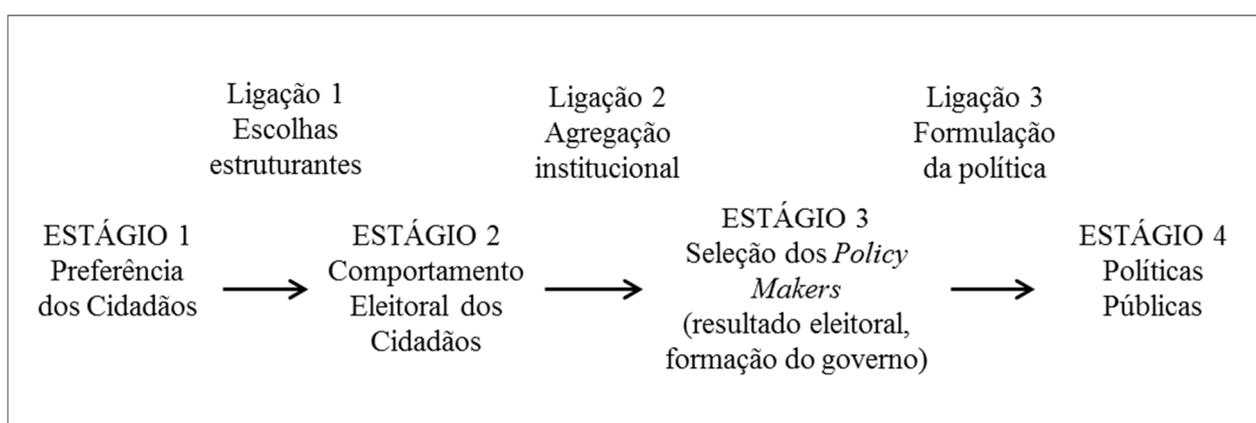
porque transformar as preferências em unidades mensuráveis nem sempre é tarefa possível. Como argumenta autor:

First, there is the problem of the units of matching. If citizens are asked about welfare spending, for example, how many more dollars of expenditure are an appropriate match for a citizen response that “more” support for the unfortunate would be a good thing? How much concern about poverty translates into a responsive increase in spending or a new set of programs? Similarly, with inflation, unemployment, life-expectancy, economic growth, literacy, murder rates, and so forth (POWELL JR., 2003, p. 16).

A esse desafio Powell Jr. (2003) acrescenta ainda outro, relacionado àquilo que identifica como a questão entre *policy outputs* (produto de uma determinada política pública) e *policy outcomes* (impactos de uma determinada política pública, a partir de seus resultados). Como exemplo, o autor cita a seguinte situação hipotética: uma vez que o problema da segurança pública entra no conjunto de interesses dos cidadãos, o atendimento a esse interesse se dá no aumento dos gastos em policiamento ou na redução de determinados crimes?

Em outro texto seu intitulado “*The Chain of Responsiveness*”, Powell Jr. (2004) avança em suas reflexões acerca da responsividade, ao apresentar as etapas sucessivas em um modelo que chama de cadeia de responsividade, representada pela Figura 2:

FIGURA 2 – Responsividade Democrática: estágios e ligações



Fonte: Traduzido de Powell Jr., 2004, p. 63.

O modelo disposto na Figura 2 apresenta as conexões entre quatro estágios pelo

qual passa o processo político que liga a preferência dos eleitores às políticas públicas desempenhadas pelos governos eleitos. Na mecânica de seu funcionamento, a primeira ligação é aquela que une candidatos a políticas públicas ofertadas por partidos ou coalizões partidárias. A segunda ligação depende da estabilidade do sistema partidário, enquanto a terceira ligação se subordina às alternativas razoáveis entre oponentes, de modo que permitam ao eleitor exercer de forma retrospectiva seu direito à *accountability* vertical, punindo os representantes não responsivos às suas expectativas.

Além dos desafios já citados acerca da responsividade, há a questão da dicotomia entre preferências de curto prazo versus interesses de longo prazo. Ao optar por ser mais responsivo ao segundo *input*, de longo prazo, um governo estaria sendo mais ou menos responsivo do que aquele que escolhesse a primeira opção de *input* (a preferência de curto prazo) para a formulação de suas políticas públicas? Cada uma das ligações que compõem o modelo de responsividade apresentado possui um conjunto de condições que atuam como facilitadores ou dificultadores, conforme Quadro 5:

QUADRO 5 – Subversões e facilitadores para a Responsividade Democrática

	Estruturação de escolhas	Agregação Institucional	Formulação de políticas públicas
Subversões	<ul style="list-style-type: none"> - Controle de informações - Limitação de escolhas - Incoerências partidárias 	<ul style="list-style-type: none"> - Distorção nos assentos - Distorção na execução - Votações do tipo <i>condorcet</i> - Trocas partidárias - Impasse governo/oposição - Governo por decreto 	<ul style="list-style-type: none"> - Campanhas eleitorais enganosas (“<i>Bait and switch</i>”) - Constrangimentos - Corrupção
Condições facilitadoras	<ul style="list-style-type: none"> - Educação e Mídia - Sistema partidário estável - Competição eleitoral - Discurso nacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Parlamentarismo - Coerência partidária - Formulação inclusiva de políticas públicas 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Accountability</i> partidário - <i>Accountability</i> horizontal - Capacidade Burocrática

Fonte: Traduzido de Powell Jr., 2004, p. 68.

Percebe-se pelo Quadro 5 que cada um dos elos que ligam os quatro estágios da cadeia de responsividade pode ser constrangido ou facilitado por um conjunto de aspectos, chamados pelo autor de subversões e facilitadores

Embora não seja expresso pelo seu autor nesses termos, o modelo proposto por Powell Jr. pode ser entendido como um tipo ideal weberiano: uma construção teórica de causas conceituais para se chegar às causas prontamente reais, a partir de uma investigação teórica, no campo das ideias, para determinar as causas concretas de uma dada realidade, no campo empírico (WEBER, 2003).

É importante perceber que a responsividade se dá em um ambiente de permanente interação entre representante e representado - que resulta em trocas constantes de informação - de tal sorte que não apenas o primeiro reage ao segundo, mas se dá também na direção contrária, em um movimento de ajustes que têm como maior exemplo a imagem de um termostato, empregada por Wlezien e Soroka (2007):

Public reacts to both real-world affairs and policy itself, much like a thermostat. That is, the public adjusts its preferences for "more" or "less" policy in response to policy change, favoring less (more) policy in the wake of policy increases (decreases), ceteris paribus (WLEZIEN; SOROKA, 2007, p. 812).

Segundo os autores, a mecânica pela qual a responsividade opera obedece a três momentos. No primeiro momento os representantes emitem sinais sobre suas preferências por mais ou menos gastos em determinado tema. No segundo momento os representantes reagem a essa preferência aumentando os gastos na direção indicada; e no terceiro momento os representados reagem a essa primeira responsividade, calibrando esses gastos, caso julguem que já se encontram em um nível satisfatório. Esse mecanismo de ajuste se dá pela tendência dos representantes em "*overresponds to opinion, leading public opinion to reverse itself in the hopes of pulling policy back to what the public prefers*" (SHAPIRO, 2011, p. 1001).

Essa dinâmica entre preferência e política pública é, em relação aos gastos governamentais, tão direta, embora em sinais contrários, que quando os gastos aumentam, as preferências relativas dos constituintes por eles diminuem; e quando os gastos decrescem, aumenta a preferência relativa por eles (WLEZIEN; SOROKA, 2009).

2.2.1 Mensuração da responsividade

Embora haja na literatura sobre o assunto pouca divergência conceitual a respeito do que seja responsividade (RENÓ *et al.*, 2011; LAUTH, 2013), é possível observar-se distintos caminhos metodológicos quanto à sua análise e, sobretudo, quanto à sua mensuração. Distinguem-se nos estudos sobre o tema dois principais percursos metodológicos: (i) as análises entre a ação governamental e sua percepção por parte dos governados, determinando-se o quanto estes julgam essas ações responsivas às suas expectativas; e (ii) os testes de congruência entre preferências e ação governamental.

A primeira abordagem metodológica, observada na literatura acerca da mensuração da responsividade, fia-se na percepção que os cidadãos têm sobre a relação entre suas demandas e expectativas, e aquelas efetivamente atendidas pelos seus representantes. De acordo com Kristinsson (2005), o ponto de partida dessa abordagem constrói-se na premissa de que, ao responder às demandas dos cidadãos, governos passam a contar com sua aprovação, reconhecimento e satisfação:

Satisfaction is an indicator of responsiveness given an assumption that if the communes manage to obtain the wishes and demands of the citizens and transform them into political decisions, this will affect their level of satisfaction... If a democratic government tries to act otherwise the corrective mechanisms of democracy will intervene to put the government on the right track again. Thus, citizen satisfaction may be used as an indicator of how well government is responding to the needs of the citizens (KRISTINSSON, 2005, p. 168).

A partir dessa premissa, Andrews e Walle (2012) examinam a relação entre a implementação de práticas da *New Public Management* (NPM) e a percepção dos cidadãos ingleses com relação, entre outros aspectos, à responsividade dos governos britânicos locais. Nesta investigação, foram estudados 386 governos locais, entre prefeituras, condados e administrações distritais, e o levantamento foi baseado em uma amostra aleatória estatisticamente representativa de 1.100 residentes, em cada uma das circunscrições administrativas. Embora um dos objetivos declarados das reformas administrativas implementadas naquele país, nos anos 90, fosse melhorar a responsividade ao oferecer serviços públicos que correspondessem às preferências individuais, os autores chegaram a resultados que indicaram uma percepção negativa, em

relação ao grau de responsividade alcançado pelas unidades administrativas, após as reformas implementadas.

Para mensurar essa percepção, Andrews e Walle (2012) utilizaram instrumento de coleta que arguia diretamente a satisfação dos entrevistados em relação ao seu governo:

The responsiveness of local governments was tapped by utilising a survey question asking informants whether they had been “treated with respect and consideration by your local public services”. This captures how well local governments are meeting the personal expectations of service user (ANDREWS; WALLE, 2012, p.12).

Essa abordagem abre a possibilidade para dois importantes questionamentos: o primeiro diz respeito à possibilidade de objetividade nas percepções que os cidadãos têm do nível de responsividade de seus governos. Diammond e Morlino (2005) apontam ao menos três dificuldades nesse sentido. Em primeiro lugar, cidadãos nem sempre têm a capacidade de perceber qual política pública é capaz de produzir os resultados que esperam, de modo que podem muitas vezes não interpretar que a solução técnica proposta pelo governo, embora seja diversa da solução que adotariam, pode alcançar os mesmos resultados esperados.

Em segundo lugar, os níveis sem precedentes de informações produzidas pelas mídias, e a competição acirrada entre meios de comunicação de massa, tendem a levar as coberturas jornalísticas das ações governamentais a altos níveis de sensacionalismos e negativismos, de modo que quaisquer falhas no desempenho governamental aparecem na opinião pública com muito mais frequência, e de maneira muito mais escandalosa.

Por fim, como já mencionado anteriormente, em um ambiente de demandas muitas vezes divergentes entre si, sempre haverá mais de um grupo que, não atendido em suas expectativas, passará a adotar um posicionamento mais crítico em relação à responsividade de seus representantes (DIAMMOND; MORLINO, 2005 p. xxxiii).

Kölln, Esaiasson e Turper (2013) reforçam a primeira crítica de Diammond e Morlino (2005), ao testarem empiricamente a diferença entre a percepção de responsividade que cidadãos têm do governo e a percepção que têm do resultado das políticas públicas implementadas, chegando à conclusão que:

Specifically, we argue that perceived responsiveness captures cognitive beliefs about representative processes – how elected representatives and institutions act to accommodate the wishes and views of citizens – whereas external efficacy focuses highly generalized and affectively charged beliefs about the outcome of these processes. (KÖLLN; ESAIASSON; TURPER, 2013, p.10).

A segunda crítica levantada por Diamond e Morlino (2005) é observada também por Powell Jr. (2004), que alerta para o fato das pesquisas desenhadas para captar a percepção dos cidadãos acerca da responsividade por vezes acabarem confundindo essa percepção com a medida de outra qualidade democrática, como participação política ou *accountability*. A terceira crítica proposta por Diamond e Morlino (2005) aos métodos de análise da responsividade baseados na percepção dos representados também é sugerida por Powell Jr. (2004), ao observar que cidadãos cujos partidos estão no governo tendem a demonstrar em pesquisas de opinião uma maior satisfação com a responsividade do governo do que sua contraparte excluída.

A outra abordagem metodológica, geralmente empregada para a mensuração da responsividade, baseia-se nos testes de congruência. Partindo-se do pressuposto, já apresentado, que baseia a noção de responsividade no atendimento, por parte dos representantes, das expectativas ou preferência dos representados, os estudos que mensuram a correlação entre essas e a política pública a partir do conceito de congruência são aqueles mais frutíferos em termos de resultados concretos (LAX; PHILIPS, 2011).

Por congruência deve-se entender a acepção literal do termo, advindo dos estudos de geometria: coincidência ou correspondência. Embora essa seja a abordagem, segundo Lax e Philips (2011), metodologicamente mais utilizada, os autores alertam que congruência e responsividade não devem ser tomados conceitualmente como sinônimos:

To be clear, by responsiveness, we mean a positive correlation between opinion and policy; by congruence, we mean that the policy actually matches majority opinion. Policy adoption may increase with higher public support (suggesting responsiveness), but policy may still often be inconsistent with majority opinion (suggesting a lack of congruence), perhaps because policymaking is biased in the liberal or conservative direction (LAX; PHILIPS, 2011, p. 02).

Embora esse alerta faça sentido de uma perspectiva conceitual, uma vez que do ponto de vista puramente teórico se tratam de duas categorias distintas, do ponto de vista prático, em que se mostra inviável o atendimento a todas as preferências de todos os

cidadãos, mormente essas são por vezes divergentes, ou fiscalmente impraticáveis, congruência pode ser tomada como uma relação diretamente proporcional à responsividade.

Nesse sentido, quanto maior a congruência, maior a responsividade, de tal sorte que Morlino (2002) não se furta a tomá-los por termos sinônimos: “...*The third dimension of variation concerns the responsiveness or correspondence of the system to the desires of the citizens and civil society in general...*” (MORLINO, 2002, p. 04, grifos nossos).

Assim conceito de congruência é entendido como a medida de responsividade na maioria dos estudos que se debruçam sobre o tema. Como lembram ainda Morlino e Carli (2014): “*Some scholars have also indirectly obtained a second measure of responsiveness by measuring the distance between those who govern and the governed for certain policies, and not just in terms of left/right divisions*” (MORLINO; CARLI, 2014, p. 22).

Nas análises de congruência, existem algumas abordagens metodológicas possíveis para a mensuração da relação entre expectativa e ação governamental. Em sua revisão da literatura sobre o tema, Gilens (2005) identificou três distintas estratégias adotadas por pesquisadores no exame da congruência entre preferência de cidadãos e a ação governamental: i) a dinâmica da representação, mais usadas das estratégias, em que se tenta estabelecer a relação entre a opinião dos representados e o comportamento dos representantes ou candidatos; ii) o exame da mudança ao longo do tempo da preferência pública em determinada área ou questão e sua correspondente mudança (ou falta de) nas respectivas políticas públicas; e iii) a identificação da preferência por determinada política em algum ponto do tempo e a subsequente mudança (ou falta de) nas respectivas políticas públicas.

A literatura recente sobre o tema traz alguns exemplos da utilização das análises de congruência para estimar-se a responsividade. A análise de congruência pode ser operacionalizada comparando-se a preferência dos eleitores e a produção legislativa, como no estudo de Shenga (2007), que analisou a responsividade do parlamento de Moçambique. A partir da avaliação da produção legislativa daquele país e sua congruência com as preferências dos cidadãos, o autor identificou uma baixa responsividade do sistema legislativo face ao que desejam os cidadãos de Moçambique.

Para realizar o pareamento entre leis aprovadas pelo parlamento e preferência dos representados, Shenga (2007) contou com dados relativos à percepção pública, aferidos

pelo Afrobarômetro, uma rede de pesquisa pan-africana que conduz regularmente investigações sobre a atitude pública de cidadãos de mais de 30 países do continente africano a respeito de temas como democracia, governança e economia.

Outra forma de operacionalização da análise de congruência pode ser realizada a partir da avaliação da influência de preferências de cidadãos na alocação de recursos em determinada área, e o respectivo gasto orçamentário, numa relação chamada de “conexão orçamentária”. Na prática, essa conexão permeia os elos nas cadeias de responsividade, uma vez que os orçamentos estabelecem o resultado dos conflitos distributivos presentes em determinada sociedade (PEDERIVA; RENNÓ, 2015).

A partir dessa opção metodológica, Einstein e Kogan (2014) analisaram congruência entre a preferência por políticas públicas de cidadãos em mais de 2.000 cidades norte-americanas de tamanho médio e os respectivos gastos orçamentários municipais. Ao fazê-lo, os autores chegam à conclusão de que os orçamentos em áreas como policiamento, bombeiros, bibliotecas, hospitais, serviço social, desenvolvimento, trânsito e parque públicos sofrem, na média, forte influência dos cidadãos, e os gastos municipais variam nesses temas na mesma direção que a expectativa de investimento nessas áreas expressa pelos eleitores.

Ainda em relação à utilização da “conexão orçamentária” como recurso metodológico para a operacionalização das análises de congruência, destaca-se, na literatura latino-americana, o estudo de Pederiva e Rennó (2015) acerca da relação entre a responsividade e orçamento público no Brasil e na Argentina. Partindo da abordagem metodológica que mensura responsividade como a congruência ou correspondência entre as preferências reveladas de governados e ações dos seus respectivos governos, os autores analisam a conexão orçamentária para mensurar a relação entre preferências e gastos orçamentários.

Como fonte para as preferências dos eleitores brasileiros e argentinos, os autores utilizaram os dados das pesquisas de opinião realizadas pelo Latinobarômetro. Essas pesquisas são realizadas anualmente mediante aproximadamente vinte mil entrevistas aplicadas em 18 países da América Latina para captar as preferências e percepções da população latino-americana acerca dos vários temas das políticas públicas.

A partir desses dados os autores agregaram as demandas da população em sete categorias (ou macrotemas): trabalho, segurança, administração, saúde, educação,

direitos, e uma última categoria sem correspondência, e em seguida contrapuseram-nas com os valores orçados, empenhados e pagos, concluindo que tanto na Argentina quanto no Brasil não há responsividade democrática entre gastos governamentais e as agendas dos cidadãos.

2.3 Responsividade democrática como medida de efetividade de uma Instituição Participativa

O termo “efetividade” é entendido, no contexto de disciplinas a exemplo da Administração ou Economia, como o conceito que estabelece a performance de determinada ação, produto, serviço ou intervenção, a partir dos impactos que produz, distinguindo-se dos conceitos de eficácia e eficiência (TCU, 2010).

A eficácia refere-se ao alcance de metas programadas em um determinado período de tempo, desconsiderando-se os custos envolvidos. Assim, mede-se apenas a entrega daquilo que foi planejado. Já eficiência é entendida como a relação entre o alcance de metas programadas em um determinado período de tempo, e os insumos ou recursos utilizados no processo. Espera-se que a relação seja inversamente proporcional: o maior alcance das metas pela menor utilização de insumos ou recursos. Mede-se assim não apenas a entrega daquilo que foi planejado, mas os custos envolvidos.

Por fim, efetividade refere-se à relação entre os objetivos alcançados e os resultados esperados em termos de impacto na realidade que se esperava intervir. Mede-se não apenas entrega daquilo que foi planejado e os custos envolvidos, mas qual o resultado obtido a partir do alcance das metas estabelecidas (TCU, 2010).

Essa definição não é a acepção usada pela presente pesquisa quando se utiliza do termo “efetividade”. Ao recorrer ao termo como elemento de análise, no estudo das Conferências Nacionais de Saúde, a presente pesquisa o faz a partir de seu significado mais comum: a capacidade de algo ou alguma coisa atingir o seu objetivo real. Dessa maneira a pesquisa adota o sentido lato do termo. A partir de uma análise etimológica, percebe-se que o termo “efetividade” recebe definições muito semelhantes, variando muito pouco conforme o dicionário pesquisado, sendo, em síntese, a qualidade daquilo que é efetivo;

a atividade real ou que produz um resultado concreto, aquilo que existe de fato (FERREIRA, 2010; MICHAELIS, 2016).

Assim, a pesquisa postula que o conceito de efetividade, quando aplicado aos estudos de Instituições Participativas, entre as quais incluem-se as Conferências Nacionais de Políticas Públicas, refere-se à real capacidade dessas instituições de: i) possibilitarem a participação de cidadãos em processos decisórios e; ii) influírem na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; posto que esses são seus dois principais efeitos esperados.

É nesse sentido que afirma Avritzer (2011) estarem os estudos sobre a efetividade de instituições participativas concentrados em duas principais abordagens. A primeira abordagem traz preocupações com questões relativas ao seu funcionamento interno, relacionando-as com sua capacidade deliberativa e, sobretudo, com sua capacidade de permitir a participação e a representação democrática a que esse tipo de instituição se propõe.

Já a segunda abordagem preocupa-se com os efeitos ou impactos que os processos deliberativos, ocorridos no âmbito de Instituições Participativas, têm sobre as políticas públicas. Em relação ao primeiro enfoque, Almeida e Cunha (2011) defendem que a noção de efetividade, em Instituições Participativas, não pode ser dissociada das características internas dessas instituições, que determinam o processo e a qualidade da deliberação ocorrida no seu interior.

Segundo as autoras, a análise desses aspectos é relevante, ao permitir conhecer “a forma como a deliberação ocorre, quem participa do processo, o modo de inserção dos diferentes sujeitos, os temas sobre os quais debatem e decidem” (ALMEIDA e CUNHA, 2011, p. 110), o que possibilita a análise sobre o cumprimento de seus papéis enquanto meios de deliberação e controle das políticas públicas.

Ainda de acordo com Almeida e Cunha (2011), os aspectos que mais têm recebido atenção na literatura sobre deliberação, e que devem ser objetos de atenção nas análises sobre a efetividade de Instituições Participativas, são aqueles ligados à: i) igualdade de participação; ii) inclusão deliberativa; iii) igualdade deliberativa; iv) publicidade; v) razoabilidade; e vi) liberdade de participação.

Em relação à efetividade de Instituições Participativas, outra importante questão refere-se à legitimidade dos participantes nos processos deliberativos. Isso porque, como já mencionado anteriormente, as instituições participativas transitam entre a esfera da

participação e da representação.

Enquanto espaços de representação extrapartidários e extra eleitorais (ALMEIDA, 2012), as Conferências de Políticas Públicas, ao borrarem as fronteiras anteriormente nítidas entre Estado e sociedade, acabam por estabelecer novos padrões de representação política, na medida em que a sociedade civil é chamada “para representar a pluralidade das demandas sociais e para ampliar a inclusão política a partir da deliberação de política que expressem diferentes opiniões, interesses e perspectivas” (ALMEIDA, 2012, p. 05).

Nesse sentido, espera-se que as Conferências de Políticas Públicas sejam o canal pelo qual cidadãos façam os governos conhecerem suas expectativas, preferências e desejos, mediante outras formas de representação, alternativas às formas tradicionais exercidas por meio de partidos políticos e eleições.

Assim, a questão da legitimidade dessa representação, ocorrida no âmbito dessa Instituição Participativa, é fundamental para o exame da efetividade das Conferências de Políticas Públicas, na medida em que convida ao seguinte questionamento: até que ponto o resultado do processo deliberativo é realmente plural, em termos de opiniões, e traduz de fato os diversos posicionamentos e pontos de vista presentes na sociedade civil?

Embora sejam poucos os estudos que se endereçaram a essa questão, algumas pistas podem ser encontradas na literatura produzida recentemente sobre essa relação participação/representação em Conferências de Políticas Públicas. Farias, Silva e Lins (2012) argumentam, a partir da análise das conferências de assistência social e de políticas para mulheres, que nesses espaços a participação pode ser entendida como inclusão de múltiplas vozes; e a representação, entendida como o ato de falar em nome de alguém, constituem-se em duas ações complementares e indissociáveis.

A legitimidade do processo conferencista e do resultado deliberativo derivariam assim da capacidade das Conferências de Políticas Públicas de possibilitarem a pluralidade de participação, de modo que a diversidade estabelecida na sociedade seja reproduzida nesses espaços deliberativos, que devem comportar diversas vozes.

Ainda segundo Farias, Silva e Lins (2012), Conferências Nacionais de Políticas Públicas que estabelecem etapas encadeadas, entre municipais, estaduais e nacionais, tendem a uma maior possibilidade de pluralidade de opiniões. De maneira análoga, aquelas que selecionam os participantes a partir dos vários segmentos da sociedade também. Além disso, o modo como a mecânica deliberativa é organizada ao longo do

processo influi diretamente no resultado da conferência.

Para Farias, Silva e Lins (2012), a relação participação/representação vincula-se à escala do processo conferencista. Ao analisar como as Conferências de Saúde são constituídas, nos distritos e município de Belo Horizonte, os autores chegam a conclusão que a dinâmica participativa ocorre apenas no nível local, uma vez que nesse momento a participação é franqueada a todos. A partir do nível distrital essa dinâmica cede espaço à representação, posto que a partir dessa etapa apenas delegados têm acesso à participação.

A legitimidade desses delegados, e a capacidade das Conferências de Políticas Públicas de permitirem processos de escolha desses delegados de forma a mais plural, são aspectos fundamentais para o exame da efetividade dessas Instituições Participativas. A representação presuntiva (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006) opera um importante aspecto dessa legitimidade.

Embora não haja autorização ou consentimento formal para a representação, ao menos não nos moldes de eleições tradicionais, o compromisso de representar, e a legitimidade de fazê-lo, baseia-se em alguns aspectos, entre os quais está o da identidade: o representante espelhará a vontade do representado por compartilharem as mesmas características e origens sociais (gênero, raça, origem étnica, classe social, etc.), e como tal, comungarem da mesma perspectiva e assim, provavelmente das mesmas preferências. Nesse sentido, e dada a heterogeneidade da sociedade brasileira, reforça-se o argumento de que uma Conferência de Políticas Públicas será tão mais efetiva quanto maior a pluralidade de seus participantes. Como asseveram Farias, Silva e Lins (2012):

Uma vez que a dinâmica representativa assume lugar de destaque na operacionalização das Conferências, sejam elas municipais, estaduais ou nacionais, as regras de seleção dos delegados são fundamentais enquanto medida de integração desses espaços e de capacidade para aferir o quanto "todos os afetados" são representados (FARIAS; SILVA; LINS, 2012, p. 280).

A segunda abordagem sobre efetividade das Conferências de Políticas Públicas concentra-se, como já mencionado anteriormente, na capacidade destas instituições participativas de incidirem sobre políticas públicas, capacidade essa chamada de “efetividade deliberativa” (CUNHA, 2009). Além dos já citados estudos de Pogrebinschi e Santos (2011) e Ribeiro *et al.* (2015), outra pesquisa que buscou verificar a efetividade

dessa perspectiva foi a realizada por Vaz e Pires (2011), que investigaram essa capacidade de incidência a partir da comparação entre municípios com diferentes níveis de institucionalização de instituições participativas e padrões de provisão de políticas públicas.

Assim, tendo-se em vista as duas abordagens apresentadas para o exame da efetividade de Conferências de Políticas Públicas, defende-se na presente pesquisa que o conceito de “responsividade democrática” apresenta-se como ferramenta conceitual relevante para ambas as maneiras de se avaliar essa efetividade

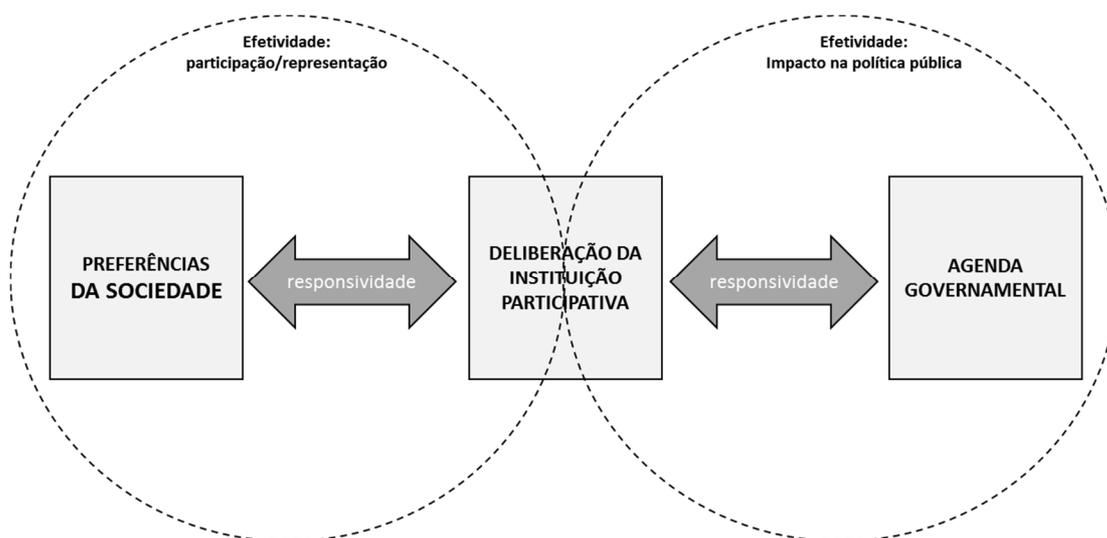
Ao estabelecer-se a efetividade como a capacidade das Conferências de Políticas Públicas de possibilitarem a participação e representação, de modo que o resultado do processo conferencista espelhe a diversidade e pluralidade de opiniões e interesses da sociedade, tem-se como preocupação a dinâmica representativa, e de certa forma, a responsividade dos delegados participantes das Conferências de Políticas Públicas em relação aos interesses, preferências e expectativas difusos na sociedade.

Quanto maior a congruência – entendida como medida de responsividade democrática - entre o resultado das deliberações ocorrida no âmbito de determinada Conferência de Políticas Públicas; e os interesses difusos presentes na sociedade sobre os temas deliberados, maior terá sido a efetividade desta Instituição Participativa.

A vinculação da efetividade dessas instituições à sua capacidade de influenciar determinada política pública pode ser traduzida no exame da responsividade que essas Conferências de Políticas Públicas obtêm dos agentes públicos, democraticamente constituídos como representantes da sociedade no âmbito da Administração Pública. Esta é entendida como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais se atribui o exercício da função administrativa – nela incluída a função legisladora - no âmbito do Estado (Di Pietro, 2014).

A Figura 3 sintetiza essa afirmação em uma representação gráfica. O círculo à esquerda representa a efetividade de uma Instituição Participativa, entendida como a capacidade de permitir a participação e representação; e o círculo à direita retrata sua efetividade entendida como seu impacto em determinada política pública.

FIGURA 3 – Possibilidades de aplicação do conceito de responsividade ao estudo efetividade de Conferências de Políticas Públicas



Fonte: elaboração própria.

No círculo à esquerda, quanto maior for a congruência entre as preferências e expectativas difusas na sociedade em relação à saúde e o resultado dos processos deliberativos ocorridos no âmbito de uma determinada Instituição Participativa, maior será sua efetividade.

No círculo à direita, quanto maior for a correspondência entre o resultado dos processos deliberativos ocorridos no âmbito de uma determinada Instituição Participativa e a ação governamental, maior será a efetividade daquela instituição.

A presente pesquisa vinculou-se à análise de efetividade das CNS a partir da congruência entre a agenda pública que surge nos seus processos deliberativos e a agenda implementada pelo governo na esfera federal. Assim, não se concentrou na efetividade dos processos representativos, que devem, em tese, traduzir as preferências da sociedade em deliberações. Desse modo, não analisou a relação entre a representação virtual (representação não constituída formalmente) e a representação de fato.

3 MÉTODO

A pesquisa empírica realizada pode ser classificada como qualitativa, embora tenha lançado mão também de análises quantitativas. Os dados utilizados pelo estudo foram coletados mediante pesquisa documental. A pesquisa também pode ser caracterizada como descritiva, uma vez que teve por objetivo principal descrever as características e a relação entre dois fenômenos, mediante a comparação de seus conteúdos: o resultado do processo deliberativo realizado ao longo de cinco Conferências Nacionais de Saúde (CNS); e os atos da Administração Pública Federal no campo da saúde pública.

Para tal, esses dois fenômenos foram pareados como forma de operacionalizar a análise da congruência entre ambos, identificando o grau de responsividade obtida por cada Conferência Nacional de Saúde em relação ao governo federal, como forma de se estabelecer a efetividade dessas Instituições Participativas. Para esse fim, a pesquisa foi realizada em duas etapas, distintas e complementares.

A primeira etapa buscou identificar, categorizar e analisar as propostas oriundas das cinco Conferências Nacionais de Saúde estudadas, entendidas essas propostas como o reflexo das preferências, demandas e expectativas dos participantes do processo deliberativo em relação à saúde pública.

A segunda etapa procurou reconhecer, no conjunto de atos administrativos do governo federal, aqueles que guardaram relação direta com o conteúdo das propostas analisadas e categorizada na etapa anterior. Como resultado, obteve-se a quantidade de propostas oriundas do processo deliberativo atendidas pelo governo federal em cada uma das Conferências Nacionais de Saúde e, portanto, o grau de congruência entre ambos os fenômenos.

As duas etapas foram realizadas a partir da formulação de hipóteses, que serviram de guia para todos os procedimentos metodológicos adotados. A formulação das hipóteses foi baseada no modelo de investigação científica que obedece ao seguinte roteiro: a partir de um determinado tema, um problema ou questão leva a explicações prévias - sob a forma de conjecturas ou hipóteses - que devem ser então testadas empiricamente para sua refutação ou comprovação (GIL, 1998).

Nesse modelo, as hipóteses têm o papel de servirem de ponto de partida para uma demonstração que passam, após o teste empírico, a serem consideradas respostas definitivas (SAMPIERI; COLLADO, 2006), de tal sorte que pode se atribuir às hipóteses a função de guiar todos os passos de uma pesquisa, da escolha da metodologia às observações que são realizadas (OLIVEIRA, 2007).

Para ser considerada uma hipótese válida, o enunciado proposto como resposta a uma dada questão de pesquisa deve ter as seguintes características: (i) ser formulado como solução provisória à determinada questão; (ii) ser apresentado como enunciado explicativo ou preditivo; (iii) ser compatível com o conhecimento científico; (iv) ser formulada com consistência lógica; e (v) ser passível de verificação empírica (MARCONI; LAKATOS, 2010). A seguir são detalhados as hipóteses e os procedimentos metodológicos adotados nas duas etapas da pesquisa.

3.1 Primeira etapa: identificação das preferências nas propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde

3.1.1 Hipóteses orientadoras da primeira etapa

3.1.1.1 Hipótese 1 (H1): Existem diferenças na priorização dos temas aprovados nas cinco Conferências Nacionais de Saúde analisada.

Essa foi a hipótese básica que orientou a primeira etapa da investigação, e considerou que o conjunto de propostas aprovadas no processo deliberativo de uma determinada Conferência Nacional de Saúde difere do conjunto de propostas aprovadas em outra.

Pela formulação estabelecida em H1, as propostas das Conferências Nacionais de Saúde, ao serem analisadas sob as mesmas categorias - que correspondem ao tema central das propostas - apresentariam variação quanto priorização de cada tema. Essa priorização é entendida como a proporção de propostas que versaram sobre cada um dos 16 temas delimitados pela pesquisa, em relação ao conjunto total de propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde.

Nessa formulação, as ‘cinco Conferências Nacionais de Saúde’ é a variável independente (X), entendida como causa ou fato que determina a ocorrência do outro fenômeno, efeito ou consequência; e ‘diferenças na priorização dos temas aprovados’ é a variável dependente (Y), ou seja, o fator, propriedade ou resultado determinado pela variável independente (CERVO; BERVIAN, 2004).

Dado o decurso de 15 anos entre a primeira Conferência Nacional de Saúde analisada pelo estudo, realizada em 1996, e a última, realizada em 2011, esperou-se que as propostas apresentadas em cada conferência, quando comparadas, diferissem quanto aos seus temas centrais, sendo razoável supor que ao longo do período algumas questões, demandas e preferências ganhariam relevância e atenção do público, enquanto outras passariam a obter um menor interesse dos participantes do processo conferencista.

A partir dessa hipótese, esperou-se que, ao serem classificadas sob os mesmos critérios, o número de propostas apresentadas em relação a cada tema apresentasse variação, salvo aquelas relativas ao orçamento ou financiamento do SUS, que foram objeto, no âmbito da pesquisa, de hipótese específica (H5, apresentada a seguir).

O estabelecimento de H1 baseou-se na profunda mudança no perfil epidemiológico brasileiro, ocorrida ao longo do período de 15 anos estudado, o que causou consideráveis impactos no quadro de morbimortalidade brasileiro. Essa mudança, conhecida como transição epidemiológica, é caracterizada pela diminuição de mortes e agravos por fatores infecciosos, passando a haver um predomínio de óbitos e agravos crônico-degenerativas e de causas externa (FONSECA, 2007).

A dimensão da recente transição epidemiológica pela qual o país passou é explicitada pelas mudanças nos indicadores de saúde observadas na última década: a proporção de mortes ocorridas antes dos 20 anos de idade caiu de 12% no ano de 2000 para 7% em 2010; e o índice de óbito infantil (primeiro ano de vida) caiu de 26,6 para 16,2 por 1.000 nascidos vivos. Além disso, em 2011, 48% dos adultos apresentavam excesso de peso; 17% consumo abusivo de álcool; 20% consumo insuficiente de frutas e hortaliças; e 14% inatividade física e sedentarismo (DUARTE; BARRETO, 2012).

A partir disso, H1 assumiu como plausível a suposição de que as demandas, preferências e preocupação em relação às ações de saúde pública expressas ao longo das sucessivas Conferências Nacionais de Saúde não permanecessem inalteradas ao longo do mesmo período em que se observa tamanha mudança no perfil epidemiológico brasileiro.

Da hipótese básica (H1), que orientou a primeira etapa da pesquisa, foram derivadas outras quatro hipóteses secundárias (H2, H3, H4 e H5) que tiveram o condão de complementar H1, detalhando seu conteúdo.

3.1.1.2 Hipótese 2 (H2): Quanto mais recentes forem as Conferências Nacionais de Saúde, menos recorrentes serão os temas relativos à gestão e organização do SUS.

Essa hipótese secundária derivou diretamente de H1, e considerou que seria observada uma diminuição, ao longo das sucessivas Conferências Nacionais de Saúde, de propostas relacionadas com planejamento, gestão ou organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os elementos que embasaram a formulação dessa hipótese está o fato de que os principais instrumentos normativos relacionados com o processo de estruturação do SUS foram editados ao longo da década de 90, e a estruturação do SUS estava praticamente completa no início dos anos 2000.

Nos anos 90 foram editadas as quatro principais Normas Operacionais Básicas (NOB) que regulam a gestão do SUS. A NOB nº 01/91 normatizou os mecanismos de financiamento do SUS. Em seguida, a NOB nº 01/92 regulamentou o processo de planejamento e municipalização das ações de saúde e a NOB nº 01/93 definiu a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Conselhos Municipais como instâncias de pactuação no processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Por fim, a NOB nº 01/96 estabeleceu o reordenamento do modelo de atenção à saúde, determinando diretrizes para o planejamento dos sistemas de saúde em cada nível de governo (SCATENA; TANAKA, 2001).

Em 2001 o arcabouço institucional que dá sustentação à organização do SUS foi completo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2001, que estabeleceu a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, com a definição de fluxos de referências e contra referências entre municípios, a partir dos planos diretores de regionalização (FINKELMAN, 2002).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, o sistema de planejamento do SUS (PlanejaSus), com o objetivo de formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos para o processo de planejamento do SUS. A partir de então, a atenção dos gestores voltou-se

menos para a organização sistêmica do SUS, e mais para a formulação de ações e programas de saúde (VIEIRA, 2009)

Assim, a partir do fato de que instrumentos de planejamento e gestão do SUS consolidaram-se já há cerca de uma década, esperou-se que os temas das propostas aprovadas ao longo das cinco Conferências Nacionais de Saúde acompanhasse essa mesma trajetória, transitando de questões relativas ao planejamento, gestão e estruturação do SUS para questões relacionadas à formulação de conteúdos específicos de políticas, programas e ações de saúde, como por exemplo a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003), o Programa Farmácia Popular (Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004); ou mais recentemente o Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013).

3.1.1.3 Hipótese 3 (H3): Quanto mais recentes forem as Conferências Nacionais de Saúde, mais recorrentes serão as propostas ligadas a direitos humanos no âmbito do SUS.

Também uma derivação de H1, considerou-se, a partir dessa hipótese, que ao longo do tempo, as propostas resultantes dos processos conferencistas refletiriam as mudanças ocorridas no debate público acerca da promoção e defesa dos direitos humanos, promoção de minorias sociais e atenção às populações historicamente excluídas do foco das políticas públicas adotadas pelo Estado Brasileiro.

Segundo González (2010), embora a Constituição Federal de 1988 tenha marcado o reconhecimento dos direitos humanos como uma obrigação do Estado, não se observou, nos dois primeiros governos pós-constituente, políticas públicas específicas para o tema. Tal fato se deu a despeito do Brasil ter consignado, naquele período, diversos documentos e tratados internacionais relativos aos direitos humanos.

A implementação de uma política institucionalizada de promoção e defesa dos direitos humanos passou a ocorrer, de forma mais presente, a partir de meados da década de 90. Segundo Almeida (2011), é a partir do primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998) que se torna perceptível o empenho do governo em criar e articular políticas públicas para promoção os direitos humanos, sendo o marco para tal inflexão na institucionalização dos direitos humanos, o Programa Nacional de Direitos

Humanos (PNDH). Paralelamente a isso, em 1995 foi criada a Comissão de Direitos Humanos na Câmara dos Deputados (González, 2010). Ainda em 1996 foi realizada a primeira Conferência Nacional dos Direitos Humanos, com objetivo de deliberar políticas para sua defesa e promoção, evento que se repetiu anualmente até 2004.

A partir do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), acentuou-se a institucionalização da promoção e defesa de direitos humanos, com a reformulação da Secretaria de Estado de Direitos Humanos e a criação de duas secretarias específicas para tratar de aspectos singulares do tema: a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial. Ao longo desse período, foram estabelecidas diversas legislações sobre o tema, o que resultou em intenso debate na sociedade, entre as quais podem ser citadas a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (conhecida como Lei Maria da Penha), e o Projeto de lei da Câmara nº 122, de 2006 (chamada de Lei Anti-homofobia).

Tendo em vista essa evolução histórica da institucionalização do tema, a hipótese previu que as propostas aprovadas ao longo das cinco Conferências Nacionais de Saúde refletiriam o maior espaço que o tema relativo aos direitos humanos ganhou na agenda governamental, e na atenção do público em geral. Assim, esperou-se um aumento no número de propostas relacionadas aos direitos humanos no âmbito do SUS, conforme fosse mais recente a realização da Conferência Nacional de Saúde.

3.1.1.4 Hipótese 4 (H4): Quanto mais recente forem as Conferências Nacionais Saúde, mais precisas e objetivas serão as suas propostas.

Essa hipótese, também secundária e derivada da hipótese básica (H1), considerou que seria observável um aprimoramento na formulação das propostas apresentadas nas diferentes Conferências Nacionais de Saúde. Esse aperfeiçoamento seria resultado do acúmulo de experiências em atividades deliberativas, em um processo de amadurecimento institucional das Conferências Nacionais de Saúde.

Assim, esperou-se que, conforme as conferências se sucedam no tempo, suas propostas apresentar-se-iam mais precisas em termos de clareza, objetividade e concisão. Esperou-se ainda que fossem mais objetivas, traduzindo de forma inteligível e clara demandas passíveis de serem atendidas pelo governo federal.

A literatura sobre o assunto traz alguns elementos de convicção que suportaram essa hipótese. Faria *et al.* (2012) concluem, a partir da investigação da dinâmica e da relação entre conferências locais, distritais e municipais ocorridas em Belo Horizonte que, conforme ocorre uma mudança de escala, há maior formalismo nas regras que regem o processo conferencista e, sobretudo, uma mudança no teor das propostas deliberadas, que passam por um processo de racionalização.

Entre os motivos levantados pelos pesquisadores para explicar essa mudança nas propostas deliberadas está a necessidade, conforme aumenta-se a escala do processo conferencista, de maior embasamento técnico e político na defesa e justificação das propostas. A suposição apresentada por H4 parte da expectativa que o fenômeno observado por Faria *et al.* (2012) se reproduza também no tempo, a partir da sedimentação e do refinamento das práticas deliberativas.

Ademais, é preciso lembrar que a qualidade da participação em processos deliberativos no âmbito de instituições participativas depende diretamente dos repertórios e do conjunto de informações que seus participantes dispõem.

Nesse sentido, o fato da então Secretaria Geral da Presidência da República (SGPR) – renomeada em 2015 para Secretaria de Governos – ter dado, nos últimos anos, suporte técnico à organização das Conferências Nacionais (PETINELLI, 2011; SILVA, 2009) estimulou as expectativas contidas na proposição de H4 de que, a partir desse apoio, os participantes teriam maiores condições de apresentar e deliberar, em instituições participativas como as Conferências Nacionais de Saúde, propostas tecnicamente mais consistentes.

São dignos de consideração, ainda nesse contexto, os cursos de capacitação de conselheiros realizados pela SGPR em parceria com a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a partir de 2009, que também tiveram por objetivo aprimorar as capacidades deliberativas dos atores sociais envolvidos nessas Instituições Participativas.

Além disso, outro importante esteio à formulação de H4 advém das evidências apontadas por Cunha (2009,) que, ao estudar os processos deliberativos ocorridos entre os anos de 1997 e 2006, em Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Municipais de Assistência Social, conclui ser perceptível a melhora nos resultados deliberativos dessas duas instituições participativas ao longo do tempo, fator explicado como o resultado de

um processo natural de amadurecimento institucional. Esperou-se, a partir de H4, que o mesmo fenômeno fosse observado em relação às propostas deliberadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas.

3.1.1.5 Hipótese 5 (H5): O número de propostas relacionadas às questões orçamentárias no âmbito do SUS será constante nas cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas

Última hipótese secundária adotada na primeira etapa da pesquisa, H5 estabeleceu que haveria pouca variação no número de propostas cujo tema relacionava-se com os recursos orçamentários disponíveis para a saúde pública. Entre os elementos fáticos que embasaram esta hipótese está a presença constante, ao longo do recorte temporal adotado pelo estudo, de temas relacionados ao financiamento da saúde no debate público nacional. O maior exemplo da recorrência desse assunto no debate público ao longo do período estudado é encontrado nas constantes discussões a respeito da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Segundo a edição especial nº 19 da “Revista em Discussão”, a taxaço sobre movimentações financeiras com o intuito de reforçar o orçamento do SUS iniciou-se em 1993, com a instituição do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), pela Lei Complementar nº 77, de 13 de julho de 1993. O imposto vigorou até 31 de dezembro de 1994. Após dois anos de discussão na sociedade, foi aprovada em 1996 a Emenda Constitucional (EC) nº 12, que outorgou competência à União para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, chamada de CPMF. Segundo o texto da EC nº 12, a CPMF não poderia ser cobrada por prazo superior a dois anos.

Ainda em 1996, foi sancionada a lei nº 9.311, que estabeleceu as condições pelas quais a contribuição seria cobrada pela União e, entre os anos de 1997 e 1998, a CPMF passou a ser a principal fonte de financiamento federal da saúde (PIOLA; RIBEIRO; REIS, 2000).

Em 1999, a EC nº 21 prorrogou, por trinta e seis meses, a cobrança da CPMF, que passou a vigorar até o ano de 2002, e em 2000 a EC nº 31 estabeleceu novas alíquotas para a contribuição. Em 2002, uma nova prorrogação no prazo de existência da CPMF é possibilitada pela EC nº 37, que estabelece sua vigência até 31 de dezembro de 2004. A

EC nº 42, de 2003 alterou novamente o prazo de vigência da CPMF, que vigorou até dezembro de 2007. Uma nova tentativa de prorrogação foi frustrada com a rejeição pelo Congresso Nacional, em 13 de dezembro de 2007, da Proposta de Emenda Constitucional nº 89, de 2007 (MONTEIRO, 2008).

Em vista da recorrência do tema na pauta do debate nacional, H5 anteviu que propostas relativas ao orçamento e financiamento do setor de saúde pública estariam constantemente presentes nas cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas.

3.1.2 Procedimento de coleta de dados

Para realização da primeira etapa da pesquisa, foram utilizados como dados primários os textos de todas as deliberações propostas e aprovadas na 10^a, 11^a, 12^a, 13^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde. Essas propostas encontram-se compiladas nos relatórios finais que são produzidos ao fim dos respectivos processos conferencistas.

O critério de escolha desse conjunto de documentos que serviu de *corpus* aos procedimentos analíticos realizados foi o da exaustividade, segundo o qual nenhum documento pertinente aos objetivos da análise pode ser deixado de lado (BARDIN, 2011).

Uma vez que os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde contêm todas as propostas aprovadas ao longo do processo deliberativo, não se sentiu a necessidade de quaisquer outros documentos para realização desta etapa da pesquisa.

Cada Conferência Nacional de Saúde é organizada de maneira distinta, o que se reflete ao longo do processo conferencista e, como não poderia deixar de ser, nos respectivos relatórios finais. Assim, alguns relatórios são organizados em eixos, enquanto outros em temas ou diretrizes.

Além disso, o número de propostas deliberadas varia. Ainda assim, é possível encontrar os seguintes elementos em comum nos cinco relatórios analisados: i) apresentação; ii) carta aberta da Conferência Nacional de Saúde dirigida à sociedade; iii) o conjunto de propostas deliberadas e aprovadas; iv) as moções aprovadas ao longo do processo conferencista. O Quadro 6 apresenta as principais características dos relatórios analisados.

QUADRO 6 – principais características dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde

Número da Conferência Nacional de Saúde	Nº de propostas aprovadas	Nº de moções aprovadas	Organização das propostas deliberadas no Relatório Final
10ª CNS (1996)	612	-	06 temas
11ª CNS (2000)	524	-	09 eixos temáticos
12ª CNS (2003)	978	90	18 temas
13ª CNS (2007)	870	157	06 eixos
14ª CNS (2011)	343	82	15 diretrizes
Total	3.327	329	-

Fonte: elaboração própria, a partir dos relatórios finais da 10ª, 11ª, 12ª, 13ª e 14ª CNS.

Embora também sejam produto do processo deliberativo ocorrido nas conferências, as moções aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde foram desconsideradas no estudo, visto que não apresentam, a rigor, qualquer demanda concreta ao Poder Público, sendo antes disso um meio pelo qual os participantes do processo deliberativo expressaram sentimentos ou opiniões acerca de temas reativos à saúde.

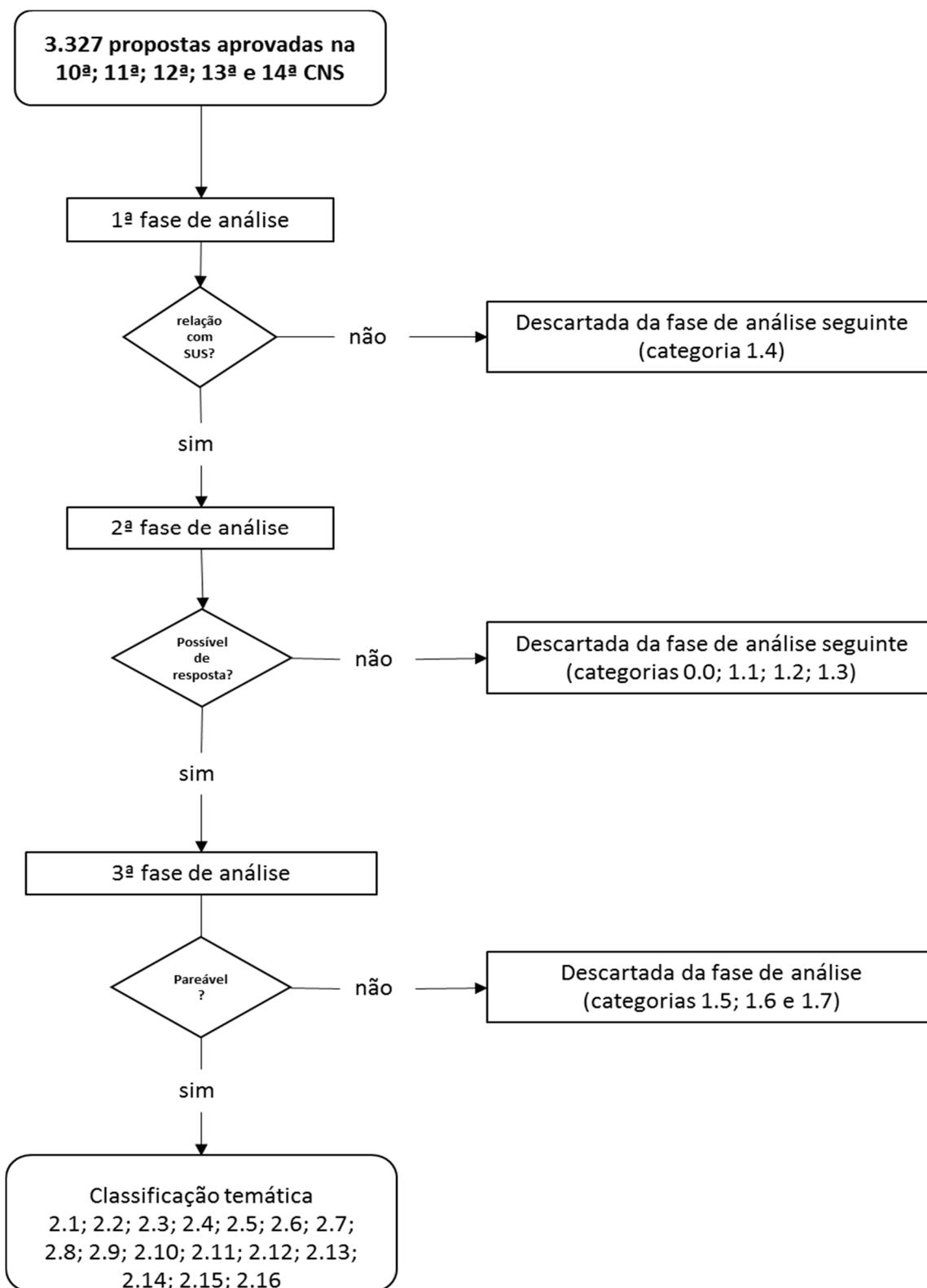
Assim, o estudo levou em conta apenas as 3.327 propostas deliberadas e aprovadas que constam nos relatórios analisados, considerando-as expressão das preferências, demandas e desejos dos participantes em relação à saúde pública, e que traduzem as preferências, demandas e desejos em relação à saúde, difusos na sociedade.

3.1.3 Procedimentos de análise dos dados

Na primeira etapa da pesquisa, a análise dos dados seguiu três fases distintas e complementares, conforme disposto na Figura 4.

Ao longo das três fases foram realizados os procedimentos metodológicos propostos por BARDIN (2011), que estabeleceu para a realização da análise de conteúdo os seguintes passos: i) etapa de pré-análise, em que deve ser realizada, após a escolha dos documentos que serão analisados (*corpus* da análise), a formulação de dimensões de análise e dos indicadores que serão utilizados; ii) etapa de exploração do material, em que devem ser realizadas as operações de transformação e codificação do conteúdo analisado; e iii) etapa de tratamento dos resultados, em que devem ser realizados testes de hipóteses, inferências e interpretação.

FIGURA 4 – Fases da análise de conteúdo e classificação das propostas



Fonte: elaboração própria.

3.1.3.1 Primeira fase

Nessa fase foi realizada a leitura flutuante (BARDIN, 2011) para identificação das dimensões e respectivas categorias que seriam utilizadas para o agrupamento e análise das propostas objeto do estudo. Antes, contudo, foi preciso separar as propostas que passariam para as fases seguintes da análise.

O indicador escolhido para tal foi a menção explícita nas unidades documentais analisadas de algum tema relacionado diretamente à saúde, para sua posterior classificação, a partir da delimitação de unidades de codificação, etapa considerada essencial à análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Desse modo, as 3.327 propostas analisadas foram segregadas em dois grupos: aquelas que traziam conteúdo diretamente relacionado com algum aspecto do SUS ou de saúde pública de modo geral e aquelas que não.

Esse critério, aplicado para a formação dos dois grupos, foi baseado nos seguintes elementos: i) o artigo 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece o campo de atuação do Sistema Único de Saúde; e ii) os artigos 3º e 4º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que estabelecem, respectivamente, as ações e serviços públicos considerados e desconsideradas como sendo relativos à saúde pública.

A partir desse critério, foram desconsideradas para a fase seguinte de análise todas as propostas cujos textos apresentaram conteúdo semelhante ao da proposta nº 76A, aprovada na 11ª Conferência Nacional de Saúde, que foram classificadas na categoria 1.4:

Revisar imediatamente a política econômica do governo, especialmente no que tange à redução das taxas de juros e ao pagamento da dívida (interna e externa), que deve ser submetida a auditoria cujo resultado pode levar à suspensão do pagamento com a destinação dos recursos à eliminação da pobreza e à defesa da vida do cidadão (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 104).

3.1.3.2 Segunda fase

Na segunda fase da análise do conteúdo foram realizados os processos de codificação das propostas restantes. De acordo com Bardin (2011), a codificação pode ser operada no campo dos significados (análise temática) ou dos significantes (análise léxica, análise dos procedimentos).

A análise realizada fixou-se no campo dos significados, escolha que se mostrou mais coerente metodologicamente com os objetivos de pareamento e comparação operados pela pesquisa, buscando-se assim classificar as propostas em categorias relacionadas aos diversos temas afeitos à saúde, a fim de dar-lhes uma base de comparação.

Para tal foi realizado o procedimento chamado pela autora de “transformação”, que consiste na representação de um determinado conteúdo sob forma diferente do original, a fim de facilitar a análise posterior (BARDIN, 2011). Uma vez que a operação de transformação é tão mais efetiva quanto mais curtos, fechados e acabados em si forem os textos analisados, esse procedimento mostrou-se o mais adequando à análise dos textos das propostas que foram objeto do estudo, que têm em média 60 palavras.

Essa operação foi realizada reduzindo-se o conteúdo das propostas analisadas à sua unidade essencial, mediante três passos: i) recorte da informação; ii) classificação em categorias segundo critério de analogia; e iii) representação sob forma condensada por indexação.

Para realizar a indexação e categorização, elegeu-se o tema das propostas analisadas como a unidade de registro a ser adotada, entendendo-se por unidade de registro: “a unidade de significação a codificar e que corresponde só ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial” (BARDIN, 2011, p.104).

A escolha do tema como unidade de registro justificou-se na medida em que este se refere aos núcleos de sentido que compõem as propostas deliberadas nas Conferências Nacionais de Saúde, e que as dotam de significado.

Ainda nessa fase, foi realizada uma nova desagregação, separando-se as propostas em dois grupos: aquelas que seriam passíveis de responsividade por parte do governo federal e aquelas que não teriam possibilidade de serem atendidas. Para tal foram estabelecidas quatro categorias de propostas que seriam impossíveis de serem atendidas.

A importância de se estabelecer essas categorias reside na necessidade de se

preservar a integridade do teste de congruência proposto pela pesquisa, evitando-se erros de contagem a partir de falsas negativas. O objetivo dessa escolha foi o de evitar-se situações em que a falta de resposta do governo se deveu menos ao tema da proposta em si, e mais a alguma falha em sua formulação ou no seu conteúdo. O Quadro 7 apresenta essas categorias estabelecidas pela pesquisa:

QUADRO 7 – Categorias de propostas que não podem ser respondidas pelo governo

NOME DA CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Categoria 1.0	Proposta sem nenhum tema ou conteúdo, usadas para apresentar ou introduzir outras propostas.
Categoria 1.1	Proposta que não apresenta demanda clara ou com conteúdo impossível ou irreal.
Categoria 1.2	Proposta que apresenta demanda já atendida por legislação existente ou por política pública em execução (POGREBINSCHI; SANTOS 2011).
Categoria 1.3	Proposta que apresenta demanda cuja competência não seja do governo federal (PETINELLI, 2011).

Fonte: elaboração própria.

A título de ilustração, seguem quatro exemplos da aplicação desses critérios ao longo da pesquisa. Na categoria 1.0 foram classificadas propostas que apresentavam textos semelhantes ao da proposta nº 12 da 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo conteúdo é:

A 11ª Conferência afirma a relevância da produção e divulgação de informações sobre o Controle Social pelos mais variados meios, conforme a realidade e possibilidades locais, indicando como estratégias possíveis e recomendáveis [...] (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.66).

Na categoria 1.1 foram classificadas propostas que apresentavam textos semelhantes ao da proposta nº 37, eixo 3, da 12ª Conferência Nacional de Saúde:

Efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legal e com efetivo controle social. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 53).

A categoria 1.2 foi utilizada para classificação de propostas que apresentavam conteúdo semelhante ao presente na proposta nº 47, eixo 1, da 13ª Conferência Nacional de Saúde, cujo texto completo é:

Com base no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso elaborar planos de atenção à pessoa idosa com recorte de gênero, raça/ etnia, classe, geração, orientação sexual, condição física, por intermédio de órgãos gestores e aprovação dos conselhos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 61).

Essa proposta foi descartada da análise seguinte por já haver sido atendida em um período governamental anterior a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, mediante publicação da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, nos termos da proposta descartada.

Na categoria 1.3 foram classificadas as propostas que apresentavam textos com conteúdo semelhante ao da proposta nº 18, eixo 10, da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que trazia como deliberação o seguinte comando:

Implantar e implementar o Programa Saúde do Homem em todos os municípios, possibilitando todo atendimento médico e odontológico especializado, oferta de exames, campanha de prevenção do câncer de próstata, visando à promoção e à prevenção de sua saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 64).

Após a aplicação desses critérios, uma terceira desagregação foi realizada, a fim de evitar-se erros de contagem que pudessem comprometer os resultados do teste de congruência entre as propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde e a respectiva atuação governamental. Também foram descartadas propostas que tratavam de deliberações de outras Instituições Participativas. Caso contrário, além das 3.327 propostas oriundas das cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas, seria preciso considerar as inúmeras propostas resultantes de outros processos deliberativos. Assim foram desconsideradas as propostas que pudessem falsear ou inviabilizar o resultado da investigação, que foram classificadas nas categorias dispostas no Quadro 8.

QUADRO 8 – Categoria de propostas descartadas para evitar-se erros de contagem

NOME DA CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Categoria 1.5	Propostas que fazem referência a propostas de outra instituição participativa.
Categoria 1.6	Proposta que apresentam conteúdo já apresentado na mesma Conferência Nacional de Saúde.

Fonte: elaboração própria.

O estabelecimento da categoria 1.5 justificou-se metodologicamente pela necessidade de se evitar a análise de propostas, resoluções, diretrizes e demais deliberações oriundas de outras instituições participativas, o que inviabilizaria a presente pesquisa. Essa categoria foi estabelecida a partir da leitura e análise das propostas nº 235, aprovada na 10ª Conferência Nacional de Saúde, que apresenta o seguinte texto:

O ministério da saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem cumprir as resoluções emanadas da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 1998, p. 66).

Assim, optou-se por segregar, do conjunto das propostas apresentadas pelas cinco conferências, aquelas que, para serem respondidas, deveriam atender às propostas oriundas de outros espaços deliberativos.

Já a categoria 1.6 justificou-se pela necessidade de evitar-se erros de contagem, dado o principal objetivo da pesquisa. Se uma determinada proposta vinda de uma Conferência Nacional de Saúde houver sido atendida pelo governo, e na mesma edição de conferência houve outra proposta idêntica, corre-se o risco de contar duas vezes uma mesma preferência atendida pelo governo, o que elevará indevidamente sua taxa de responsividade quando comparado com os demais governos.

A fim de evitar-se essa distorção, propostas de uma mesma Conferência Nacional de Saúde que apresentaram teor idêntico, ou mesmo semelhante, foram computadas uma única vez. As demais foram classificadas na categoria 1.6, e descartadas dos testes de congruência.

3.1.3.3 Terceira fase

Na terceira fase da análise foram aplicados, a partir dos diferentes temas tratados pelas propostas deliberadas, as dimensões e respectivas categorias para o agrupamento e análise das propostas objeto do estudo, a partir de macro temas.

Essas categorias foram estabelecidas a partir da análise dos eixos temáticos que serviram à organização das deliberações ocorridas em cada uma das Conferências Nacionais de Saúde. Para o estabelecimento das categorias de análise, obedeceu-se às três

condições estabelecidas por Sellitz (1967) *apud* Gil (2010): i) serem categorias derivadas de um único princípio de classificação; ii) formarem um conjunto exaustivo; e iii) serem mutuamente exclusivas. Desse modo, as propostas que não foram descartadas nas fases anteriores foram classificadas em 16 categorias, cada uma relativa a um dos temas apresentados pelas propostas, como pode ser observado no Quadro 9.

QUADRO 9 – Categorias das propostas consideradas para o teste de congruência

NOME DA CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Categoria 2.1	Atenção integral à saúde
Categoria 2.2	Ciência e Tecnologia no SUS
Categoria 2.3	Controle e participação social no SUS
Categoria 2.4	Problemas de saúde e agravos específicos
Categoria 2.5	Financiamento, orçamento e custeio do SUS
Categoria 2.6	Planejamento, gestão, e organização do SUS
Categoria 2.7	Informação, educação e comunicação no SUS
Categoria 2.8	Políticas e ações de saúde para populações específicas
Categoria 2.9	Recursos humanos e gestão de pessoas no SUS
Categoria 2.10	Responsabilidades no SUS das três esferas de governo
Categoria 2.11	Direitos humanos no âmbito do SUS
Categoria 2.12	Políticas de Saneamento
Categoria 2.13	Políticas de medicamentos e insumos
Categoria 2.14	Produção legislativa no âmbito do SUS
Categoria 2.15	Políticas de meio ambiente
Categoria 2.16	Fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação no SUS

Fonte: elaboração própria.

As 16 categorias foram estabelecidas a partir dos temas sob os quais se organizaram as deliberações ocorridas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde. A partir da identificação desses temas, foi possível a classificação de todas as propostas não descartadas nas fases 1 e 2. De todas as 16 categorias estabelecidas, a categoria 2.1 é a única que demanda um aprofundamento, dado o caráter polissêmico do termo “integralidade”.

A integralidade na atenção à saúde é uma diretriz constitucional, prevista no artigo 198, II da Constituição Federal, e definida na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Aprofundando o conceito, Fraccolli *et al.* (2011) definem integralidade na atenção à saúde como a diretriz constitucional que determina ao SUS que oriente as políticas e ações de saúde para atender às diversas demandas e necessidades dos usuários do sistema,

considerando as dimensões biológicas, culturais e sociais desses usuários. Ainda segundo esses autores, o surgimento do conceito está relacionado à crítica aos modelos sanitários que dissociavam saúde pública preventiva de práticas assistenciais.

De acordo com a definição dada pelo “Dicionário da Educação Profissional em Saúde”, integralidade na atenção à saúde é um princípio doutrinário da política para a saúde destinado a “conjuguar as ações direcionadas à materialização da saúde como um direito e como serviço” (PEREIRA, 2008, p. 257).

Assim, o termo “integralidade”, quando aplicado ao contexto da saúde pública, extrapola a dimensão organizativa dos serviços de saúde, referindo-se sobretudo às condições de saúde dos indivíduos e aos condicionantes sociais que influenciam em sua saúde. Nesse sentido deve ser entendida a acepção trazida por Machado *et al.* (2007), para quem integralidade seria “o cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 336).

A partir dessas definições, a presente pesquisa entendeu a categoria 2.1 “Atenção integral à saúde” como o conjunto de medidas que visam não apenas a cura ou tratamento de agravos em saúde, mas sua prevenção, mediante ações que levem em consideração os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos de agem no processo saúde/doença dos indivíduos. Para a classificação de propostas nessa categoria, foi utilizado como critério a presença do termo “integralidade” ou de suas possíveis derivações (integral, integralizado, entre outros) nos textos das propostas, desde que empregados com o sentido, expresso acima, que o termo tem.

3.2 Segunda etapa: identificação da responsividade do Governo Federal às Conferências Nacionais de Saúde.

3.2.1 Hipótese orientadora da segunda etapa

A segunda etapa da pesquisa partiu dos resultados obtidos pela etapa anterior, para investigar a principal questão do trabalho: qual correspondência entre as propostas apre-

sentadas pelas Conferências Nacionais de Saúde e o conteúdo das políticas públicas implementadas no SUS em diferentes períodos governamentais. Para tal, lançou-se mão de uma única hipótese, descrita a seguir.

3.2.2.1 *Hipótese 6 (H6): Quando houver transição de governo federal, haverá uma mudança na responsividade em relação às propostas oriundas das Conferência Nacionais de Saúde.*

Nessa proposição ‘transição de governo federal’ é a variável independente (X) entendida como causa ou fato que determina a ocorrência do outro fenômeno, efeito ou consequência; e “mudança na responsividade” é a variável dependente (Y), ou seja, o fator, propriedade ou resultado determinado pela variável independente (CERVO; BERVIAN, 2004). Por variáveis entende-se aqui o conceito operacional que traduz um fenômeno em termos de valores, aspectos ou propriedades e que possam ser mensuráveis: quantidade, qualidade, magnitude, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A hipótese que orientou a segunda fase da pesquisa está entre aquelas formulações que apontam a existência de determinadas relações entre fenômenos observados (GIL, 2010), sendo do tipo *ex-post-factum*, uma vez que sua formulação se dá após a ocorrência do fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Para formulação da hipótese, partiu-se de estudos recentes que indicam haver um padrão diferente de responsividade por parte de governos recentes ante as instituições participativas e seus processos deliberativos. Segundo Avritzer (2013), é perceptível, a partir do ano de 2003, um aumento bastante significativo na quantidade de Conselhos de Políticas Públicas e, especialmente, Conferências Nacionais de Políticas Públicas realizadas, o que o autor interpreta como uma estratégia deliberada de maior uso de Instituições Participativas, pelo governo federal, como espaços institucionais para oitiva da sociedade civil.

A respeito do mesmo tema, Pogrebinschi e Santos (2011) afirmam, com base na investigação da correlação entre produção normativa e processos conferencistas que:

“... os dados sugerem mais do que a correlação temporal entre proposições pertinentes e incidência de conferências nacionais. Sugerem, ademais, haver

uma afinidade entre o quadro político emergente com a vitória do PT nas eleições presidenciais e o crescimento da produção legislativa “acionada” pelas diretrizes das conferências” (Pogrebinschi e Santos, 2011, p. 292).

Para Cunha (2012), não apenas o aumento do número de Conferências Nacionais de Políticas Públicas realizadas, mas, sobretudo, a criação de novas conferências em temas até então nunca tratados por esse tipo de Instituição Participativa, possibilita denotar um novo patamar de importância atingido pela participação social a partir de 2003. Sobre esse fato, Silva (2009) lembra que essa centralidade dada pelo governo federal, a partir de 2003, às Conferências Nacionais de Políticas Públicas não ocorreu por acaso, sendo antes uma das principais estratégias adotadas pelo governo para estruturar o diálogo entre administração pública e sociedade civil.

Em avaliação semelhante, Abers, Serafim, Tatagiba (2014), avaliam que a partir de 2003, com a chegada do Partido dos Trabalhadores ao governo federal, permitiu-se que novos padrões de interação e negociação entre as instâncias estatais e os vários segmentos da sociedade. Na medida em que militantes históricos assumiram cargos na burocracia estatal, após anos de experiência em movimentos sociais, estabeleceu-se, segundo os autores, um padrão marcadamente diferente na relação entre as esferas estatal e social, com reflexos no padrão de atendimento às demandas sociais.

Ainda segundo as autoras, existem quatro padrões básicos que moldam essa relação, que se combinam em proporções diferentes a depender do tema da política pública: i) protestos e ações diretas, do qual greve e passeatas são os maiores exemplos; ii) participação institucionalizada, através de canais de diálogos sancionados, como conselhos e conferências; iii) política de proximidade com autoridades governamentais, do que o *lobby* é o principal exemplo; e finalmente iv) ocupação de cargos na burocracia. Assim, o último padrão de relação estado/sociedade, estabelecido com chegada de militantes ao poder, tem como causa a mudança nos patamares de reconhecimento dos processos deliberativos realizados em instituições participativas de um modo geral.

De fato, é notável a mudança no número de Conferências Nacionais realizadas nos últimos 25 anos. Em estudo produzido em 2010, a partir de parceria entre o Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e o Ministério da Justiça, no âmbito do projeto “Pensando o Direito” nota-se que, ao longo dos dois mandatos do Presidente Fernando Henrique Cardoso foram realizadas apenas 17 Conferências Nacionais

(BRASIL, MISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2010), número expressivamente menor daquele realizado pelos seus sucessores.

O número de Conferências Nacionais realizadas entre 1995 e 2002 é consideravelmente menor quando comparado com as 75 conferências realizadas nos dois mandatos do Presidente Luís Inácio Lula da Silva ou as 26 realizadas no primeiro mandato da Presidente Dilma Rousseff (BRASIL, SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA, 2014).

3.2.2 Procedimento de coleta de dados

Para realização da segunda fase que compôs a presente pesquisa, foram coletados dados de três natureza, pertencentes a grupos distintos. O primeiro grupo correspondeu ao conjunto de propostas de autoria do Poder Executivo no âmbito do processo legislativo, na elaboração de: i) Emendas à Constituição; ii) Leis Complementares; iii) Leis Ordinárias; e iv) Medidas Provisórias, que foram apresentadas ao Congresso Nacional durante o período estudado e que trataram de algum assunto correlato ao SUS.

O segundo grupo constituiu-se no conjunto de atos administrativos editados pelo Poder Executivo no período estudado, que versaram sobre algum aspecto do SUS, ou de alguma forma relacionados à saúde pública.

Foram considerados, para fins da pesquisa, os seguintes atos da Administração Pública Federal: i) Decretos; e ii) Portarias Resoluções. Decretos são instrumentos jurídicos pelo qual o chefe do Poder Executivo (Presidente da República, no caso da esfera federal) estabelece regras gerais para todos que se encontrem em uma mesma situação, ou para pessoa ou grupo de pessoas determinadas (DI PIETRO, 2014). São utilizados pelo Presidente da República em três situações, previstas no artigo 84 da Constituição Federal: i) estabelecer regras para a fiel execução de determinadas leis; ii) dispor sobre a organização e funcionamento da administração federal, desde que não impliquem em aumento de despesa nem criação ou extinção de órgãos público; e iii) extinguir funções ou cargos públicos, quando vagos.

Já Portarias e Resoluções constituem-se no principal instrumento pelo qual Ministros ou outras autoridades expedem instruções sobre a organização e funcionamento de serviço, e praticam outros atos de sua competência (BRASIL, 2002).

O terceiro conjunto de dados utilizados pelo estudo referiram-se às Lei Orçamentárias Anuais (LOAS) editadas no âmbito federal entre os anos de 1996 e 2015, período abarcado pela pesquisa, bem como seus respectivos relatórios de execução.

O Quadro 10 sintetiza os dados utilizados, os documentos pesquisados, os conteúdos analisados e os meios de acesso a esses dados que a presente pesquisa utilizou para a segunda etapa da pesquisa.

QUADRO 10 – Base documental da segunda etapa da pesquisa

Dados utilizados	Documentos pesquisados	Conteúdos analisados	Meios de acesso aos dados
Proposta legislativas de autoria do Governo Federal	<ul style="list-style-type: none"> - Proposta de Emenda à Constituição (PEC); - Projeto de Lei Complementar (PLC); - Projeto de Lei Ordinária (PL); - Medida Provisória 	Iniciativas legislativas do governo federal que dispõem sobre a organização e funcionamento do SUS, ou sejam afeitas à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Portal da Câmara dos Deputados; - Portal do Senado Federal; - Portal de legislação do governo federal
Atos administrativos do governo federal	<ul style="list-style-type: none"> - Decretos - Portarias e resoluções 	Iniciativas administrativas do governo federal que dispõem sobre a organização e funcionamento do SUS, ou sejam afeitas à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Portal Saúde Legis; - Biblioteca virtual da Saúde; - Portal do Ministério da Saúde
Orçamento Público Federal	- Lei Orçamentária Anual e relatórios com a respectiva execução	Programas e ações orçamentárias relativas à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Portal do Orçamento Público Federal do Senado Federal; - Portal da Transparência nos Recursos Públicos Federais

Fonte: elaboração própria.

3.2.3 Procedimento de análise dos dados

Para refutar ou comprovar a hipótese que orientou a segunda etapa da pesquisa, que se endereça à principal questão da pesquisa, foi realizada uma série de testes de congruência, efetuado a partir do pareamento entre o conteúdo das propostas oriundas das Conferências Nacionais de Saúde e as propostas legislativas ou atos administrativos editados pelo governo federal no período estudado. A análise de congruência foi baseada em uma das estratégias definidas por Gilens (2005) para mensurar o grau de responsividade

de determinado governo: o exame da mudança ao longo do tempo da preferência pública em determinada área ou questão e sua correspondente mudança (ou falta de mudança) nas respectivas políticas públicas. Assim, analisou-se a responsividade pelo componente definido por Eulau e Karps (1977) como *policy responsiveness*: a concordância entre representantes e representados com determinadas políticas públicas.

Para se estabelecer os distintos graus de responsividade dos governos estudados, aplicou-se uma adaptação ao cálculo proposto por Barabás (2006), traduzido na equação:

$$\text{Taxa de responsividade} = \frac{\text{N}^\circ \text{ propostas atendidas pelo governo federal}}{\text{N}^\circ \text{ total de propostas}}$$

Nessa equação, entende-se taxa de responsividade como coincidência ou correspondência entre as preferências expressas nas propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde e a ação governamental. Quanto mais próximo de 1 for essa taxa, mais responsivo foi o governo em relação às propostas. Quanto mais próximo de 0, menos responsivo.

Para a operacionalização dos cálculos das taxas de responsividade, foi realizado uma série de pareamento entre as propostas aprovadas nas cinco edições da Conferência Nacional de Saúde e as ações do respectivo governo. Assim, não foram consideradas, para fins de cálculo da taxa de responsividade de um determinado governo, a congruência entre suas ações e as propostas de outras conferências que não aquelas ocorridas na vigência de seu mandato.

Essa opção metodológica justificou-se pela determinação contida na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Ambos diplomas legais estabelecem que, na elaboração de seus planos de saúde, os governos municipais, estaduais e federal devem obrigatoriamente levar em consideração as diretrizes propostas pelas Conferências de Saúde. Como o plano de saúde tem um período de 04 anos, coincidindo com o respectivo Plano Plurianual (PPA), o planejamento das ações de saúde tem como horizonte apenas o resultado das deliberações ocorridas na última de Conferência Nacional de Saúde.

Assim, o governo deve ser responsivo apenas àquilo que foi estabelecido nas Conferências Nacionais de Saúde ocorridas durante seu período governamental, havendo sempre espaço para uma demanda apresentada sob forma proposta em uma edição da conferência que não seja atendida ser reiterada no processo conferencista seguinte.

O Quadro 11 apresenta um exemplo de demanda que foi reiterada em praticamente todas as Conferências Nacionais de Saúde analisadas pelo estudo:

QUADRO 11 – Exemplo de demanda reiterada em diferentes propostas em sucessivas Conferências Nacionais de Saúde

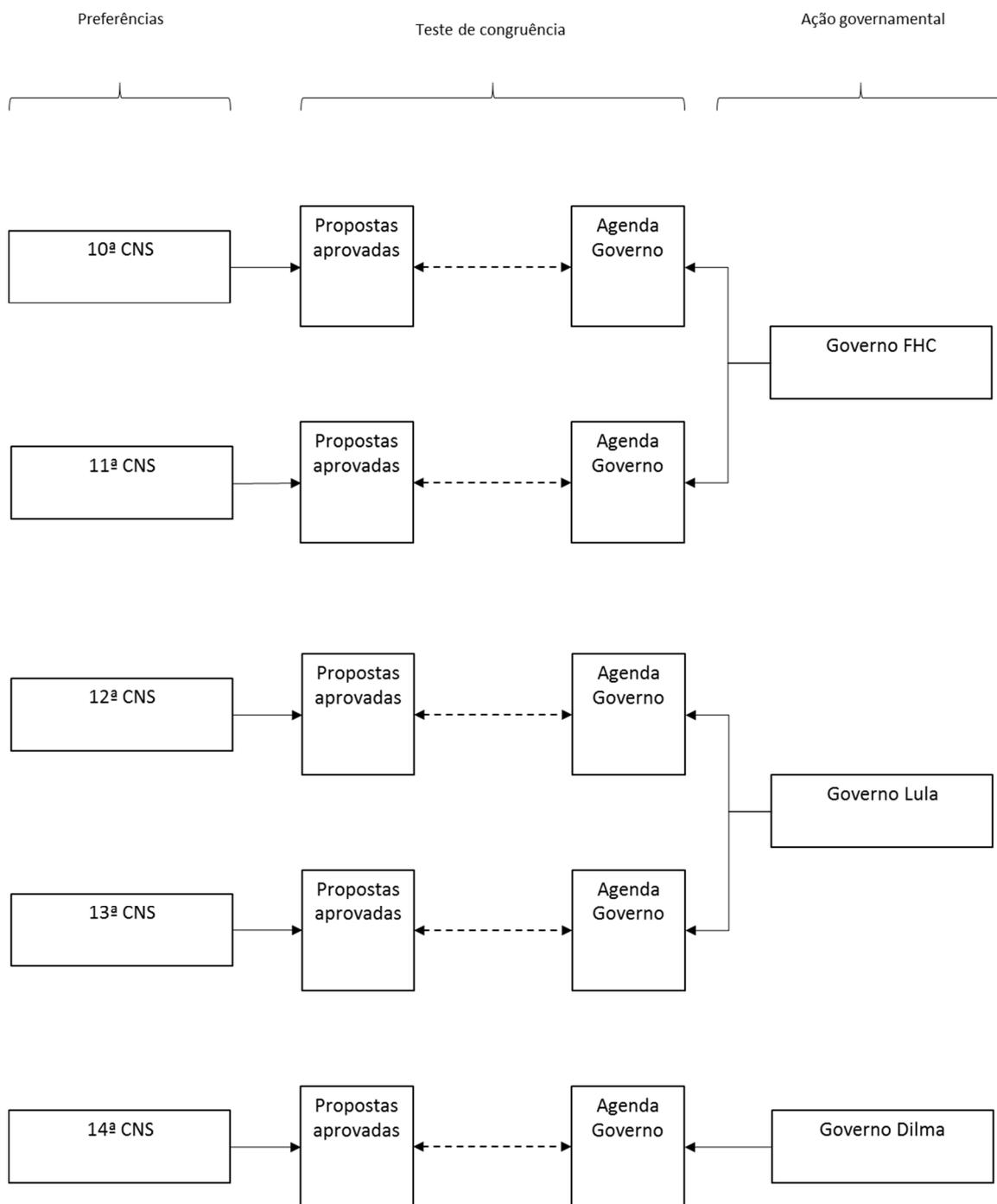
Nº da Conferência Nacional de Saúde	Nº da proposta	Texto da proposta
11ª CNS	109 (b)	“Defender a regulamentação das parteiras tradicionais e das/os agentes comunitárias/os de saúde, garantindo sua capacitação profissional, remuneração justa e reconhecimento da profissão como pertencente ao âmbito da Saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 135).
12ª CNS	55	“Encaminhar a discussão do reconhecimento profissional das parteiras atuantes na Região Amazônica e em outras áreas onde constituem alternativas adequadas à atenção ao parto, para a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 124).
13ª CNS	80	“Garantir a regulamentação do Projeto de Lei nº 2.354/03, que dispõe sobre a regulamentação do trabalho das parteiras tradicionais” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 85).
14ª CNS	11	“Identificar e regulamentar as profissões de saúde ainda não reconhecidas no âmbito do SUS, incluindo as parteiras tradicionais, microscopistas, graduados em Saúde Coletiva, entre outras” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 41).

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Dessa maneira, sentiu-se conforto para se estabelecer esse critério de pareamento, uma vez que o governo estaria em tese desobrigado de atender às demandas propostas em conferências pretéritas, salvo se essa demanda houver sido reiterada em uma conferência realizada ao longo de seu período governamental.

A partir dessa escolha metodológica, as propostas das 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde foram pareadas com a atuação do Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso; as propostas da 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde, com as ações do Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva; e por fim as propostas aprovadas pela 14ª Conferência Nacional de Saúde foram comparadas com as ações do Governo da Presidente Dilma Rousseff. A Figura 5 apresenta uma esquematização do modo pelo qual foi realizado o pareamento para operacionalização dos cálculos das taxas de responsividade dos três períodos governamentais.

Figura 5 – Esquematização do teste de congruência



Fonte: elaboração própria.

De acordo com os critérios estabelecidos para o pareamento, o conteúdo das propostas oriundas das cinco Conferências Nacionais de Saúde não desconsideradas na etapa anterior da pesquisa foram comparadas com o conteúdo dos 51.403 atos administrativos e legislativos produzidos pelos sucessivos governos em âmbito federal.

A Tabela 1 apresenta a relação desses atos, por tipo e período de realização das Conferências Nacionais de Saúde:

TABELA 1
Total de atos administrativos e legislativos emanados do Governo Federal considerados para operacionalização do pareamento, por tipo e Conferência Nacional de Saúde

	10ª CNS	11ª CNS	12ª CNS	13ª CNS	14ª CNS
Decretos	06	02	06	04	04
Leis	13	02	06	04	03
Portarias Conjunta	120	506	309	38	53
Portarias Interministeriais	35	13	80	102	80
Portarias Ministeriais	7.184	4.053	11.000	13.691	14.089
Total	7.358	4.576	11.401	13.839	14.229

Fonte: elaboração própria a partir do Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis).

Para identificação dos atos administrativos e legislativos correspondentes às demandas apresentadas nas propostas classificadas nas 16 categorias temáticas, foi utilizado o mecanismo de busca do Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), mantido pela Coordenação-Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde. Através do sistema foi possível realizar pesquisas booleanas conjugando os diferentes tipos de atos procurados, seus assunto e ano de edição.

Os termos buscados foram localizados por um sistema de busca em qualquer parte da ementa do ato, ou em observações ou indexações realizadas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Ao clicar em algum item da lista resultante da busca, é possível acessar o texto completo do ato, conforme publicado no Diário Oficial da União ou no Boletins de Serviços editado pelo Ministério da Saúde.

Para o pareamento das propostas que trataram de temas relacionados a financiamento, orçamento e custeio do SUS foram utilizadas, ainda como fonte de dados, Leis Orçamentárias Anuais (LOAS) relativas ao orçamento da União, aprovadas no período

coberto pela pesquisa, entre os anos de 1996 e 2015, bem como os seus respectivos relatórios de execução. Os anexos das LOAS e seus respectivos relatórios foram acessados mediante pesquisa no portal mantido pelo Senado Federal “SIGA Brasil” que permite acesso amplo e facilitado ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), bem como a outras bases de dados.

O quadro 12 apresenta, à guisa de exemplificação, três pareamentos executados pela pesquisa.

QUADRO 12 – Exemplos de pareamentos executados na segunda fase da pesquisa

Proposta analisada	Tema da proposta	Ato governamental correspondente	Conteúdo do ato
14ª CNS, eixo 6, proposta nº 4	Aprovar o Piso Nacional para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.	Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014	Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.
13ª CNS, eixo 1, proposta nº 3	Trabalho de prevenção de uso de álcool, de tabaco e de outras drogas que causam dependência química e psíquica	Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
11ª CNS, proposta nº 51	Investimento em práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos	Execução orçamentária da Lei Orçamentária Anual, ano 2001 (Lei nº 10.171, de 5 de janeiro de 2001)	Ação 2522 – Produção de fármacos, medicamentos e fitoterápicos

Fonte: elaboração própria a partir do “Portal Saúde Legis” e do Portal “SIGA Brasil”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo os resultados da pesquisa e as discussões que ensejam são apresentados em duas seções. A primeira seção traz os resultados e discussões advindos da primeira etapa da pesquisa; e a segunda seção, os resultados e respectivas discussões resultantes segunda etapa da pesquisa.

4.1 Resultado da identificação das preferências nas propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde

Na primeira fase da pesquisa, investigou-se como os temas das propostas oriundas das 10^a; 11^a; 12^a; 13^a; e 14^a Conferência Nacional de Saúde variaram ao longo do tempo. Conforme metodologia adotada, foram segregados do total de propostas aprovadas aquelas que não tratavam de temas relacionados diretamente à saúde. Posteriormente foram separadas as propostas impossíveis de serem atendidas pelo governo federal e, por último, foram desconsideradas as propostas que inviabilizariam o teste de congruência proposto pela pesquisa. A Tabela 2 apresenta o total de propostas descartadas nas primeiras duas etapas da primeira fase da pesquisa, por Conferência Nacional de Saúde.

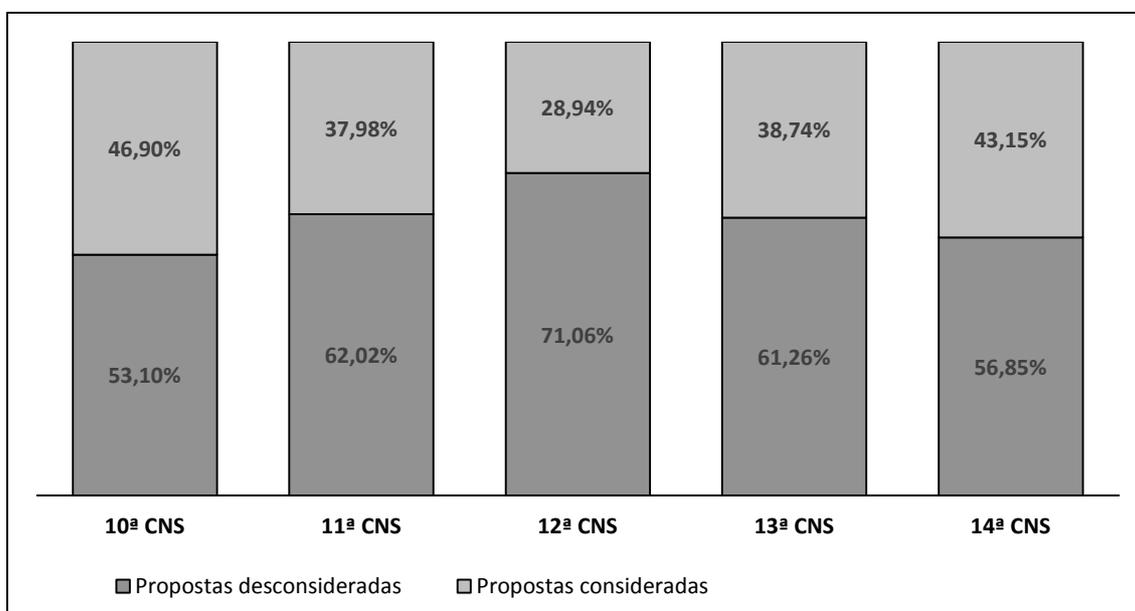
TABELA 2
Total de propostas descartadas para o teste de congruência, por Conferência Nacional de Saúde e categoria de classificação

	10 ^a CNS	11 ^a CNS	12 ^a CNS	13 ^a CNS	14 ^a CNS	Total	Média	Desvio Padrão
Categoria 1.0	28	22	13	1	0	64	12,8	11,1
Categoria 1.1	163	184	369	233	72	1.021	204,2	97,5
Categoria 1.2	48	35	59	83	44	269	53,8	16,5
Categoria 1.3	44	44	37	44	12	181	36,2	12,4
Categoria 1.4	36	25	193	140	38	432	86,4	67,7
Categoria 1.5	6	4	8	8	8	34	6,8	1,6
Categoria 1.6	0	11	16	24	21	72	14,4	8,5
Total	325	325	695	533	195	2.073	414,60	177,2

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Os números das propostas desconsideradas, quando relacionados ao total de propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde, permitem que se compare o peso relativo de cada categoria no conjunto de propostas de cada conferência. Assim, a razão entre as propostas classificadas nas categorias dispostas na Tabela 2 e o total de propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde permite observar a grande proporção de propostas que, pelos critérios adotados pelo estudo, foram desconsideradas para efeitos do pareamento proposto pela pesquisa. A Figura 6 demonstra graficamente essa observação.

FIGURA 6 – Proporção de propostas desconsideradas e consideradas para classificação temática e pareamento, por Conferência Nacional de Saúde



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Em média foram desconsideradas para a terceira fase da análise 60,86% das propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde analisadas. Os conjuntos de propostas avindos da 10ª e 14ª CNS ficaram abaixo dessa média, ao passo que as propostas das 11ª; 12ª e 13ª CNS ultrapassaram a média. Considerando-se o desvio padrão de 6,74 pontos percentuais, a 10ª CNS está no extremo inferior da amostra, muito abaixo da média, e a 12ª CNS no extremo superior da amostra, ultrapassando a média acima do desvio padrão da amostra. A Tabela 3 apresenta a proporção de propostas desconsideradas, em comparação com o total de propostas de cada conferência, por categoria.

TABELA 3

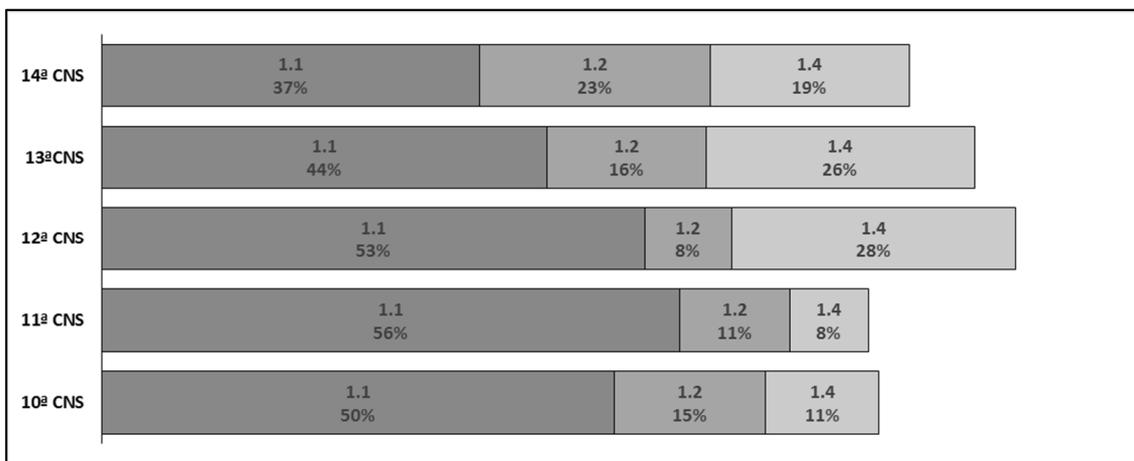
Proporção de propostas desconsideradas para o teste de congruência, por Conferência Nacional de Saúde e categoria de classificação

	10 ^a CNS	11 ^a CNS	12 ^a CNS	13 ^a CNS	14 ^a CNS	Média	Desvio Padrão
Categoria 0.0	4,58%	4,20%	1,33%	0,11%	0%	2,04%	1,98%
Categoria 1.1	26,63%	35,11%	37,73%	26,67%	20,99%	29,43%	6,13%
Categoria 1.2	7,84%	6,68%	6,03%	9,54%	12,83%	8,58%	2,43%
Categoria 1.3	7,19%	8,40%	3,78%	5,06%	3,50%	5,59%	1,92%
Categoria 1.4	5,88%	4,77%	19,73%	16,09%	11,08%	11,51%	5,76%
Categoria 1.5	0,98%	0,76%	0,82%	0,92%	2,33%	1,16%	0,59%
Categoria 1.6	0%	2,10%	1,64%	2,76%	6,12%	2,52%	2,02%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Percebe-se, a partir da Tabela 3, que as propostas classificadas nas categorias 1.1; 1.4; e 1.2 corresponderam, quando somadas, a mais da metade das propostas apresentadas nas cinco conferências estudadas. Ao todo foram, equivaleram a 51,72% do total de propostas. A Figura 7 apresenta essa proporção para cada Conferência Nacional de Saúde:

FIGURA 7 – Proporção de propostas classificadas nas 1.1; 1.4; e 1.2, por Conferência Nacional de Saúde



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

As propostas que não apresentaram demanda clara ou conteúdo possível de ser atendido (categoria 1.1) foram majoritárias em todas as conferências, respondendo ao todo por praticamente um terço do total de propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde estudadas.

A média de propostas classificadas nessa categoria, entre as conferências, foi de 29,43% das propostas classificadas nessa categoria, o que coloca a 10^a; 13^a e 14^a Conferências Nacionais de Saúde abaixo da dessa média e a 11^a e 12^a acima, estando essa última conferência inclusive além do desvio padrão de 6,85 pontos percentuais.

O segundo maior grupo de propostas deconsideradas para o teste de congruência foi composto por aquelas que não tratavam de temas diretamente relacionados com a saúde (categoria 1.4). Esse tipo de proposta representou 12,98% do total de propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde.

A média nas cinco conferências foi de 11,51%, o que posicionou o conjunto de propostas das 10^a e 11^a Conferência Nacional de Saúde nos estratos inferiores da amostra, abaixo da média, e o conjunto de propostas das 12^a e 13^a Conferência Nacional de Saúde nos estratos superiores, acima da média. A proporção desse tipo de proposta advindas da 14^a foi praticamente a mesma da média da amostra.

O terceiro maior grupo de propostas deconsideradas para o pareamento foi formado por aquelas que apresentavam demanda já atendida por legislação existente ou por política pública em execução (categoria 1.2). Ao todo essa categoria correspondeu a 8,09% do total de propostas aprovadas nas cinco conferências.

A média entre as cinco Conferências Nacionais de Saúde foi de 8,58% de propostas classificadas nessa categoria. As três primeiras conferências aprovaram uma proporção abaixo da média, enquanto as duas últimas conferências, uma proporção superior à media, variando o conjunto de propostas advindo da 14^a Conferência Nacional de Saúde acima do desvio padrão da amostra.

A partir da aplicação dos critérios de corte estabelecidos nas duas fases precedentes, as propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde remanescentes foram classificadas em 16 categorias, correspondentes aos seus temas, e consideradas para o pareamento realizado na etapa seguinte da pesquisa. O resultado final dessa classificação é apresentado na Tabela 4.

TABELA 4
Propostas consideradas para o pareamento, por categoria de classificação

	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	Total	Média	Desvio Padrão
	CNS	CNS	CNS	CNS	CNS			
Categoria 2.1	27	2	17	11	3	60	12	9,3
Categoria 2.2	0	3	7	6	0	16	3,2	2,9
Categoria 2.3	71	41	38	43	12	205	41	18,7
Categoria 2.4	4	15	11	48	10	88	17,6	15,6
Categoria 2.5	31	18	45	40	34	168	33,6	9,2
Categoria 2.6	42	39	24	55	27	187	37,4	11,1
Categoria 2.7	33	25	40	32	14	144	28,8	8,8
Categoria 2.8	22	8	25	28	4	87	17,4	9,6
Categoria 2.9	27	23	30	28	24	132	26,4	2,6
Categoria 2.10	1	5	2	2	0	10	2	1,7
Categoria 2.11	0	0	7	0	1	8	1,6	2,7
Categoria 2.12	2	1	2	1	0	6	1,2	0,7
Categoria 2.13	6	5	18	12	6	47	9,4	5,0
Categoria 2.14	17	8	5	22	10	62	12,4	6,2
Categoria 2.15	2	0	2	1	0	5	1	0,9
Categoria 2.16	2	6	10	8	3	29	5,8	3,0
Total	287	199	283	337	148	1.254	250,8	67,9

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Ao desconsiderar-se as propostas que: i) apresentavam outras propostas; ii) não apresentavam demanda clara; iii) apresentavam demanda já atendida por legislação ou política existente; iv) apresentavam demanda cuja competência não era do governo federal; v) faziam referência a propostas de outra instituição participativa; ou vi) apresentavam conteúdo idêntico, observa-se que as propostas mais aprovadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde foram aquelas cujos temas trataram de:

- a) controle e participação social;
- b) planejamento, gestão, e organização;
- c) financiamento, orçamento; e
- d) informação, educação e comunicação

Esses quatro temas representaram 56,14% das propostas. A relação entre esses resultados e as hipóteses previamente estabelecidas pela pesquisa são discutidos na secção seguinte do presente trabalho.

4.1.1 Hipótese 1 (H1)

Os resultados apontam para indícios que demonstram ser frágil a principal hipótese (H1) aventada na primeira fase da pesquisa, segundo a qual seria observável uma diferença no conjunto de propostas aprovadas em cada uma das cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas. É certo que o número total de propostas aprovadas em cada conferência variou significativamente, conforme dados dispostos no Quadro 6, apresentado anteriormente.

Contudo, ao analisar-se o peso relativo de cada categoria pelo conjunto total de propostas aprovadas em cada conferência, o resultado apresenta uma maior semelhança do que previsto no início do estudo. A análise dos quatro temas mais recorrentes nas propostas aprovadas pelas conferências mostra uma homogeneidade em relação aos principais assuntos objetos de deliberação. Ao se calcular a proporção entre o total de propostas classificadas em cada uma das 16 categorias e o total de propostas aprovadas em cada uma das cinco Conferências Nacionais de Saúde, é possível perceber quais foram os temas mais recorrentes nos processos conferencistas.

A Tabela 5 apresenta o quartil superior do resultado da classificação das propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde. As porcentagens apresentadas na tabela correspondem à proporção das propostas classificadas nos quatro temas mais recorrentes, em relação ao número total de propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde.

TABELA 5

Categorias correspondente ao quartil superior, por Conferência Nacional de Saúde

10ª CNS		11ª CNS		12ª CNS		13ª CNS		14ª CNS	
Categoria	%	Categoria	%	Categoria	%	Categoria	%	Categoria	%
2.3	11,60	2.3	7,82	2.3	3,89	2.3	4,94	2.5	9,91
2.5	5,07	2.6	7,44	2.5	4,60	2.4	5,52	2.6	7,87
2.6	6,86	2.7	4,77	2.7	4,09	2.5	4,60	2.7	4,08
2.7	5,39	2.9	4,39	2.9	3,07	2.6	6,32	2.9	7,00

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

A partir da leitura da Tabela 5, percebe-se que entre as propostas mais recorrentes nas cinco conferências estão aquelas que trataram dos seguintes temas:

- i) Controle e participação social no SUS, mais aprovadas nas 10^a; 11^a; 12^a e 13^a Conferência Nacional de Saúde;
- ii) Financiamento, orçamento e custeio do SUS, mais aprovadas na 10^a; 12^a; 13^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde;
- iii) Planejamento, gestão, e organização do SUS, mais aprovadas na 10^a; 11^a; 13^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde;
- iv) Informação, educação e comunicação no SUS, mais aprovadas na 10^a; 11^a; 12^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde;
- v) Recursos humanos e gestão de pessoas no SUS, mais aprovadas na 11^a; 12^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde;
- vi) Problemas de saúde e agravos específicos, que figurou entre as propostas mais aprovadas na 13^a Conferência Nacional de Saúde.

Assim, a despeito das profundas mudanças ocorridas no perfil epidemiológico do país, os principais temas tratados pelos participantes das Conferências Nacionais de Saúde mantiveram-se praticamente os mesmos.

4.1.2 Hipótese 2 (H2)

Os dados apresentados na Tabela 5 demonstram também que as propostas afeitas a temas relativos ao planejamento, gestão, e organização do SUS figuraram como os principais temas de quatro das cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas. Ao se considerar os quatro temas mais importantes deliberados em cada uma delas, percebeu-se que esse tema figurou como o principal interesse nas 10^a; 11^a; 13^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde.

Assim, diante dessa observação, H2 mostrou-se falsa. A despeito da explicação para tal constatação demandar uma investigação mais aprofundada, alguns aspectos sobre essa questão devem ser considerados. É certo que o arcabouço institucional que organiza e operacionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS) encontrava-se praticamente consolidado em meados dos anos 2000. No entanto, os dados dispostos na Tabela 5 evidenciam que temas relacionados a planejamento, gestão, e organização do SUS seguiram

como uma preocupação constante dos participantes das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após essa consolidação.

Pode-se argumentar que isso ocorre pelo fato de que outros aspectos relacionados com o planejamento, gestão, e organização do SUS são trazidos à baila sempre que novos programas e ações são criados, especialmente quando esses demandam novas ferramentas administrativas e gerenciais para sua implementação. Seguindo-se essa linha de raciocínio, é certo que as novas políticas públicas implementadas entre 1996 e 2011 estimularam a deliberação de propostas sobre esses assunto nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas nesse período.

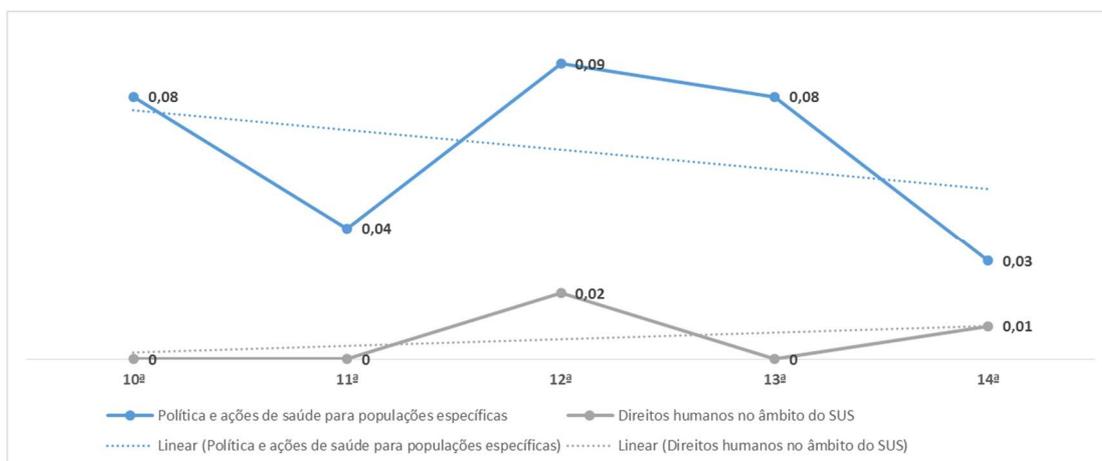
Aém disso, novas instituições públicas somaram-se, no período analisado pela pesquisa, ao conjunto do aparelho estatal vinculado ao SUS, o que certamente demandou toda sorte de regulamentação para sua organização, além do estabelecimento de novos instrumentos de gestão. Entre as novas instituições públicas criadas ao longo da realização das cinco Conferências Nacionais de Saúde, podem ser citadas, entre tantas outras: i) a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada pela Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999; ii) a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; iii) a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada pela Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010; e iv) a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

4.1.3 Hipótese 3 (H3)

H3 previu um aumento de propostas relacionadas com direitos humanos, conforme as Conferências Nacionais de Saúde fossem se sucedendo no tempo, ao longo do período estudado. A partir dos dados dispostos na Tabela 4, chega-se à conclusão de que a predição proposta pela hipótese não se observou. As propostas classificadas na categoria 2.11 (direitos humanos no âmbito do SUS) não apresentaram a trajetória esperada. Ao estabelecer a proporção entre o número dessas propostas em relação ao total aprovado em cada Conferência Nacional de Saúde, percebe-se que há, proporcionalmente, um decréscimo.

A Figura 8 apresenta a trajetória dessa proporção nas cinco Conferências Nacionais de Saúde.

FIGURA 8 – Comportamento das propostas relativas às categorias 2.8 e 2.11, por Conferência Nacional de Saúde



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

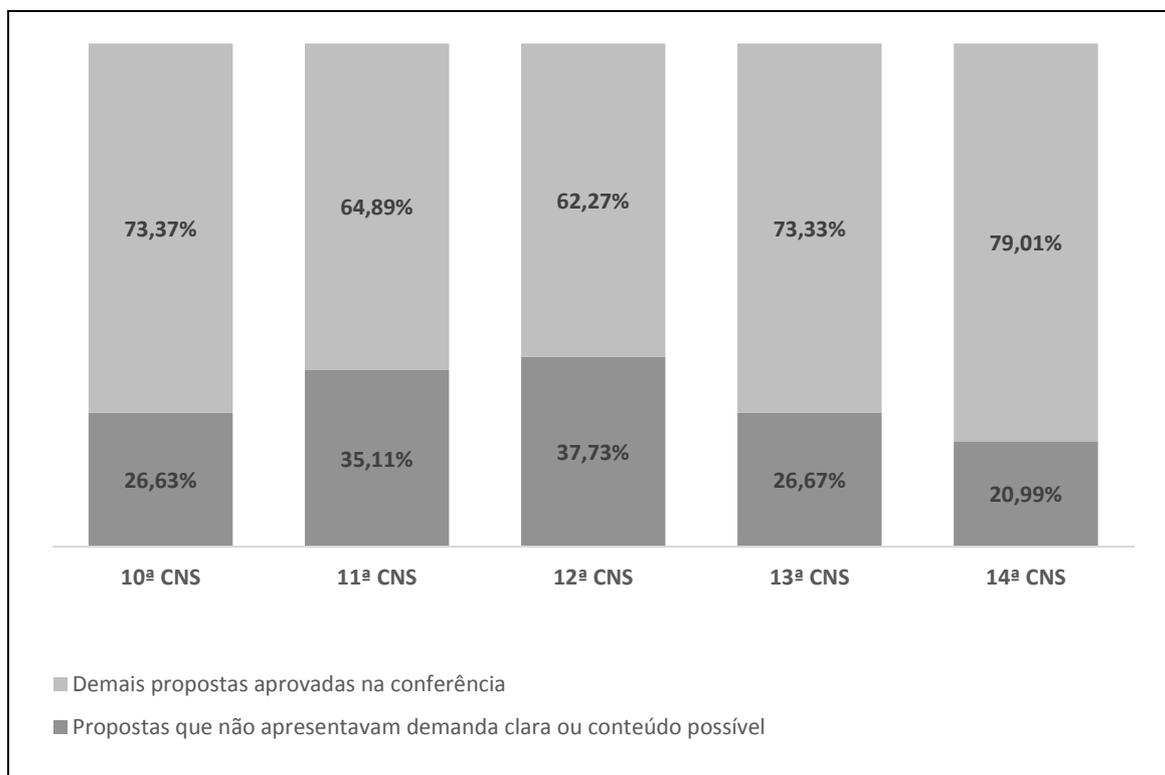
Um exame da Figura 8 permite notar que as propostas relativas aos direitos humanos estiveram ausentes das deliberações ocorridas na 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceram-se como parte da agenda, correspondendo a 2% do total de propostas aprovadas naquela reunião, voltando o tema a ser ignorado no processo conferencista seguinte. É somente na 14ª Conferência Nacional de Saúde que o tema volta a ganhar algum destaque, correspondendo a 1% do total de propostas aprovadas.

Assim, H3 mostrou-se falsa, mesmo se considerar-se a categoria 2.8 (políticas e ações de saúde para populações específicas) como uma derivação possível do tema dos direitos humanos. A mesma Figura 8 demonstra que a trajetória das propostas classificadas nessa categoria não apresenta comportamento ascendente, o que contraria o postulado de H3.

4.1.4 Hipótese 4 (H4)

As evidências oriundas da pesquisa também permitem descartar H4 como verdadeira. O gráfico disposto na Figura 9 apresenta a proporção de propostas que não trouxeram demanda clara ou conteúdo possível ou real aprovadas em cada uma das cinco Conferências Nacionais de Saúde.

FIGURA 9 – Proporção de propostas com demandas pouco claras ou conteúdo impossível, em relação ao total de propostas aprovadas em cada Conferência Nacional de Saúde.



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Pode-se identificar, entre a 10ª a 12ª Conferência Nacional de Saúde um aumento claro na proporção de propostas dessa natureza. Contudo, a partir da 13ª conferência essa proporção apresenta uma queda acentuada, se comparada com a média exibida nas cinco Conferências Nacionais de Saúde.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde apresenta uma variação de 2,36 pontos percentuais em relação à média, decréscimo que é intensificado na 14ª Conferência Nacional de Saúde, que se afasta da média acima do desvio padrão.

Embora tamanha diminuição em relação à média seja significativa, não permite considerar a conjectura expressa em H4 como verdadeira, sendo necessária a observação do comportamento das propostas que serão aprovadas em futuras Conferências Nacionais de Saúde para estabelecer-se se essa trajetória observada se firma de forma mais consistente. Por ora, considerou-se, diante dos dados coletados pelo estudo, que a hipótese não conta com evidências suficientes para que seja considerada verdadeira.

4.1.5 Hipótese 5 (H5)

Ainda em relação aos resultados demonstrados na Tabela 5, é possível afirmar que existem indícios que sustentam o postulado apresentado mediante a Hipótese 5. Ao estabelecer-se os quatro principais temas de cada uma das conferências, percebeu-se que aquele relacionado ao financiamento, orçamento e custeio do SUS esteve entre os assuntos mais presentes nas propostas da 10^a; 12^a; 13^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde.

Embora não estivesse entre os quatro temas mais tratados na 11^a Conferência Nacional de Saúde, o assunto também mostrou-se relevante na pauta de deliberações daquela reunião, figurando como o quinto tema com maior número de propostas aprovadas.

4.2 Resultado da identificação da responsividade do Governos Federal em relação às cinco Conferências Nacionais de Saúde

Na segunda etapa da pesquisa investigou-se a responsividade apresentada pelos diferentes períodos governamentais diante das propostas resultantes do processo deliberativo ocorrido na 10^a; 11^a; 12^a; 13^a; e 14^a Conferência Nacional de Saúde. Conforme metodologia adotada, buscou-se avaliar a congruência, entendida como correspondência entre ação governamental e o conteúdo das propostas aprovadas, estabelecendo-se o grau de responsividade dos governos a cada categoria de proposta. Para tal, utilizou-se uma adaptação da medida de congruência proposta por Barrarás (2015), que expressa a taxa de responsividade de cada período governamental.

Como resultado, obteve-se o grau de congruência atingido pelos governos do Presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002); Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2014), bem como os temas e assuntos em que os três governantes foram mais responsáveis.

Ao longo dos dois turnos governamentais do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1^o de janeiro de 1995 a 31 de dezembro de 2002) foram realizadas duas edições da Conferência Nacional de Saúde: a 10^a, realizada em 1996; e a 11^a, realizada em 2000.

Nessas duas edições foram aprovadas 1.136 propostas ao longo dos processos conferencistas. Dessas, 649 foram descartadas pela pesquisa para o cálculo da responsividade do governo analisado, restando 486 propostas, que foram então pareadas com a atuação governamental. A Tabela 6 apresenta o cálculo da taxa de responsividade (Tx) do governo Fernando Henrique Cardoso para cada categoria de proposta aprovada na 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde.

TABELA 6
Taxa de responsividade do Governo Fernando Henrique Cardoso diante das propostas aprovadas na 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde, por categoria

	10ª CNS			11ª CNS		
	Propostas apresentadas pela CNS	Propostas respondidas pelo governo	Tx	Propostas apresentadas pela CNS	Propostas respondidas pelo governo	Tx
Categoria 2.1	27	7	0,259	2	0	0
Categoria 2.2	0	0	-	3	1	0,333
Categoria 2.3	71	22	0,310	41	7	0,171
Categoria 2.4	4	4	1	15	8	1
Categoria 2.5	31	13	0,419	18	5	0,278
Categoria 2.6	42	21	0,5	39	10	0,256
Categoria 2.7	33	12	0,364	25	5	0,2
Categoria 2.8	22	12	0,545	8	3	0,375
Categoria 2.9	27	7	0,259	23	0	0
Categoria 2.10	1	0	0	5	1	0
Categoria 2.11	0	0	-	0	0	-
Categoria 2.12	2	1	0,5	1	0	0
Categoria 2.13	6	3	0,5	5	1	0,2
Categoria 2.14	17	3	0,176	8	0	0
Categoria 2.15	2	2	1	0	0	-
Categoria 2.16	2	2	1	6	4	1
Total	287	109	0,380	199	45	0,226
Média	17,9	6,8	-	12,4	2,8	-
Desvio Padrão	19,4	7,0	-	12,9	3,2	-

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

O resultado do pareamento mostrou que o governo Fernando Henrique Cardoso apresentou uma taxa de responsividade de 0,302 Considerado apenas o primeiro mandato

(1995-1998), a taxa de responsividade foi de 0,380 em relação às propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde, escore que caiu para 0,226 ao longo do segundo mandato (1999-2002), quando foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Considerados seus dois mandatos, os quatro temas das propostas que obtiveram maior taxa de responsividade do Presidente Fernando Henrique Cardoso foram:

- i) Políticas de meio ambiente (Tx = 1);
- ii) Fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação (Tx = 0,750);
- iii) Problemas de saúde e agravos específicos (Tx = 0,632); e
- iv) Políticas e ações de saúde para populações específicas (Tx = 0,5)

No seu primeiro mandato as maiores taxas foram relativas aos seguintes temas tratados pelas propostas:

- i) Problemas de saúde e agravos específicos (Tx = 1);
- ii) Políticas de meio ambiente (Tx = 1);
- iii) Fiscalização, controle, monitoramento e avaliação (Tx = 1); e
- iv) Políticas e ações de saúde para populações específicas (Tx = 0,545)

Já ao longo do segundo mandato, o governo priorizou as propostas referentes aos seguintes temas:

- i) Fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação no SUS (Tx = 0,667);
- ii) Problemas de saúde e agravos específicos (Tx = 0,333);
- iii) Problemas de saúde e agravos específicos (Tx = 0,533)
- iv) Políticas e ações de saúde para populações específicas (Tx = 0,375)

Nos dois governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2010) também foram realizadas duas edições da Conferência Nacional de Saúde: a 12ª e 13ª, ocorridas respectivamente nos anos de 2003 e 2007. Nessas conferências foram aprovadas 1.848 propostas, das quais 1.228 foram desconsideradas para o cálculo de responsividade, mediante a aplicação dos critérios apresentados no capítulo referente à metodologia empregada pela pesquisa.

As 620 propostas remanescentes foram pareadas com as propostas legislativas de autoria do governo analisado; seus atos administrativos relativos à saúde e o comportamento orçamentário do período. O resultado da comparação revelou que o governo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva apresentou uma taxa de responsividade de 0,387.

Em seu primeiro turno presidencial a taxa observada foi de 0,413 em relação ao total de propostas apresentadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Nota-se que essa taxa caiu para 0,362 quando a comparação se deu entre a atuação governamental realizada a partir do segundo mandato (2007-2010) e as propostas aprovadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde.

A Tabela 7 apresenta o cálculo da taxa de responsividade (Tx) do governo Lula para cada categoria de proposta aprovada na 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde.

TABELA 7
Taxa de responsividade do Governo Lula diante das propostas aprovadas na 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde, por categoria

	12ª CNS			13ª CNS		
	Propostas apresentadas pela CNS	Propostas respondidas pelo governo	Tx	Propostas apresentadas pela CNS	Propostas respondidas pelo governo	Tx
Categoria 2.1	17	12	0,706	11	7	0,636
Categoria 2.2	7	5	0,714	6	4	0,667
Categoria 2.3	38	10	0,263	43	15	0,349
Categoria 2.4	11	8	0,727	48	22	0,458
Categoria 2.5	45	17	0,378	40	14	0,350
Categoria 2.6	24	11	0,458	55	22	0,4
Categoria 2.7	40	14	0,350	32	8	0,250
Categoria 2.8	25	14	0,560	28	11	0,393
Categoria 2.9	30	7	0,233	28	5	0,179
Categoria 2.10	2	1	0,5	2	2	1
Categoria 2.11	7	3	0,429	0	0	-
Categoria 2.12	2	2	1	1	0	0
Categoria 2.13	18	8	0,444	12	7	0,583
Categoria 2.14	5	0	0	22	3	0,136
Categoria 2.15	2	2	1	1	1	1
Categoria 2.16	10	3	0,3	8	1	0,125
Total	283	117	0,413	337	122	0,362
Média	17,7	7,3	-	21,1	7,6	-
Desvio Padrão	14,0	5,1	-	17,9	7,1	-

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Considerados seus dois mandatos, os quatro temas que obtiveram maior taxa de responsividade do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva foram:

- i) Políticas de meio ambiente (Tx = 1);
- ii) Responsabilidades no SUS das três esferas de governo (Tx = 0,750);
- iii) Ciência e Tecnologia no SUS (Tx = 0,692); e
- iv) Atenção integral à saúde (Tx = 0,679)

Analisados seus dois mandatos separadamente, percebe-se que ambos praticamente reproduziram as mesmas prioridades. Ao longo seu primeiro mandato as maiores taxas foram relativas aos seguintes temas tratados pelas propostas:

- i) Políticas de Saneamento (Tx = 1);
- ii) Políticas de meio ambiente (Tx = 1);
- iii) Problemas de saúde e agravos específicos (Tx = 0,727); e
- iv) Ciência e Tecnologia no SUS (Tx = 0,714)

Já ao longo do segundo mandato, o governo priorizou as propostas referentes aos seguintes temas:

- i) Responsabilidades no SUS das três esferas de governo (Tx = 1);
- ii) Políticas de meio ambiente (Tx = 1);
- iii) Ciência e Tecnologia no SUS (Tx = 0,667)
- iv) Atenção integral à saúde (Tx = 0,636)

O resultado da terceira série de testes de congruências realizados revelou que a taxa de responsividade alcançada pelo governo da Presidente Dilma Rousseff, diante das propostas apresentadas pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, atingiu a marca de 0,358.

Ao total foram aprovadas 343 propostas na 14ª Conferência Nacional de Saúde, das quais 195 propostas foram descartadas pelo estudo, para fins do cálculo da taxa de responsividade.

As 148 propostas renascentes foram pareadas, e os resultados da análise estão dispostos na Tabela 8, que apresenta o cálculo da taxa de responsividade (Tx) do governo da Presidente Dilma Vana Rousseff diante das propostas apresentadas, segregadas em uma das 16 categorias identificadas pela pesquisa.

O número significativamente menor de propostas pareadas com as ações do governo da Presidente Dilma Vana Rousseff deveu-se ao fato de estarem em análise apenas aquelas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, enquanto as ações dos

dois governos anteriores foram cotejadas com as propostas de duas Conferências Nacionais de Saúde, nesse caso apenas uma foi levada em consideração.

TABELA 8
Taxa de responsividade do Governo Dilma Vana Rousseff diante das propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde, por categoria

	Propostas apresentadas pela CNS	Propostas respondidas pelo governo	Tx
Categoria 2.1	3	1	0,33
Categoria 2.2	0	0	-
Categoria 2.3	12	1	0,08
Categoria 2.4	10	7	0,70
Categoria 2.5	34	12	0,35
Categoria 2.6	27	12	0,44
Categoria 2.7	14	5	0,36
Categoria 2.8	4	2	0,50
Categoria 2.9	24	7	0,29
Categoria 2.10	0	0	-
Categoria 2.11	1	1	1
Categoria 2.12	0	0	-
Categoria 2.13	6	1	0,17
Categoria 2.14	10	1	0,10
Categoria 2.15	0	0	-
Categoria 2.16	3	3	1
Total	148	53	0,358
Média	9,3	3,3	-
Desvio Padrão	10,3	4,0	-

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Percebe-se que o Governo da Presidente foi mais responsivo às propostas que traziam no seu conteúdo os seguintes temas:

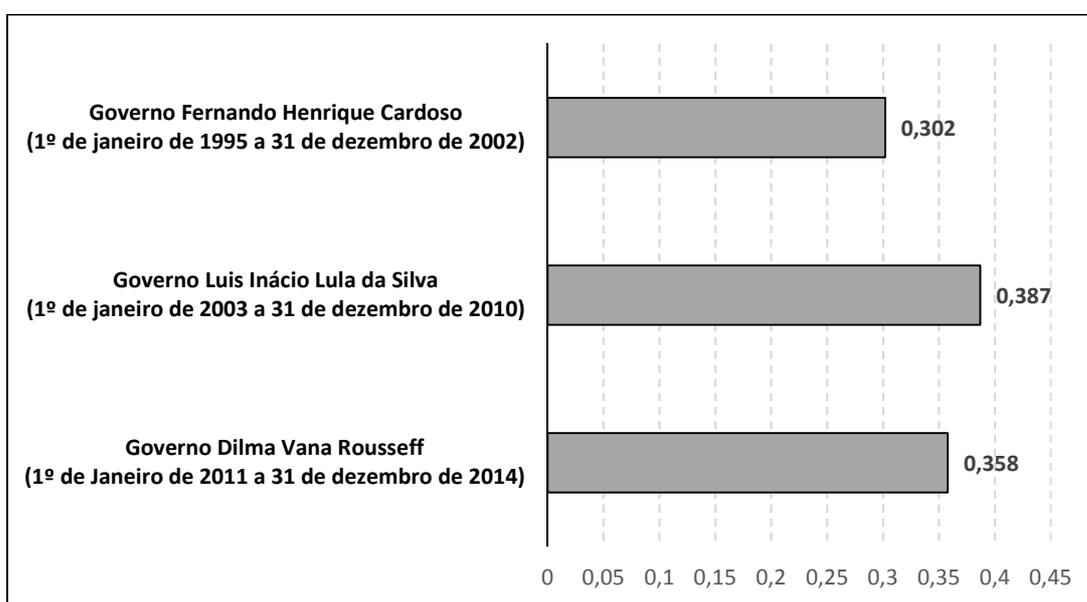
- i) Direitos humanos no âmbito do SUS (Tx = 1);
- ii) Fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação (Tx = 1);
- iii) Problemas de saúde e agravos específicos (Tx = 0,7)
- iv) Políticas e ações de saúde para populações específicas (Tx = 0,5)

A hipótese (H1) que baseou a realização dos testes de congruência anteviu que, uma vez mensurada a responsividade dos diferentes governos em relação às propostas

aprovadas ao longo das cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas, essa responsividade apresentaria taxas distintas em cada governo. Os resultados obtidos a partir dos testes de congruência, operacionalizados pelo pareamento entre propostas das Conferências Nacionais de Saúde e a atuação governamental, permitem afirmar que a proposição apresentada por H1 mostrou-se verdadeira.

A Figura 10 apresenta graficamente a evolução da taxa de responsividade dos três períodos governamentais que se sucederam ao longo a realização das cinco CNS.

FIGURA 10 – Evolução da taxa de responsividade entre os governos analisados



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

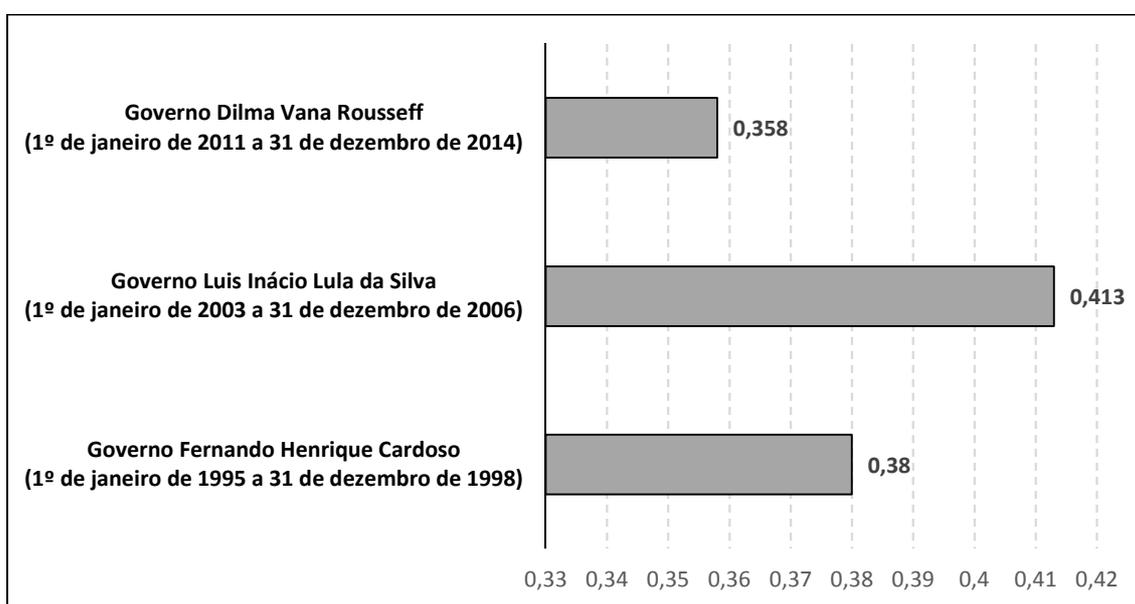
Nota-se que o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso atingiu uma taxa de responsividade abaixo da taxa média apresentada no período, que foi de 0,349. Por seu turno no Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva registrou-se a maior responsividade de todo período estudado, sendo observado um aumento de 29%, se comparada com o período anterior.

O governo da Presidente Dilma Rousseff, apesar de composto pelas mesmas forças partidárias, não sustentou as mesmas taxas de responsividade alcançadas pelo seu antecessor. Ainda assim, não se observou recrudescimento nas taxas a ponto de poder-se afirmar que a 14ª Conferência Nacional de Saúde obteve, em seu governo, taxas de res-

ponsividade semelhantes ao do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. Apesar disso, importante registrar que no governo da Presidente Dilma Rousseff a taxa de responsividade apresentada tenha sido praticamente igual a média, variando desta apenas 2,5%.

Ao comparar-se as somente as taxas de responsividade dos primeiros mandatos dos três governos analisados, constatou-se que assimetria nas taxas de responsividade se manteve, conforme pode ser observado na Figura 11.

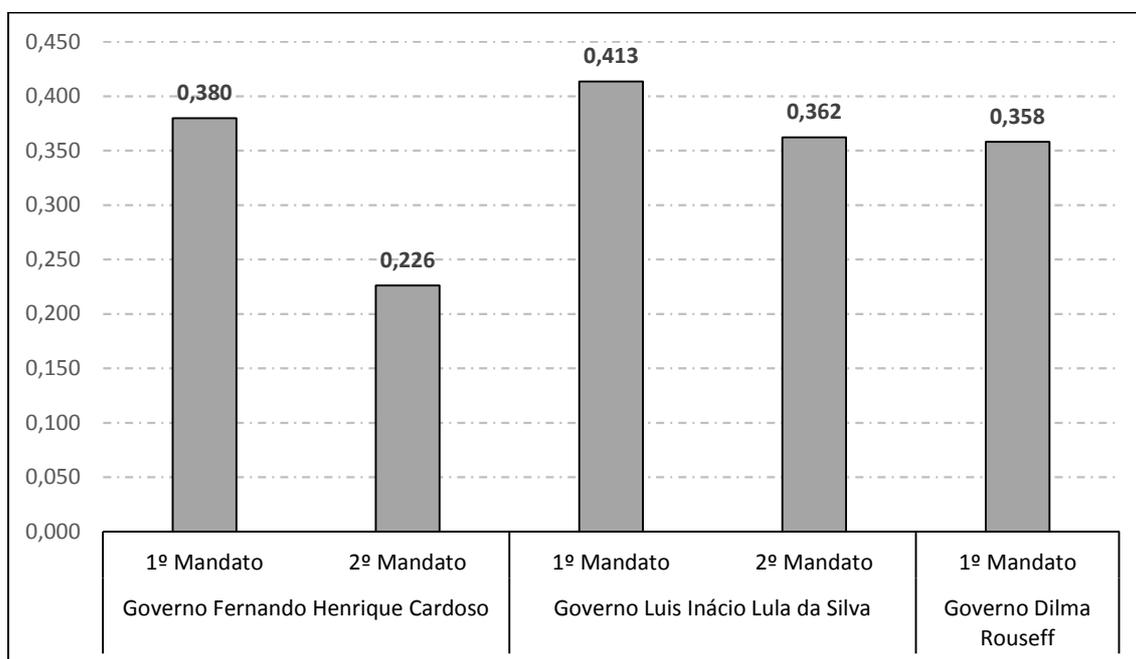
FIGURA 11 - Evolução da taxa de responsividade entre governos analisados, considerado apenas o primeiro período presidencial



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Os dados apresentados na Figura 11, quando comparado àqueles presentes na Figura 10, demonstram que os governos dos Presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva foram mais responsivos às propostas das Conferências Nacional de Saúde no primeiro turno presidencial, quando comparadas as taxas de responsividade obtidas após suas respectivas reeleições. A taxa de responsividade caiu impressionantes 40% entre o primeiro e o segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, variação que mostrou bem menor no governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. A queda observada na taxa de responsividade em seu segundo mandato foi de 12,5%, quando comparada à taxa do primeiro mandato.

FIGURA 12 – Evolução da taxa de responsividade entre governos, segregados os dois períodos presidenciais



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

Esses dados parecem reforçar, também no tocante à Conferências Nacionais de Saúde, a relação estabelecida pela literatura entre responsividade e *accountability vertical*: governos, em democracias, sentem-se compelidos a uma maior responsividade diante da competição eleitoral e da possibilidade de serem punidos pelos eleitores (DIAMON e MORLINO, 2005). Assim, parece justo estabelecer que há mais do que mera coincidência no fato de ambos governos que lograram reelegerem-se apresentaram maior taxa de responsividade em relação a essa Instituição Participativa antes do processo de reeleição. Como lembra Almeida (2014):

Tendo em vista que a sombra das eleições está sempre presente, a sociedade civil usa as IPs para tentar induzir o governo a atender as suas demandas e os governantes e seus funcionários usam as IPs para atender às demandas coletivas e individuais dos participantes (ALMEIDA, 2014, p.111).

A heterogeneidade dos três governos diante das propostas das cinco Conferências Nacional de Saúde não se limitou às taxas de responsividade em relação ao total de pro-

postas. Os dados demonstraram que os governos foram igualmente assimétricos em relação aos temas que elegeram (ou as circunstâncias permitiram) para serem mais responsáveis. O Quadro 13 apresenta a relação dos temas que obtiveram maior atenção por parte dos três governos, em ordem decrescente de taxa de responsividade.

QUADRO 13 – Ranking de priorização das propostas das Conferências Nacionais de Saúde, por governo

Prioridade			
	FHC	Luís Inácio Lula da Silva	Dilma Vana Rousseff
1º	Políticas de meio ambiente	Políticas de meio ambiente	Direitos humanos no âmbito do SUS/Fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação no SUS*
2º	Fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação no SUS	Responsabilidades no SUS das três esferas de governo	Problemas de saúde e agravos específicos
3º	Problemas de saúde e agravos específicos	Ciência e Tecnologia no SUS	Políticas e ações de saúde para populações específicas
4º	Políticas e ações de saúde para populações específicas	Atenção integral à saúde	Planejamento, gestão, e organização do SUS
5º	Planejamento, gestão, e organização do SUS	Políticas de Saneamento	Informação, educação e comunicação no SUS
6º	Financiamento, orçamento e custeio do SUS	Problemas de saúde e agravos específicos	Financiamento, orçamento e custeio do SUS
7º	Políticas de medicamentos e insumos	Políticas de medicamentos e insumos	Atenção integral à saúde
8º	Ciência e Tecnologia no SUS/Políticas de Saneamento*	Políticas e ações de saúde para populações específicas	Recursos humanos e gestão de pessoas no SUS
9º	Informação, educação e comunicação no SUS	Direitos humanos no âmbito do SUS	Políticas de medicamentos e insumos
10º	Controle e participação social no SUS	Planejamento, gestão, e organização do SUS	Produção legislativa no âmbito do SUS
11º	Atenção integral à saúde	Financiamento, orçamento e custeio do SUS	Controle e participação social no SUS
12º	Responsabilidades no SUS das três esferas de governo	Controle e participação social no SUS	-
13º	Recursos humanos e gestão de pessoas no SUS	Informação, educação e comunicação no SUS	-
14º	Produção legislativa no âmbito do SUS	Fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação no SUS	-
15º	-	Recursos humanos e gestão de pessoas no SUS	-
16º	-	Produção legislativa no âmbito do SUS	-

Nota: (*) propostas empatadas na mesma posição de prioridade

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

A partir dos dados dispostos no Quadro 13, nota-se que as posições relativas aos 16 temas apresentam uma hierarquização completamente distinta quando comparadas às prioridades escolhidas pelos três governos estudados. Analisados os quatro temas com as maiores taxas de responsividade alcançadas nos três governos, percebe-se uma baixa afinidade entre os temas priorizados pelo Governos do Presidente Fernando Henrique Cardoso e do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Apenas um tema esteve no topo da responsividade de ambos em relação às propostas das Conferências Nacionais de Saúde.

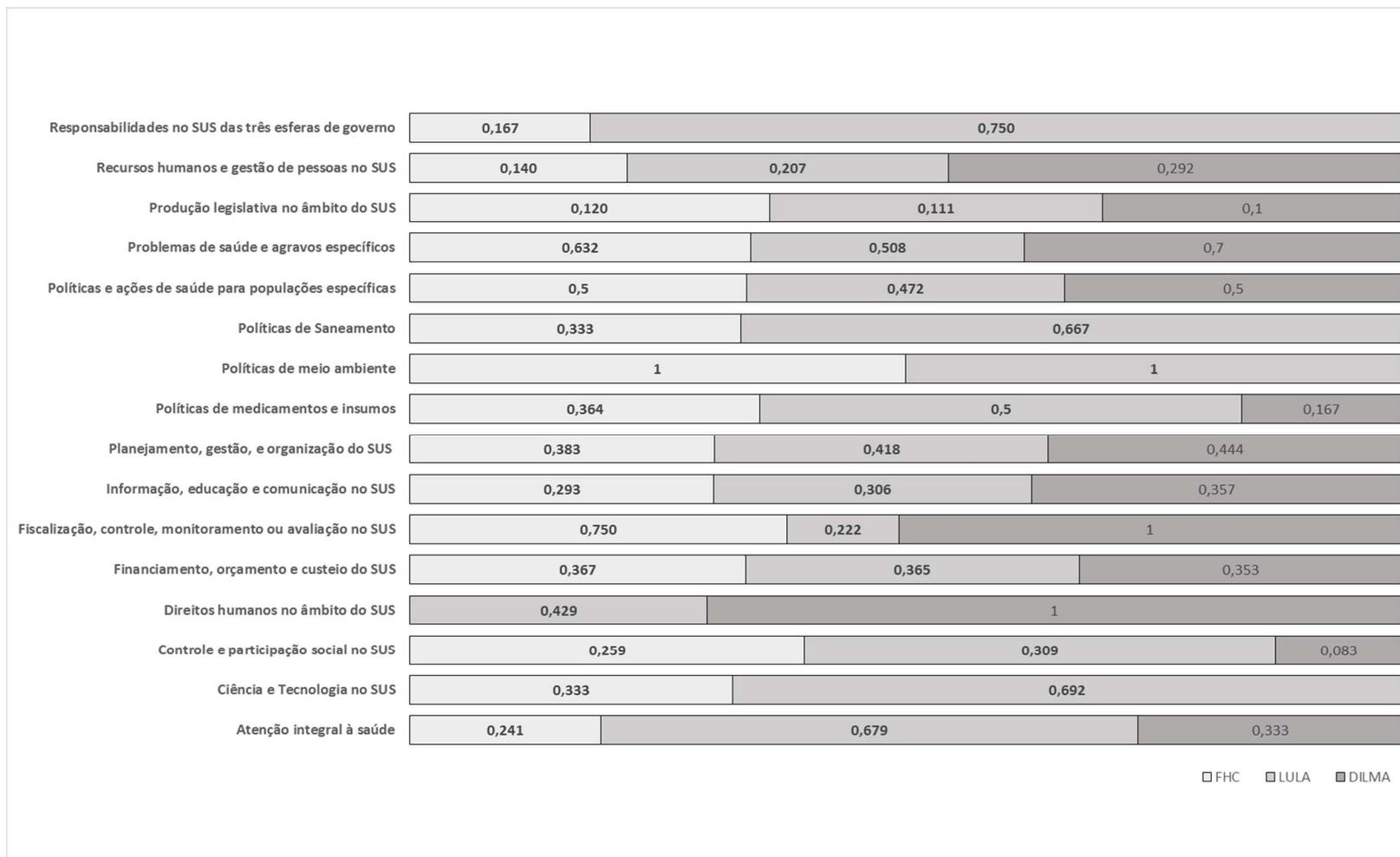
Curiosamente, sob os mesmos critérios de análise, a afinidade entre os governos do Presidente Luís Inácio Lula da Silva e da sua sucessora foram nulas. Mais curiosa ainda foi a enorme semelhança entre aqueles temas com as maiores taxas de responsividade obtidas no Governo Fernando Henrique Cardoso e àquelas do governo Dilma Rousseff: das quatro maiores taxas de ambos os governos, três referiram-se aos mesmos temas: i) fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação no SUS; ii) problemas de saúde e agravos específicos; e iii) políticas e ações de saúde para populações específicas.

A Figura 13 apresenta uma outra comparação. A partir das informações dispostas nessa figura é possível comparar, do conjunto total de propostas apresentadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde, qual governo foi mais responsivo a cada um dos 16 temas identificados pela pesquisa.

O governo Fernando Henrique foi mais responsivo, na comparação com o dois períodos governamentais que o sucederam, apenas em relação às propostas vinculadas com: i) Financiamento, orçamento e custeio do SUS; e ii) Produção legislativa no âmbito do SUS. Quando o tema da proposta vinculou-se às políticas e ações de saúde para populações específicas, empatou com a Presidente Dilma Rousseff; e quando o tema relacionou-se a políticas de meio ambiente, com seu sucessor.

Em relação ao Presidente Luis Inácio Lula da Silva, seu governo foi o mais reponsvível, na comparação com seu antecessor e sua sucessora, na maioria dos temas tratados pelas Conferências Nacionais de Saúde. Já sua sucessora sobressaiu-se quando os temas foram: i) recursos humanos e gestão de pessoas; ii) problemas de saúde e agravos específicos; iii) informação, educação e comunicação no SUS; iv) fiscalização, controle, monitoramento ou avaliação no SUS; e v) direitos humanos no âmbito do SUS.

FIGURA 13 – Comparação das taxas de responsividade por categoria de classificação e governo



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como principal objetivo identificar a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas entre os anos de 1996 e 2011, mediante a análise da responsividade do governo federal.

Para tal, elegeu como método de investigação a análise da congruência entre o conteúdo das propostas das Conferências Nacionais de Saúde e a atuação governamental. Entendeu-se essa congruência como a responsividade que os agentes políticos, democraticamente constituídos no controle do governo federal, apresentaram ante as preferências, demandas e interesses da sociedade em relação às políticas de saúde, comunicadas mediante sua participação direta, ou de seus representantes, no âmbito dos processos conferencistas.

Ao estabelecer e testar hipóteses explicativas, no curso dos exames de congruência realizados, respondeu-se ao objetivo da pesquisa. Foram analisados os conteúdos das propostas aprovadas pelas 10^a; 11^a; 12^a; 13^a e 14^a Conferências Nacionais de Saúde, que foram classificadas a partir das 16 categorias estabelecidas, cada qual relacionadas a um tema específico.

Em relação ao conteúdo das propostas, os resultados demonstraram uma homogeneidade inesperada no conjunto aprovado em cada uma das cinco Conferências Nacionais de Saúde analisadas: todas apresentaram, em média, a mesma proporção de propostas descartadas, aplicados os critérios estabelecidos pela pesquisa. O principal motivo para o descarte foi o conteúdo pouco claro ou impossível de ser respondido de boa parte das propostas analisadas, e todas as Conferências Nacionais de Saúde apresentaram-no em quantidades equivalentes.

Ao se analisar os quatro principais temas tratados em cada Conferência Nacional de Saúde, percebeu-se que as prioridades foram praticamente as mesmas em todas elas. Além disso, todas as cinco conferências apresentaram uma proporção praticamente idêntica de propostas relacionadas a questões orçamentárias, o que leva a crer que, à luz do modelo de termostato de responsividade (WLEZIEN; SOROKA, 2007), o público participante das Conferências Nacionais de Saúde foi pouco responsivo aos estímulos advindos dos diferentes governos, vez que o padrão de resposta destes governo variou muito

mais significativamente que o conjunto de demandas apresentadas em cada uma das conferências estudadas.

Ao se verificar a correspondências dos atos governamentais diante das propostas das cinco Conferências Nacionais de Saúde, percebeu-se que os governos analisados responderam de forma distinta a cada uma das conferências, não apenas em termos gerais – considerando-se o total de propostas atendidas – mas em termos relativos: cada governo apresentou padrões distintos de responsividade a cada um dos 16 temas das propostas.

Do ponto de vista da teoria relacionada às instituições participativas e às Conferências Nacionais de Políticas Públicas, os resultados decorrentes da pesquisa se mostram em linha com os estudos anteriormente publicados. A literatura a respeito do tema, embora recente, já apresenta, como um de seus consensos, o postulado de que há um padrão distinto dos governos, sobretudo na esfera federal, em relação às Instituições Participativas, e que tal mudança é percebida a partir de 2002 (SILVA, 2009; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011; CUNHA, 2012; AVRITZER, 2013; ABERS, 2014).

De fato, os resultados da pesquisa indicam que a taxa média de responsividade antes do ano de 2002 era de 0,302, número que salta 25%, passando assim para a taxa média de responsividade de 0,377 depois daquele ano.

Entretanto, os dados da pesquisa indicam cautela no estabelecimento dessa afirmação como princípio absoluto. Considerando-se a responsividade obtida por essas instituições participativas como sinônimo de efetividade, as Conferências Nacionais de Saúde mais efetivas foram: 12ª (responsividade = 0,413); 10ª (responsividade = 0,380); 13ª (responsividade = 0,362); 14ª (responsividade = 0,358); e 11ª (responsividade = 0,226).

Tomadas as taxas de responsividade granjeadas pelas Conferências Nacionais de Saúde como medida de sua efetividade, pode-se concluir que tanto a 12ª (responsividade obtida de 0,413), quanto 10ª (responsividade obtida de 0,380) foram, quando comparadas com as demais, as Conferências Nacionais de Saúde mais efetivas da amostra analisada.

Dessa forma, embora seja inconteste que, de um modo geral, a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde tenha evoluído a partir de 2002, é pertinente observar-se que, quando comparadas as efetividades apenas daquelas conferências realizadas durante o primeiro mandato presidencial do governo de turno (10ª, 12ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde), o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso foi mais responsivo que o governo da Presidente Dilma Rousseff.

No campo prático, talvez o resultado produzido pela pesquisa que mais interesse aos gestores do Ministério da Saúde relaciona-se à elevada proporção de propostas, apresentadas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde, cujo conteúdo trazia demanda pouco clara ou impossível de ser atendida. Esse tipo de proposta representou 26% do total proposta apresentada na 10ª Conferência Nacional de Saúde; 35% na 11ª; 37% na 12ª; 26% na 13ª; e 21% na 14ª.

Considerando-se as mais de duas décadas de realização ininterrupta de Conferências Nacionais de Saúde desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, tal resultado apresenta uma problemática incontornável: a necessidade de se aumentar os níveis de informação e de se aperfeiçoar as capacidades de formulação e de articulação de conteúdos nessas Instituições Participativas.

Essa questão praticamente impõe aos gestores do Ministério da Saúde, entre outras providências, uma agenda de capacitação dos participantes das Conferências de Saúde, em todas as suas etapas (municipal, estadual e nacional), para aprimorar a capacidades de proposição desses participantes.

Algumas experiências recentemente realizadas no próprio âmbito do SUS podem servir de inspiração para essas ações de capacitação dos participantes das Conferências de Saúde. Em 2002 foram elaboradas as diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde, cujo objetivo foi estruturar processos de capacitação desses conselheiros para seu melhor entendimento da estrutura e funcionamento do SUS, da construção dos modelos assistenciais compatíveis com a seus princípios e diretrizes, além de um entendimento dos processos saúde/doença e dos determinantes sociais relacionados a esses processos (BRASIL, 2002).

Em 2006 foi elaborada a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 363, de 11 de agosto de 2006; e, a partir de então foram, realizadas oficinas regionais para capacitação de conselheiros de saúde, promovidas pela Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS), criada no âmbito do Conselho Nacional de Saúde mediante Resolução CNS nº 374, de 14 de junho de 2007. Essas experiências certamente constituem-se em valiosos insumos para o planejamento e implantação de uma agenda de capacitação para participantes de Conferências de Saúde.

Além disso, os resultados evidenciam que ainda há espaço para o aprimoramento institucional das Conferências Nacionais de Saúde, em termos de organização interna e articulação de seus participantes. Como lembra Petinelli (2011), a efetividade de uma Conferência Nacional de Política Pública varia de acordo, entre outros aspectos, com o padrão de organização da sociedade civil envolvida no processo deliberativo.

Em relação aos procedimentos metodológicos adotados, é importante destacar-se algumas limitações impostas pelas escolhas realizadas ao longo a presente pesquisa. Um dos maiores desafios às Ciências Sociais é o estabelecimento de relações de causalidade entre dois fenômenos, mesmo que analisado em conjunto (DEMO, 1995). Deve-se evitar a todo custo tomar como verdadeira uma relação de causalidade que, no entanto, é uma mera conexão acidental, secundária ou fortuita entre os fenômenos analisados. Ao fazê-lo, postula-se, a partir dessa falsa causalidade, como verdadeiro aquilo que é de fato uma relação espúria (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Essa relação espúria é baseada na falácia lógica é denominada *Cum Hoc, Ergo Propter Hoc* (ABBAGNANO, 1998) e surge sempre que se presume como verdadeira uma conexão causal empiricamente inexistente, pelo fato de que a sequência temporal dos dois eventos dá a falsa impressão de causa e efeito (HERRICK, 2012).

Os dados da pesquisa demonstraram que todos os governos que se submeteram às urnas em busca da reeleição apresentaram, no primeiro mandato, uma taxa de responsividade em relação à Conferências Nacionais de Saúde superior àquela apresentada no segundo mandato, o que indica uma atenção maior com o conteúdo das propostas apresentadas naquelas instituições participativas quando os governos estiveram sujeitos à *accountability* vertical.

No entanto, deve-se admitir que a premissa estabelecida pela pesquisa de que há uma relação direta de causalidade entre os resultados das Conferências Nacionais de Saúde e a respectiva atuação governamental é passível de críticas metodológicas, uma vez que essa causalidade foi estabelecida pela pesquisa no campo da probabilidade lógica, e não no campo da certeza irrefutável.

A despeito das limitações metodológicas, é possível reconhecer que a pesquisa contribui com novos dados para o conjunto de estudos que se dedicam à análise da efetividade das Instituições Participativas, particularmente das Conferências Nacionais de Políticas Públicas.

A presente pesquisa examinou a efetividade das Conferências Nacionais de Saúde a partir do efeito que elas exercem no conjunto de políticas públicas vinculado ao SUS. Como agenda futura para pesquisas que também pretendam avaliar sua efetividade, sugere-se a análise da congruência entre as propostas apresentadas nessa instituição participativa, e o conjunto de preferências e expectativas difusas na sociedade brasileira.

Além disso, novas pesquisas poderiam ir além das 16 categorias utilizadas pelo presente trabalho, aprofundando-se nas dimensões presentes nas propostas oriundas das Conferências Nacionais de Saúde. O aprofundamento da análise do conteúdo dessas propostas certamente evidenciará que em cada uma das 16 categorias utilizadas no presente trabalho certamente encerram-se outras tantas dimensões de análise.

Outra agenda que praticamente se impõe vincula-se ao desafio de se entender como opera a mecânica interna que faz com que propostas apresentadas em instituições participativas interfiram na formação da agenda governamental, a partir do reconhecimento expresso do governo que determinado problema é uma questão pública (DYE, 2006). Nem tudo aquilo que é entendido como problema pela sociedade converte-se automaticamente em elementos para orientar e definir a ação governamental e muitos problemas não são considerados suficientemente relevantes para serem tratados como questões públicas (SUBIRATS, 2006). Desse modo, entender como as propostas produzidas em processos deliberativos ocorrido no âmbito de Conferências de Políticas Públicas certamente lançará luzes sobre a mecânica pela qual a agenda governamental é estabelecida.

Aplicar os modelos teóricos que se ocupam de explicar como um governo toma decisão sobre determinada política pública num ambiente político plural e sob a influência e a pressão de grupos sociais diversos, entre eles o modelo de múltiplos fluxos e o de equilíbrio pontuado (CAPELLA, 2005; SOUZA, 2006) certamente constituem-se em um desafio inerente a futuros estudos sobre a efetividade de Instituições Participativas.

Outra agenda de investigação que se mostra interessante vincula-se ao papel desempenhado por espaços informais de negociação da agenda pública, bem como os diferentes recursos de pressão difusos na sociedade junto ao governo, e sua relação com os diferentes níveis de responsividade apresentados pelos dados obtidos pela presente pesquisa. Nesse sentido, um olhar sobre as instituições informais (LEVITSKY; HELMKE, 2006) pode constituir-se em uma perspectiva relevante para essa futura agenda de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABERS, R; SERAFIM, L.; TATAGIBA, L. Repertórios de interação estado-sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na Era Lula. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 325-357, 2014.

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ALMEIDA, D. R. Pluralização da representação política e legitimidade democrática: lições das instituições participativas no Brasil. *Opinião Pública*, Campinas, v. 20, p. 96-117, 2014.

_____. *Representação política e conferências: os desafios da inclusão da pluralidade*. Brasília: IPEA, 2012. (Texto para Discussão 1750).

ALMEIDA, D. R.; CUNHA, E. S. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011, v. 7, p. 109-124.

ANDREWS, R.; VAN DE WALLE, S. New Public management and citizens perceptions of local service efficiency, responsiveness, equity and effectiveness, *Public Management Review*, v.15, n.5, p. 762-783, 2013.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S. O Controle Social e a Democratização da Informação: Um processo em construção. *Rev. Latino-americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003.

AVRITZER, L. *Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil*. Texto para Discussão (IPEA), v. 1739, p. 01-28, 2012.

_____. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opin. Publica*, Campinas, v.14, n. 1, p. 43-64, 2008.

_____. *Participatory institutions in democratic Brazil*. Johns Hopkins: University Press, 2009.

AVRITZER, L.; SOUZA, C.H.L. Conferências Nacionais: entendendo a dinâmica da participação no nível nacional. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C.H.L. (orgs.). *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades*. Brasília: IPEA, 2013, p. 09-21.

AZEVEDO, S.; ANASTASIA, F. Governança, "accountability" e responsividade. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 22, n. 1 (85). Jan.-Mar. 2002.

BARABAS, J. *Measuring Democratic Responsiveness*. Disponível em <http://polisci.fsu.edu/research/documents/Barabas_MeasuringDR_Draft11-6-06.pdf>. Acesso em 14/11/2015.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BOBBIO, N. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1998. 2v.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. *Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10257.HTM>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 9.275, de 9 de maio de 1996. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 1996*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento_1996/Lei_9275_de_090596.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 9.598, de 30 de dezembro de 1997. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 1997*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-1997/Lei_9598_de_301297.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 9.692, de 27 de julho de 1998. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 1998*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9692.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 9.789, de 23 de fevereiro de 1999. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 1999*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-1999/Lei_9789_de_230299.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 9.969, de 11 de maio de 2000. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2000*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2000/Lei_9.969_de_110500.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 10.171, de 05 de janeiro de 2001. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2001*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2001/lei_10171_050101.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 10.407, de 10 de janeiro de 2002. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2002*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2002/Lei_10407_de_100102.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 10.640, de 14 de janeiro de 2003. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2003*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2003/lei_10640_140103.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 10.837, de 16 de janeiro de 2004. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2004*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2004/lei-1/lei_10837_160104.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 11.100, de 25 de janeiro de 2005. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2005*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2005-1/lei-1/Lei_11100_250105.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 11.306, de 16 de maio de 2006. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2006*. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2006/lei1/Lei_11306_de_160506.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 11.451, de 7 de fevereiro de 2007. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2007*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11451.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 11.647, de 24 de março de 2008. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2008*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/Lei/L11647.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 11.897, de 30 de dezembro de 2008. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2009*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11897.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 12.214, de 26 de janeiro de 2010. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2010*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Lei/L12214.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 12.381, de 9 de fevereiro de 2011. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2011*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12381.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 12.595, de 19 de janeiro de 2012. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2012*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12595.HTM>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 12.798, de 4 de abril de 2013. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2013*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12798.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 12.952, de 20 de janeiro de 2014. *Estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 2013*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12952.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 de agosto de 2015.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 23 de novembro de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Presidência da República. Manual de Redação da Presidência da República. Gilmar Ferreira Mendes e Nestor José Foster Júnior. 2 eds. rev. E atual. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012*. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2016.

_____. *Resolução nº 363, de 11 de agosto de 2006*. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2006/Reso363.doc>. Acesso em: 15 julho de 2016.

_____. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98 p.

_____. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198p.

_____. *12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p.

_____. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 246 p.

_____. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 232 p.

_____. Ministério da Justiça. *Pensando o Direito*. Volume 27: Conferências Nacionais, Participação Social e Processo Legislativo. Brasília: Ministério da Justiça, 2010.

_____. Secretaria Geral da Presidência da República. *Participação Social no Brasil: entre conquistas e desafios*. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. Ministério da Justiça. *Conferências Nacionais, Participação Social e Processo Legislativo*. Série Pensando o Direito, v. 27. Brasília: Ministério da Justiça/PNUD, 2010.

_____. Tribunal de Contas da União. *Manual de auditoria operacional*. (3ª ed.). Brasília: TCU, 2010. 71 p.

CAPELLA, A. C. N. O processo de agenda-setting na reforma da administração pública (1995-2002). 2006. 234 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2006.

CGU. Controladoria Geral da União. *Portal da Transparência*. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br>>. Acesso em: 18 de junho de 2016.

CASTRO, A. et al. Representações sociais na internet sobre cotas para negros em universidades federais. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 15, n. 106, p. 202-220, jul. 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

CORTÊS, S. M. V. Instituições participativas e acesso a serviços públicos nos municípios Brasileiros. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011, v. 7, p. 77-86.

COSTA, F. T. da; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 465-473, 2000.

COUTINHO, D. R. Entre eficiência e legitimidade: o bolsa família no desafio de consolidação do SUAS. In: GOMIDE, A. A.; PIRES, R. R. C. (Orgs.). *Em Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas*. Brasília: IPEA, 2014, p. 267-295.

CUNHA, E. S. M. Conferências de Políticas Pública e Inclusão Participativa. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Orgs.). *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades*. Brasília: IPEA, 2013, p. 141-173.

_____. *Efetividade deliberativa: estudo comparado de Conselhos Municipais de Assistência Social (1997 /2006)*. 2009. 372 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2009.

DAHL, R. *Poliarquia: Participação e Oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995. 146 p.

DI PIETRO, M. S. Z. *Direito Administrativo*. 27ª ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DIAMOND, L.; MORLINO, L. *Assessing the Quality of Democracy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2005.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DYE, T. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: Heidemann, F. e SALM, J. F. *Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. Brasília: Editora UnB, 2006.

EINSTEIN, K. L.; KOGAN, V. Pushing the City Limits: Policy Responsiveness in Municipal Government. *Urban Affairs Review*, Chicago, dez. 2014. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=2491699>>. Acesso em: 30 de janeiro de 2016.

EULAU, H.; KARPS, P. D. The Puzzle of Representation: Specifying Components of Responsiveness. *Legislative Studies Quarterly*, Stanford, v. 2, n. 3, Aug., 1977. Disponível em: <<http://faculty.washington.edu/jwilker/353/puzzle.pdf>>. Acesso em 12 de dezembro de 2015.

FARIA, C. F. et al. *Conferências Locais, Distritais e Municipais de Saúde: Mudança de Escala e formação de um Sistema Participativo, Representativo e Deliberativo de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2012. (Texto para Discussão 1727).

FARIA, C. F.; SILVA, V. P.; LINS, I. L. Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação?. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, Brasília, n. 7, p. 249-284, abr. 2012.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. esc. enferm.*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, out. 2011.

FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5ª ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, A. C. *Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 232 p.

FINKELMAN, J. *Caminhos da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p.

FONSECA, A. F. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 266 p.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1988. 159 p.

GILENS, M. Inequality and democratic responsiveness. *Public Opinion Quarterly*, Princeton, v. 69, nº 5, Special Issue, 2005. Disponível em: <http://scholar.princeton.edu/sites/default/files/mgilens/files/inequality_and_democratic_responsiveness.pdf>. Acesso em 18 de dezembro de 2015.

GONZÁLEZ, R. S. A política de promoção aos direitos humanos no Governo Lula. *Debates*, Porto Alegre, v.4, n.2, p. 107-135, jul.-dez. 2010.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jan - jun. 2004.

HOUAISS, A. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. 2016. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br/>>. Acesso em: 21/01/2015.

IBGE. *Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014*. Disponível em: <servicodados.ibge.gov.br/Download/Download.ashx?http=1&u=biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94541.pdf>. Acesso em 21/01/2016.

KÖLLN, A.; ESAIASSON, P.; TURPER, S. *External efficacy and perceived responsiveness same, same or different?* Disponível em: <<http://doc.utwente.nl/cgi/upload?eprintid=87599>>. Acesso em 13/11/2015.

KRISTINSSON, G. H. (2005) Local Democracy and the Public Services. *Icelandic Review fo Politics and Administration*, Frædigreinar, v. 1, nº.1 p. 163–190, ago. 2005.

LAUTH, H. Critérios Básicos Para a Democracia: é a responsividade parte de seu círculo íntimo? *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p.115-138, jan/abr. 2013.

LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. Representação política e organizações civis: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 43-66, fev. 2006.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 340 p.

LAX, J. R.; PHILIPS, J. H. *The Democratic Decit in State Policymaking*. Disponível em: <<http://www.columbia.edu/~jhp2121/workingpapers/DemocraticDeficit.pdf>>. Acessado em 20/12/2015.

MACHADO, M. F. A. S et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.V. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

_____. *Metodologia científica*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004. 305 p.

MICHAELIS. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: < <http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 21/01/2016

MORLINO, L.; CARLI, L. G. *How to assess a Democracy. What alternatives?* Disponível em: <<https://www.hse.ru/data/2014/03/25/1318948855/Morlino,Carli-text.pdf>>. Acessado em 20/12/2015.

MONTEIRO, J. V. Extinção da CPMF e privacidade do cidadão. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 413-423, abr. 2008.

MULLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, jan. 2014.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2007. 182 p.

PEDERIVA, J. H.; RENNÓ, L. *Responsividade Democrática no Brasil de Lula e na Argentina dos Kirchner*. Jundiaí: Paco Editorial, 2015. 332 p.

PEREIRA, I. B. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. 478 p.

PEREIRA, C.; MUELLER, B. Uma teoria da preponderância do Poder Executivo: o sistema de comissões no Legislativo brasileiro. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v.15, n. 43, p. 45-67, jun. 2000.

PETINELLI, V. Contexto político, natureza da política, organização da sociedade civil e desenho institucional: alguns condicionantes da efetividade das conferências nacionais. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C.H.L (orgs.). *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades*. Brasília: IPEA, 2013, p. 207-242.

_____. As Conferências Públicas Nacionais e a formação da agenda de Políticas públicas do governo federal (2003-2010). *Opinião pública*, Campinas, v. 17, n. 1, p. 228-250, jun. 2011.

PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, v. 51, n. 3, p. 74-98, 2000.

PITKIN, H. F. *The Concept of Representation*. Disponível em: <<http://mav-disk.mnsu.edu/parsnk/Linked%20Readings/Pol321/pitkin.pdf>>. Acesso em: 21/01/2015.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das conferências nacionais de políticas públicas no Congresso Nacional. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 259-305, set. 2011.

POWELL JR., G. B. *On Democratic Responsiveness*. Disponível em: <https://fsi.stanford.edu/sites/default/files/QoD_paper_Powell.pdf>. Acesso em: 21/01/2015.

_____. The Chain of Responsiveness. In: DIAMOND, L.; MORLINO, L. (ed.). *Assessing the Quality of Democracy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004.

RENNÓ, L. et al. *Legitimidade e qualidade da democracia no Brasil: uma visão da cidadania*. São Paulo: Intermeios, 2011.

REVISTA EM DISCUSSÃO! n. 19. Brasília: Secretaria Agência e Jornal do Senado, 2014.

RIBEIRO, U. C. et al. Experiências de monitoramento dos resultados de conferências nacionais: elementos para a discussão sobre efetividade da participação na gestão pública. *Revista do Serviço Público*, v.66, n.1, p.55-74, Brasília: ENAP, jan/mar, 2015.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: VAZ, F. T.; MUSSE, J. S.; SANTOS, R. F. (orgs.). *20 anos da Constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social*. Brasília: Anfip, 2008, p. 131-148.

_____. *Participação Social e as Conferências Nacionais de Políticas Públicas: Reflexões Sobre os Avanços e Desafios no Período de 2003 - 2006*. Rio de Janeiro: IPEA, 2008. (Texto para Discussão 1378).

SANTOS, F. Patronagem e Poder de Agenda na Política Brasileira. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F. *Metodologia de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006. 583 p.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v.10, n. 2, p. 47-74, dez. 2001.

SENADO FEDERAL. *Portal do Orçamento Federal*. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/loa?ano=2010&categoria=4.1.1&fase=execucao>>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

SHAPIRO, R. Y. Public Opinion and American Democracy. *Public Opinion Quarterly*, v. 75, n. 5, p. 982–1017, 2011.

SHENGA, C. *The Quality of Democracy: An Analysis of the Mozambican Legislature Capacity and Responsiveness*. Disponível em: <<http://www.cssr.uct.ac.za/sites/cssr.uct.ac.za/files/ALP%20conference%20paper%20Mozambique.pdf>>. Acessado em 18/12/2015.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, dez. 2006.

SOUZA, C. H. L. et al. *Ampliação da Participação na Gestão Pública um estudo sobre conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011*. Brasília: IPEA, 2013.

SOUZA, C. H. L.; PIRES, R. R. C. Conferências nacionais como interfaces socioestatais: seus usos e papéis na perspectiva de gestores federais. *Revista do Serviço Público*, v. 63, p. 499-518, 2012.

SUBIRATS, J. Definición del Problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). *Políticas públicas*. Coletânea. Vol. 1, Brasília: ENAP, 2006, p. 199-218.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, set. 2005.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 1565-1577, out. 2009.

WAMPLER, B. Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. 1ed. Brasília: IPEA, 2011, v. 7, p. 43-52.

WEBER, M. A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais. In: COHN, G. (Org.). FERNANDES, F. (Coord.) *Sociologia: Weber*. São Paulo: Ática. 2003.

WLEZIEN, C.; SOROKA, S. N. *The relationship between public opinion and policy*. Disponível em: <<http://degreesofdemocracy.net/Wlezien&Soroka%28OUP%29.pdf>>. Acesso em: 21/01/2015.

_____. *Inequality in Policy Responsiveness?* Disponível em: <<https://www.nuffield.ox.ac.uk/politics/Papers/2009/Wlezien-Soroka.March09.pdf>>. Acesso em: 21/01/2015.

APÊNDICE A – 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse apêndice são apresentados três quadros: o Quadro A.1 identifica todas as propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que apresentaram congruência com os atos do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, bem como os meios de verificação utilizados para se estabelecer essa congruência; o Quadro A.2 apresenta a lista de todas as propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que não obtiveram tal congruência; e, por fim, o Quadro A.3 apresenta as propostas desconsideradas para o teste de congruência, e os critérios utilizados para tal.

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continua)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
46.8	2.6	REALIZAÇÃO DE AUDITORIA EM CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS
21	2.5	PPA 1996/1999
21.1	2.5	PPA 1996/1999
22	2.12	LEI Nº 9.795, DE 27 DE ABRIL DE 1999
23.2	2.15	PORTARIA Nº 3905 (10/11/1998); PORTARIA Nº 168 (20/05/1997)
23.3	2.15	PORTARIA NORMATIVA Nº 84, DE 15 DE OUTUBRO DE 1996; PORTARIA NORMATIVA Nº 131, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1997
28	2.3	RESOLUÇÃO Nº 266, DE 4 DE DEZEMBRO DE 1997
29	2.7	PORTARIA Nº 4 (14/11/2000); PORTARIA Nº 3 (26/10/2000)
31.1	2.6	PORTARIA Nº 144 (12/05/1998); PORTARIA Nº 145 (15/05/1998); PORTARIA Nº 361 (06/08/1998); PORTARIA Nº 486 (19/11/1998)
33.5	2.6	PORTARIA Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
35.3	2.3	RESOLUÇÃO Nº 266, DE 4 DE DEZEMBRO DE 1997
35.5	2.5	NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS – NOB SUS 01/96
37	2.6	PORTARIA Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998
44	2.6	PORTARIA Nº 486 (17/11/1998)
46.2	2.7	PORTARIA Nº 23(24/11/2000); PORTARIA Nº 24(24/11/2000); PORTARIA Nº 25(24/11/2000); PORTARIA Nº 26(24/11/2000); PORTARIA Nº 27(24/11/2000); PORTARIA Nº 28(24/11/2000); PORTARIA Nº 29(24/11/2000); PORTARIA Nº 30(24/11/2000); PORTARIA Nº 31(24/11/2000); PORTARIA Nº 32(24/11/2000); PORTARIA Nº 33(24/11/2000); PORTARIA Nº 34(24/11/2000); PORTARIA Nº 35(24/11/2000); PORTARIA Nº 36(24/11/2000); PORTARIA Nº 37(24/11/2000); PORTARIA Nº 38(24/11/2000); PORTARIA Nº 39(24/11/2000); PORTARIA Nº 40(24/11/2000); PORTARIA Nº 41(24/11/2000); PORTARIA Nº 42(24/11/2000); PORTARIA Nº 43(24/11/2000); PORTARIA Nº 44(24/11/2000); PORTARIA Nº 45(24/11/2000); PORTARIA Nº 46(24/11/2000)
46.5	2.5	PORTARIA Nº 1.069, DE 19 DE AGOSTO DE 1999
48.2	2.3	RESOLUÇÃO Nº 266, DE 4 DE DEZEMBRO DE 1997
48.3	2.3	RESOLUÇÃO Nº 252, DE 04 DE SETEMBRO DE 1997
48.4	2.3	RESOLUÇÃO Nº 252, DE 04 DE SETEMBRO DE 1997
48.8	2.6	PORTARIA Nº 1099 (19/08/1997)
48.9	2.6	PORTARIA Nº 645 (25/03/1996); PORTARIA Nº 646 (25/03/1996); PORTARIA Nº 644 (25/03/1996); PORTARIA Nº 53 (18/04/1996); PORTARIA Nº 74 (23/05/1996); PORTARIA Nº 98 (27/06/1996); PORTARIA Nº 108 (31/07/1996); PORTARIA Nº 43 (18/01/1999); PORTARIA Nº 11 (10/01/2000) PORTARIA Nº 728 (12/07/2000)
48.10	2.6	PORTARIA Nº 1437 (14/08/1998); PORTARIA Nº 36 (28/06/1999); PORTARIA Nº 30 (20/04/2000); PORTARIA Nº 79 (02/10/2000); PORTARIA Nº 55 (06/09/2000)

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
49.1	2.6	NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS – NOB SUS 01/96
49.2	2.14	PORTARIA Nº 11 (03/07/1998)
49.6	2.6	PORTARIA Nº 48 (17/04/1996); PORTARIA Nº 53 (18/04/1996); PORTARIA Nº 74 (23/05/1996); PORTARIA Nº 98 (27/06/1996)
51.2	2.1	PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996.
67	2.14	LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998
70	2.6	LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1999
70.2	2.6	LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000
71	2.5	LEI Nº 9.656/1998
75	2.7	RESOLUÇÃO Nº277 (07/05/99)
78	2.7	RESOLUÇÃO Nº214 (28/02/1997)
84.1	2.7	PORTARIA Nº 820 (26/06/1997); PORTARIA Nº 398 (14/04/2000)
84.2	2.7	PORTARIA CONJUNTA Nº 31 (13/12/2000)
84.7	2.7	PORTARIA Nº 1099 (19/08/1997)
85	2.7	PORTARIA Nº 820 (26/06/1997); PORTARIA Nº 398 (14/04/2000); PORTARIA Nº 2390 (12/12/1996)
92	2.6	PORTARIA Nº 2094 (02/03/1998)

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
99.4	2.7	PORTARIA Nº 2888 (08/06/1998)
109	2.9	PORTARIA Nº 666 (28/05/1999)
113.1	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
113.3	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
113.4	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
114.1	2.3	RESOLUÇÃO Nº276/98; RESOLUÇÃO Nº282/99; PORTARIA Nº 150/97; RESOLUÇÃO Nº198/96; RESOLUÇÃO Nº191/96
114.2	2.3	RESOLUÇÃO Nº215/96; RESOLUÇÃO Nº205/97
114.3	2.3	RESOLUÇÃO Nº235/97
115	2.3	HTTP://WWW.FNS2.SAUDE.GOV.BR/DOCUMENTOS/NORMASDEFINANCIAMENTO/MANUAL2008.PDF
117	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
125.5	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
128	2.3	RESOLUÇÃO Nº211/97
129	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
130.1	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
148	2.16	PORTARIA Nº 392 (07/04/1997)
156	2.5	LEI Nº 9.311, DE 24 DE OUTUBRO DE 1996.

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
157	2.5	PORTARIA N° 822/97
164	2.5	HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/CD08_11.PDF
165.2	2.8	PORTARIA N° 2409 (27/03/1998)
165.3	2.8	RESOLUÇÃO N°205 (27/01/1997)
169	2.5	PORTARIA N° 2.090, DE 26 DE FEVEREIRO DE 1998
186	2.5	NOB SUS 01/96
189	2.5	LEI COMPLEMENTAR N° 101, DE 4 DE MAIO DE 2000
190	2.5	RESOLUÇÃO N° 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
191	2.5	RESOLUÇÃO N° 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
196	2.3	RESOLUÇÃO N° 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
200	2.16	PORTARIA N° 392 (07/04/1997)
226	2.6	PORTARIA N° 42 (11/02/2000); PORTARIA N° 45 (07/03/1996); PORTARIA N° 276 (06/07/1999); PORTARIA N° 401 (02/08/1999)
228	2.9	RESOLUÇÃO N°229 (04/06/97); PORTARIA N° 349 (17/07/98); PORTARIA N° 946 (30/11/99)
253	2.6	PORTARIA N° 1162 (19/10/2000)
255	2.9	PORTARIA N° 894 (29/10/1999)
257	2.7	PORTARIA N° 1895 (24/12/97); PORTARIA N° 3647 (21/09/98)

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
261	2.9	PORTARIA Nº 547 (13/10/2000)
266	2.9	PORTARIA Nº 894 (29/10/1999)
270	2.9	RESOLUÇÃO Nº214 (28/02/97)
276	2.9	RESOLUÇÃO Nº214 (28/02/97)
279	2.3	RES 276/99
285	2.1	PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996.
285.2	2.1	PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996.
288	2.7	PORTARIA Nº 11 (03/07/1998)
289	2.6	PORTARIA Nº 491 (17/05/2000)
291	2.6	PORTARIA GM/MS/Nº 2923, DE 09 DE JUNHO DE 1998; PORTARIA Nº 479, DE 15 DE ABRIL DE 1999
294	2.1	LEI Nº 9.782, DE 26 DE JANEIRO DE 1999.
294.4	2.1	PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996.
296	2.7	LEI Nº 9.294, DE 15 DE JULHO DE 1996
297.1	2.6	NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS – NOB SUS 01/96
297.2	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
297.3	2.8	PORTARIA Nº 1395 (13/12/99)

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
309	2.1	PORTARIA INTERMINISTERIAL MPAS/MS Nº 14 DE 13 DE FEVEREIRO DE 1996
314.1	2.1	PORTARIA Nº 168 SVS/MS, DE 05 DE MAIO DE 1997
317	2.8	RESOLUÇÃO Nº205 (27/01/1997)
321	2.8	PORTARIA Nº 1906 (08/01/1998)
325	2.8	PORTARIA Nº 1395 (13/12/99)
326	2.8	RESOLUÇÃO Nº198 (16/10/96)
329	2.4	PORTARIA Nº 1824/97; PORTARIA Nº 3557/98; PORTARIA Nº 23/98; PORTARIA Nº 106/00
330	2.6	RESOLUÇÃO Nº 272 DE 05 DE MARÇO DE 1998
332	2.6	RESOLUÇÃO Nº 272 DE 05 DE MARÇO DE 1998
333	2.14	VER TRAMITAÇÃO E VOTO DO LÍDER DO GOVERNO
335	2.3	RESOLUÇÃO Nº 272 DE 05 DE MARÇO DE 1998
336	2.4	RESOLUÇÃO Nº 272 DE 05 DE MARÇO DE 1998
337	2.4	PORTARIA Nº 27/99; PORTARIA Nº 1432/99; PORTARIA Nº 1444/00
340	2.6	PORTARIA Nº 1444 (29/12/2000)
342	2.3	PORTARIA Nº 1432/99

QUADRO A.1– Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Conclusão)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
343	2.8	PORTARIA N° 3554 (04/09/98)
348	2.8	PORTARIA N° 2042 (14/10/96)
350.1	2.8	LEI N° 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996
350.8	2.8	PORTARIA N° 816 (20/07/00); PORTARIA N° 840 (08/11/00)
350.9	2.4	PORTARIA N° 951 (13/05/1996)
351	2.13	PORTARIA N° 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998
353	2.13	PORTARIA N° 2889 (08/06/98); PORTARIA N° 45 (14/11/96); PORTARIA N° 507 (19/05/99)
355	2.13	RESOLUÇÃO N°280 (07/05/99)
357	2.8	RESOLUÇÃO - RDC N° 73, DE 3 DE AGOSTO DE 2000
361	2.6	PORTARIA N° 2343 (20/03/1998)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO A.2 – Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que não foram respondidas pelo Governo Federal

(continua)

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
2.1	25; 285.1; 294.2; 294.3; 295; 298; 298.1; 298.2; 298.5; 302; 305; 306; 307; 308; 311; 314.2; 314.3; 314.4; 314.5; 315
2.2	-
2.3	10.4; 12.2; 14.9; 20.2; 55.1; 55.2; 56; 58.3; 60; 61; 81; 102; 106; 110.1; 111; 112; 112.1; 112.2; 112.3; 112.4; 112.5; 112.6; 112.7; 112.8; 112.9; 112.10; 113.2; 114.4; 119; 122; 124.1; 124.2; 125.1; 125.6; 126; 127; 132.1; 132.2; 132.4; 132.5; 132.6; 133; 197; 198.1; 207; 236; 318; 352.1; 352.2
2.4	-
2.5	140; 150; 151; 159; 161; 162; 165.1; 167; 177; 182; 187; 199; 204; 212; 218; 222; 225; 310
2.6	21.6; 31.3; 40; 41; 46.1; 46.6; 46.8; 46.12; 49.5; 65; 72; 73; 96; 174; 194; 206; 251; 264; 319; 328; 331
2.7	8.6; 14.3; 14.6; 14.8; 15; 46.7; 79; 80.1; 80.2; 82; 84.3; 86; 88; 91; 97.1; 97.2; 97.3; 100; 103; 105; 193
2.8	108; 292; 312; 324; 347; 350.2; 350.3; 350.4; 350.5; 350.6
2.9	55; 227.1; 227.3; 227.5; 227.7; 227.10; 227.11; 231; 239; 240; 250; 258; 260; 265.1; 265.2; 272; 273; 274; 297.5; 341
2.10	35
2.11	-

QUADRO A.2 – Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde que não foram respondidas pelo Governo Federal

(conclusão)

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
2.12	20.3
2.13	18; 303; 360
2.14	20.1; 21.4; 66; 123; 125.3; 130.5; 139; 141; 158; 230; 234; 281; 284; 304
2.15	-
2.16	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO A.3 – Propostas da 10ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
0.0	4; 14; 20; 23; 33; 48; 49; 51; 53; 80; 84; 97; 110; 113; 114; 124; 125; 130; 132; 142; 165; 198; 227; 265; 297; 314; 350; 352
1.1	1; 2; 8; 8.1; 8.3; 8.5; 10; 10.5; 10.6; 11.1; 11.2; 11.3; 11.4; 12; 12.1; 12.3; 12.4; 13; 13.1; 13.2; 13.3; 13.4; 14.1; 14.5; 14.7; 19; 20.4; 21.2; 21.3; 21.5; 26; 27; 31; 31.4; 31.6; 31.7; 32; 34; 35.1; 35.2; 35.4; 35.6; 36; 42; 43; 45; 46.3; 46.4; 46.9; 46.10; 46.11; 48.1; 48.5; 48.6; 48.7; 49.3; 49.4; 50; 51.3; 53.1; 53.3; 57; 64; 68; 69; 70.1; 76; 80.3; 83; 84.4; 84.6; 87; 89; 90; 95; 98; 99; 99.1; 99.2; 99.3; 99.5; 101; 104; 107; 110.2; 110.3; 110.4; 110.5; 110.6; 110.7; 118; 120; 121; 125.2; 132.3; 132.7; 135; 144; 147; 149; 155; 160; 163; 165.4; 168; 170; 171; 172; 173; 175; 176; 179; 180; 181; 192; 195; 208; 213; 214; 215; 216; 217; 219; 223; 224; 227.2; 227.4; 227.6; 233; 238; 241; 244; 246; 246.1; 246.4; 247; 248; 252; 259; 262; 267; 271; 275; 277; 278; 280; 282; 285.3; 287; 290; 293; 294.5; 297.4; 298.3; 313; 316; 320; 339; 349; 350.7; 354; 356; 359
1.2	8.2; 10.1; 10.2; 10.3; 11; 30; 31.2; 31.5; 46; 47; 51.1; 54; 58; 58.1; 58.2; 58.4; 58.5; 62; 63; 84.5; 125.4; 130.2; 130.3; 130.4; 134; 136; 138; 143; 145; 154; 166; 183; 184; 185; 198.2; 203; 220; 221; 227.12; 237; 246.2; 246.3; 249; 256; 294.1; 300; 322; 323
1.3	9; 17; 33.1; 33.2; 33.3; 33.4; 38; 39; 49.7; 49.8; 49.9; 52; 73.1; 73.2; 74; 77; 93; 94; 116; 131; 142.1; 142.2; 142.3; 146; 178; 188; 201; 205; 209; 227.8; 227.9; 229; 232; 242; 243; 254; 263; 268; 269; 286; 299; 346; 358; 362
1.4	3; 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 5; 6; 7; 8.4; 11.5; 11.6; 11.7; 12.5; 12.6; 14.2; 14.4; 16; 23.1; 24; 24.1; 24.2; 24.3; 24.4; 24.5; 59; 137; 152; 153; 202; 210; 211; 245; 283; 344; 345
1.5	53.2; 235; 301; 327; 334; 338

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

APÊNDICE B – 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse apêndice são apresentados três quadros: o Quadro B.1 identifica todas as propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que apresentaram congruência com os atos do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, bem como os meios de verificação utilizados para se estabelecer essa congruência; o Quadro B.2 apresenta a lista de todas as propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que não obtiveram tal congruência; e, por fim, o Quadro B.3 apresenta as propostas desconsideradas para o teste de congruência, e os critérios utilizados para tal.

QUADRO B.1– Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continua)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
15	2.7	PORTARIA Nº 2009, DE 30 DE OUTUBRO DE 2001
18	2.6	PORTARIA Nº 5 548, DE 12 DE ABRIL DE 2001
18d	2.3	PORTARIA Nº 58 (18/01/2001); PORTARIA Nº 401, DE 29 DE MARÇO DE 2001
19	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
20a	2.3	RESOLUÇÃO Nº 291, DE 06 DE MAIO DE 1999
21b	2.3	RDC-89 (14/05/2001); RDC-116 (26/06/2001); PORTARIA Nº 345 (10/08/2001); PORTARIA Nº 346 (18/08/2001); PORTARIA Nº 344 (18/08/2001); PORTARIA Nº 610 (25/10/2001); PORTARIA Nº 6 (07/01/2002); PORTARIA Nº 187 (03/04/2002)
26a	2.3	PORTARIA Nº 879 (23/05/2002)
26c	2.3	PORTARIA Nº 315 (0/07/2001)
26e	2.3	PORTARIA Nº 1058, DE 18 DE JULHO DE 2001

QUADRO B.1– Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
32	2.6	PORTARIA Nº 335 20/02/2002)
37e	2.5	EXECUÇÃO LOA 2001 PROGRAMA 0005 - ASSISTENCIA FARMACEUTICA PROGRAMA 0023 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR
45	2.2	PORTARIA Nº 56 (09/02/2001); PORTARIA Nº 503 (28/08/2001)
46	2.6	PORTARIA Nº 1.560, DE 29 DE AGOSTO DE 2002
49	2.6	PORTARIA Nº 40 (30/04/2001)
51	2.5	EXECUÇÃO LOA 2001 AÇÃO 2522 - PRODUCAO DE FARMACOS, MEDICAMENTOS E FITOTERAPICOS
66	2.6	PORTARIA Nº 2309, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2001
81	2.6	ESTATUTO DA FUNASA
83	2.8	PORTARIA Nº 816 (03/05/2002); PORTARIA Nº 305 (03/05/2002); PORTARIA Nº 818 (07/06/2001)
91	2.8	PORTARIA Nº 702 (16/04/2002)
92c	2.10	PORTARIA Nº 544 DE 11 DE abril DE 2001
92j	2.16	PORTARIA Nº 399 (28/09/2001); PORTARIA Nº 2215 (06/12/2001)
92l	2.16	PORTARIA Nº 2209, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2002
92n	2.16	PORTARIA Nº 2209, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2002

QUADRO B.1– Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
92u	2.7	PORTARIA N° 767 (18/10/2002); PORTARIA N° 988 (18/12/2002)
94	2.6	PORTARIA N° 548, DE 12 DE ABRIL DE 2001
99	2.7	RES-17 (13/11/2002)
103d	2.4	PORTARIA N° 545 DE 20/03/2002
103o	2.5	PORTARIA N° 738 (16/04/2002)
106	2.6	PORTARIA N° 2263 (12/12/2002)
108b	2.4	PORTARIA N° 709 (09/10/2002); PORTARIA N° 382 (14/09/2001); PORTARIA N° 872 (08/11/2002); PORTARIA N° 2314 (27/12/2002)
113b	2.4	RESOLUÇÃO N° 318, DE 05 DE SETEMBRO DE 2002; PORTARIA N° 382 (14/09/2001)
113e	2.16	POC-67 (28/08/2001)
113f	2.6	PORTARIA N° 305 (03/05/2002)
114a	2.4	PORTARIA N° 267 (07/03/2001)
115	2.13	RESOLUÇÃO - RDC N° 132, DE 29 DE MAIO DE 2003 RESOLUÇÃO-RDC N° 323, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2003
145a	2.4	PRI-628 (04/04/2002)
145b	2.4	PRI-628 (04/04/2002)
147	2.4	PORTARIA N° 2313 (20/12/2002); PORTARIA N° 2314 (27/12/2002)
148	2.4	PORTARIA N° 1654, DE 13 DE SETEMBRO DE 2002

QUADRO B.1– Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Conclusão)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
149	2.8	PORTARIA Nº 818, DE 05 DE JUNHO DE 2001
213	2.5	LEI NO 10.171, DE 5 DE JANEIRO DE 2001
233	2.5	PORTARIA Nº 1533 (29/08/2002)
238	2.7	PORTARIA Nº 57, DE 12 DE MARÇO DE 2002
239	2.7	PORTARIA Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002
260	2.6	PORTARIA Nº 2292, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2003; PORTARIA Nº 408 21/10/2002

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO B.2 – Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que não foram respondidas pelo Governo Federal

(continua)

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
2.1	77e; 102j
2.2	103f; 143
2.3	1; 5; 6a; 8; 10b; 12a; 12h; 20c; 20d; 21i; 22e; 25; 25l; 26b; 26d; 26f; 26g; 27; 37b; 53; 55; 56; 95; 130; 137; 139; 174; 210; 247; 251; 257; 259; 261; 293
2.4	108c; 111a; 111b; 111c; 111d; 114c; 284
2.5	28; 34a; 34b; 34c; 34d; 36b; 36f; 36h; 44; 71; 72; 112g; 183
2.6	20b; 25c; 38; 38h; 50; 52; 57; 85; 92a; 92b; 92f; 92s; 92v; 96; 97; 102a; 102d; 102f; 102g; 103b; 103c; 103j; 103k; 103l; 103n; 109f; 133; 273; 280
2.7	9; 10; 12b; 12c; 12f; 25h; 90; 92x; 107; 123; 154f; 214; 234; 237; 240; 249; 274; 277; 289; 295
2.8	89; 109a; 109e; 110; 285
2.9	84; 109d; 154a; 154d; 159; 162; 164; 167; 169; 171; 175; 177; 179; 180; 182; 186; 187; 188; 189; 198; 204; 205; 283
2.10	92w; 101; 103h; 103i
2.11	-

QUADRO B.2 – Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde que não foram respondidas pelo Governo Federal

(conclusão)

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
2.12	76h
2.13	118; 124; 125; 286
2.14	6b; 6c; 28b; 116; 153; 154b; 190a; 253
2.15	-
2.16	67; 92m

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO B.3 – Propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
0.0	12; 20; 21; 22; 26; 34; 36; 37; 92; 102; 103; 108; 109; 111; 112; 113; 114; 145; 152; 154; 190; 206
1.1	6; 10a; 12d; 12e; 16; 18a; 21a; 21f; 21g; 22a; 22b; 22c; 24; 25f; 25g; 25j; 28c; 30; 31; 36a; 36c; 36i; 37a; 37c; 37d; 37f; 38a; 38b; 38c; 38d; 38e; 38f; 38g; 39; 40; 41; 43; 47; 48; 54; 60; 61; 62; 64; 68; 69; 70; 73; 74; 75; 76; 76g; 76i; 76l; 76p; 76r; 76v; 77; 77a; 77b; 77c; 77d; 77f; 77g; 77h; 77i; 78a; 78b; 78c; 78g; 80; 86; 87; 92e; 92g; 92h; 92i; 92o; 92q; 91r; 102b; 102c; 102e; 102h; 102i; 103a; 103e; 103g; 103m; 103p; 109c; 111e; 112b; 112c; 112f; 113a; 113i; 114b; 114d; 119; 120; 121; 126; 127; 128; 129; 131; 132; 134; 140; 141; 142; 144; 145c; 150; 151; 152a; 152b; 152c; 154c; 154e; 155; 157; 158; 160; 161; 163; 165; 170; 172; 173; 176; 178; 181; 185; 190b; 194; 197; 200; 201; 203; 207; 208; 209; 211; 212; 215; 217; 219; 220; 221; 223; 224; 225; 226; 227; 228; 230; 231; 232; 235; 236; 242; 243; 245; 248; 252; 255; 256; 258; 262; 263; 264; 267; 268; 269; 270; 271; 282; 287; 290; 291; 292; 294
1.2	18b; 18c; 21c; 21d; 21e; 28a; 28d; 34e; 35; 36g; 36j; 78; 78d; 78e; 78f; 79; 82; 88; 92d; 92k; 100; 104; 105; 108a; 109b; 112d; 112e; 136; 229; 241; 244; 246; 250; 275; 296
1.3	2; 3; 7; 11; 12g; 13; 14; 18f; 21h; 25a; 25b; 25d; 25e; 25i; 25k; 36d; 36e; 42; 58; 59; 65; 92p; 92t; 93; 112a; 113c; 113d; 113h; 117; 122; 135; 138; 156; 168; 190c; 191; 193; 195; 196; 202; 216; 218; 266; 272
1.4	4; 17; 29; 33; 76a; 76b; 76c; 76d; 76e; 76f; 76j; 76k; 76m; 76n; 76n; 76o; 76q; 76s; 76t; 76u; 78h; 166; 254; 265; 279
1.5	22d; 23; 184; 192
1.6	18e; 63; 98; 113g; 146; 199; 222; 276; 278; 281; 288

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

APÊNDICE C – 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse apêndice são apresentados três quadros: o Quadro C.1 identifica todas as propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que apresentaram congruência com os atos do governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva, bem como os meios de verificação utilizados para se estabelecer essa congruência; o Quadro C.2 apresenta a lista de todas as propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que não obtiveram tal congruência; e por fim, o Quadro C.3 apresenta as propostas desconsideradas para o teste de congruência, e os critérios utilizados para tal.

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continua)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
7	2.3	PORTARIA Nº 8, DE 25 DE MAIO DE 2007
9	2.11	PORTARIA Nº 675 DE 30 DE MARÇO DE 2006
16	2.8	PORTARIA Nº 524, DE 8 DE MARÇO DE 2007; PORTARIA Nº 646, DE 27 DE MARÇO DE 2006; PORTARIA Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004
17	2.7	PORTARIA Nº 8, DE 25 DE MAIO DE 2007; PORTARIA Nº 8 (25/05/2007); PORTARIA Nº 311 (14/05/2007)
19	2.4	PORTARIA Nº 2.197, DE 14 DE OUTUBRO DE 2004; PORTARIA Nº 429, DE 22 DE MARÇO DE 2005
26	2.8	PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006
27	2.8	PORTARIA Nº 27, DE 16 DE JUNHO DE 2004
28	2.8	PORTARIA CONJUNTA Nº 02, DE 27 DE MARÇO DE 2007; PORTARIA Nº 213, DE 27 DE MARÇO DE 2007.
29	2.8	PORTARIA 426, DE 22 DE MARÇO DE 2005
33	2.8	PORTARIA 426, DE 22 DE MARÇO DE 2005

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
35	2.3	PORTARIA Nº 10, DE 08 DE JANEIRO DE 2004
41	2.15	INSTRUÇÃO NORMATIVA 01 /SVS, DE 7 DE MARÇO DE 2005; PORTARIA Nº 22, DE 18 DE MAIO DE 2006
42.3	2.15	RESOLUÇÃO-RDC Nº 73, DE 31 DE OUTUBRO DE 2007
45	2.1	PORTARIA Nº 22, DE 18 DE MAIO DE 2006
47	2.1	PORTARIA Nº 2 (29/09/2006)
51	2.5	SNIS
52.1	2.12	PORTARIA Nº 1.381, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2007
53	2.12	PORTARIA Nº 827, DE 10 DE AGOSTO DE 2007
61	2.1	DECRETO PRESIDENCIAL Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007
67	2.8	PORTARIA Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004
10	2.10	PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006; RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004
19	2.6	PORTARIA Nº 278, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2005
23	2.6	PORTARIA Nº 598, DE 23 DE MARÇO DE 2006
33	2.5	LEI Nº 11.318, DE 5 DE JULHO DE 2006.
34	2.5	PORTARIA Nº 1.097 DE 22 DE MAIO DE 2006.
36	2.6	LEI Nº 11.107, DE 6 DE ABRIL DE 2005.
37	2.6	PORTARIA Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
38.2	2.6	PORTARIA Nº 1.471, DE 10 DE JULHO DE 2006;
38.4	2.16	PORTARIA Nº 1.098, DE 03 DE JUNHO DE 2004
4	2.1	PORTARIA Nº 853, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2006.
7	2.11	PORTARIA Nº 13, DE 16 DE JANEIRO DE 2004
8.2	2.9	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.507, DE 22 DE JUNHO DE 2007; PORTARIA Nº 1.121 DE 23 DE MAIO DE 2006.
11	2.6	PORTARIA Nº 2.691, DE 19 DE OUTUBRO DE 2007
12	2.6	PORTARIA Nº 2.691, DE 19 DE OUTUBRO DE 2007
14	2.6	PORTARIA Nº 3.177 - DE 18 DE DEZEMBRO DE 2006
16	2.6	PORTARIA Nº 1.061, DE 04 DE JULHO DE 2005
16.2	2.8	PORTARIA Nº 719, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007
18	2.1	PORTARIA Nº 816, DE 31 DE MAIO DE 2005
19.5	2.13	PORTARIA Nº 427, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2007; PORTARIA Nº 1.555, DE 27 DE JUNHO DE 2007
21	2.9	PORTARIA Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004
24	2.13	PORTARIA Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006
25	2.13	PORTARIA Nº 1.254, DE 29 DE JULHO DE 2005
26	2.13	PORTARIA Nº 280 (27/02/2004)
27	2.13	PORTARIA MS 204 - 29 DE JANEIRO DE 2007

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
28	2.5	SIAFI
29	2.13	DECRETO Nº 5.090, DE 20 DE MAIO DE 2004
35	2.8	PORTARIA Nº 491, DE 9 DE MARÇO DE 2006
37	2.1	PORTARIA CONJUNTA Nº 5, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2007; PORTARIA Nº 3190 (14/12/2007)
41	2.1	PORTARIA Nº 397, DE 9 DE OUTUBRO DE 2007
45.2	2.1	PORTARIA 597/GM EM 8 DE ABRIL DE 2004
46	2.6	PORTARIA Nº 1.752, DE 23 DE SETEMBRO DE 2005
55.4	2.8	RESOLUÇÃO-RDC Nº 171, DE 4 DE SETEMBRO DE 2006; PORTARIA Nº 2.193, DE 14 DE SETEMBRO DE 2006
56	2.1	LEI Nº 11.530 DE 24 DE OUTUBRO DE 2007 E LEI Nº 10.933, DE 11 DE AGOSTO DE 2004 (PPA)
57	2.1	PORTARIA Nº 629, DE 25 DE AGOSTO DE 2006
62	2.8	PORTARIA Nº 1678 (13/08/2004); PORTARIA Nº 10, DE 08 DE JANEIRO DE 2004
63	2.8	PORTARIA Nº 1.391, DE 16 DE AGOSTO DE 2005
65	2.6	PORTARIA Nº 394 (24/04/2006)
70	2.8	PORTARIA Nº 2.246, DE 18 DE OUTUBRO DE 2004
77.4	2.1	PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006
78	2.8	PORTARIA Nº 429, DE 22 DE MARÇO DE 2005; PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 17 DE MAIO DE 2006
80	2.4	PORTARIA Nº 429, DE 22 DE MARÇO DE 2005

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
82.1	2.4	PORTARIA Nº 2990, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2007; PORTARIA Nº 2.708, DE 23 DE OUTUBRO DE 2007; PORTARIA Nº 2.440 DE 2 DE OUTUBRO DE 2007; PORTARIA Nº 2.064, DE 24 DE AGOSTO DE 2007; PORTARIA Nº 1.881, DE 7 DE AGOSTO DE 2007
82.2	2.1	DECRETO PRESIDENCIAL Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007
82.5	2.9	PORTARIA Nº 750, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006.
82.8	2.7	PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006; PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.010, DE 08 DE MAIO DE 2006
87	2.4	RESOLUÇÃO CNS Nº 355, DE 15 DE SETEMBRO DE 2005
90	2.4	PORTARIA Nº 63 (01/02/2007)
91	2.4	PORTARIA Nº 2987 DE 22 DE NOVEMBRO DE 2007
92	2.4	PORTARIA Nº 32, DE 16 DE JUNHO DE 2004
93	2.4	PORTARIA Nº 503, DE 18 DE SETEMBRO DE 2007
100	2.16	PORTARIA Nº 2.942, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2006
1.6	2.7	PORTARIA Nº 1.590 DE 3 DE JULHO DE 2007
14	2.7	RESOLUÇÃO Nº 349, DE 5 DE MAIO DE 2005
19	2.3	DECRETO Nº 5.839, DE 11 DE JULHO DE 2006.
21	2.3	DECRETO Nº 5.839, DE 11 DE JULHO DE 2006.
45.1	2.3	PORTARIA Nº 748 (13/05/2005)
45.2	2.3	PORTARIA Nº 318 (04/03/2004)

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
45.3	2.3	PORTARIA Nº 592, DE 20 DE ABRIL DE 2005
45.6	2.3	PORTARIA Nº 963, DE 23 DE JUNHO DE 2005
4	2.9	PORTARIA Nº 1.963, DE 14 DE AGOSTO DE 2007
60	2.9	PRI MS / MEC 444 - 15 DE MAIO DE 2009; PORTARIA. MS 865 - 15 DE SETEMBRO DE 2009
61	2.9	PORTARIA Nº 288, DE 19 DE MAIO DE 2008
62	2.9	LEI Nº 11.889, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008.
63	2.7	PORTARIA Nº 66 (10/04/2007)
4	2.7	PORTARIA Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004

13	2.5	<p>LOA 2012</p> <p>AÇÕES ORÇAMENTÁRIAS:</p> <p>0802 - APOIO A ESTUDOS E PESQUISAS NO ÂMBITO DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS</p> <p>0806 - APOIO A ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, COM ENFOQUE NA RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL</p> <p>0820 - APOIO A ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS</p> <p>0830 - APOIO A PESQUISAS NA ÁREA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA</p> <p>0839 - APOIO A ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE A SAÚDE DE GRUPOS POPULACIONAIS ESTRATÉGICOS E EM SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AGRAVO</p> <p>11PH - REFORMA E AMPLIAÇÃO DO INSTITUTO DE PESQUISAS CLÍNICAS EVANDRO CHAGAS</p> <p>11PJ - ESTRUTURAÇÃO DE LABORATÓRIOS DE PESQUISAS BIOMÉDICAS</p> <p>12BH - CONSTRUÇÃO DO LABORATÓRIO OFICIAL PARA ANÁLISES E PESQUISAS DE PRODUTOS DERIVADOS DE TABACO</p> <p>1D98 - ESTRUTURAÇÃO DE LABORATÓRIOS DE PESQUISAS BIOMÉDICAS DEPENDENTES (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)</p> <p>2C24 - PESQUISAS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)</p> <p>3855 - ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE HANSENÍASE E OUTRAS DERMATOSES</p> <p>3888 - ESTUDOS E PESQUISAS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS</p> <p>3890 - ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL</p> <p>3892 - ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE SAÚDE MENTAL</p> <p>3893 - ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR</p> <p>3895 - ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES</p> <p>3898 - ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLE DE CÂNCER</p> <p>3937 - PROMOÇÃO DE EVENTOS TÉCNICOS SOBRE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE</p> <p>4359 - PESQUISAS E INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS NO CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES</p> <p>4360 - PESQUISAS BIOMÉDICAS NO CENTRO NACIONAL DE PRIMATA</p>
----	-----	--

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
20	2.2	PORTARIA Nº 21, DE 4 DE JUNHO DE 2007; PORTARIA Nº 385, DE 18 DE OUTUBRO DE 2007; PORTARIA Nº 388 (05/10/2005)
22	2.7	PORTARIA Nº 864 (11/05/2004)
27	2.16	LEI Nº 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005.
40	2.7	PORTARIA Nº 385, DE 18 DE OUTUBRO DE 2007
42	2.11	PORTARIA Nº 2.524, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006
46	2.7	PORTARIA Nº 10, DE 08 DE JANEIRO DE 2004; PORTARIA Nº 646, DE 27 DE MARÇO DE 2006
50	2.3	PORTARIA Nº 994 (25/05/2004)
51	2.3	RESOLUÇÃO NO 386, DE 14 DE JUNHO DE 2007 (CNS)
54	2.2	PORTARIA Nº 152, DE 19 DE JANEIRO DE 2006
60	2.2	PORTARIA Nº 1.600, DE 17 DE JULHO DE 2006
63	2.13	LEI NO 10.972, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004.
66	2.13	RDC ANVISA 1170 - 19 DE ABRIL DE 2006
69	2.2	PORTARIA Nº 16 (20/12/2007)
70	2.2	LEI Nº 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005.
16	2.5	PORTARIA Nº 2.246 DE 6 DE SETEMBRO DE 2007
47	2.5	PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007
49	2.5	PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
52	2.5	PORTARIA Nº 650, DE 28 DE MARÇO DE 2006
53	2.5	PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006
61	2.5	PORTARIA INTERMINISTERIA Nº 15, DE 24 DE ABRIL DE 2004
67	2.5	PORTARIA Nº 2.257, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2005
68	2.5	LOA 2004, 2005, 2006 E 2007
69	2.5	PORTARIA Nº 1.824, DE 02 DE SETEMBRO DE 2004
72	2.5	PORTARIA Nº 1.088, DE 04 DE JULHO DE 2005
81	2.5	SUMULA NORMATIVA Nº 9, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2005
4	2.5	6842 - ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE NO SUS 6179 - DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE 6881 - MODERNIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA FUNASA 0848 - APOIO À CONSTITUIÇÃO DE PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 6179 - DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE 6908 - FOMENTO À EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA PARA O SANEAMENTO AMBIENTAL 8541 - FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO E LATO SENSU EM SAÚDE 6143 - PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS 6200 - PROMOÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
11	2.7	PORTARIA Nº 2118 (03/11/2005)
22	2.7	PORTARIA Nº 354, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006

QUADRO C.1– Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Conclusão)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
29	2.7	PORTARIA N° 593, DE 23 DE MARÇO DE 2006; PORTARIA CONJUNTA N° 49, DE 4 DE JULHO DE 2006
46	2.7	PORTARIA N° 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006
62	2.7	PORTARIA N° 2.443, DE 2 DE OUTUBRO DE 2007; PORTARIA N° 2.450, DE 2 DE OUTUBRO DE 2007; PORTARIA N° 2.449, DE 2 DE OUTUBRO DE 2007; PORTARIA N° 2.446, DE 2 DE OUTUBRO DE 2007; PORTARIA N° 1.344, DE 21 DE JUNHO DE 2006 PORTARIA N° 1.345, DE 21 DE JUNHO DE 2006

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO C.2 – Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde que não foram respondidas pelo Governo Federal

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
2.1	42; 45.1; 60; 67; 69
2.2	73; 62
2.3	39; 14; 25; 62; 7; 4; 15; 17; 18.2; 22; 25; 26; 29; 44; 45.4; 45.5; 45.7; 45.8; 45.9; 47; 49; 50; 52; 15; 2; 38.2; 38.3; 81
2.4	55.8; 85; 98
2.5	19.2; 11; 12; 9; 82.10; 34; 4; 9; 10; 14; 18; 19; 20; 22; 23; 25; 26; 27; 36; 40; 41; 42; 59; 60; 62; 65; 73; 74
2.6	28; 12; 21.3; 35; 38.3; 6; 42; 49; 52; 54; 64; 102; 84
2.7	34; 46.3; 5; 37.2; 105; 51; 45.11; 79; 91; 36; 16; 31; 38.1; 42; 47; 54; 56; 58; 59; 63; 65; 79; 82; 83; 85; 86
2.8	32; 36; 21; 16.3; 55.5; 61; 62.1; 76; 12; 31; 44
2.9	20; 40; 53; 82.9; 5; 7; 8; 10; 12; 21; 22; 23; 26; 29; 32; 38; 48; 54; 55; 56; 57; 58; 59
2.10	29
2.11	6; 21; 31; 77.5
2.12	-
2.13	19.6; 22; 23; 30; 31; 32; 33; 82.4; 82.6; 67
2.14	86; 9; 36; 5; 29
2.15	-
2.16	38.5; 38.6; 20; 23; 23.1; 23.2; 67

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO C.3 – Propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
0.0	30; 42; 43; 21; 32; 8; 10; 19; 45; 24; 45; 38; 51
1.1	1; 2; 5; 8; 14; 40; 44; 1; 3; 19; 29; 1; 2; 2.1; 2.2; 2.3; 3; 4; 5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 7; 9; 10; 11; 12; 12.1; 12.2; 12.3; 13; 14; 15; 16.1; 16.3; 16.4; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 22.6; 23.2; 23.3; 24; 26; 27; 29; 30.1; 30.3; 31; 31.1; 31.2; 31.3; 32; 33; 34; 36; 37; 39.2; 39.3; 39.4; 43.4; 46.6; 49; 49.1; 52; 63; 68; 72; 79; 80; 1; 3; 4; 8; 10.1; 10.3; 10.5; 10.6; 13; 15; 21.1; 21.2; 21.4; 21.5; 21.6; 21.7; 21.9; 22; 24; 25; 26; 27; 28; 30; 31; 32.1; 32.2; 32.3; 32.4; 32.5; 38; 38.1; 1; 2; 3; 8.3; 8.4; 8.5; 8.6; 10.1; 10.2; 10.3; 10.4; 13; 15; 16.1; 17; 19.1; 19.2; 19.3; 19.4; 34; 36; 37.1; 37.3; 38; 43; 45.3; 47; 48; 51; 55; 55.2; 55.6; 55.9; 55.10; 55.11; 55.12; 58; 59; 62.2; 66; 68; 71; 74; 75; 77.3; 81; 82; 82.3; 82.7; 82.11; 83; 84; 88; 94; 95; 96; 97; 99; 104; 1; 1.1; 1.2; 1.3; 1.5; 1.7; 1.8; 2; 3; 5; 6; 8; 10; 11; 13; 15.2; 15.3; 18.1; 18.4; 20; 24.13; 27; 34; 35; 38; 39; 40; 46; 48; 49.2; 1; 2; 3; 9; 13; 14; 15; 16; 17; 19; 20; 28; 30; 31; 34; 35; 37; 39; 42; 43; 45; 45.1; 45.2; 45.7; 45.13; 46; 47; 50; 51; 52; 53; 64; 65; 66; 68; 69; 70; 71; 75; 76; 77; 78; 81; 82; 83; 86; 87; 88; 90; 92; 93; 94; 95; 97; 98; 99; 100; 101; 102; 103; 1; 2; 3; 5; 6; 7; 9; 10; 11; 12; 14; 15; 16; 17; 19; 21; 25; 26; 28; 29; 31; 32; 35; 39; 45; 47; 48; 49; 52; 53; 55; 57; 58; 61; 65; 12; 13; 28; 30; 31; 32; 34; 38; 39; 43; 44; 45; 46; 48; 50; 51; 54; 55; 56; 57; 63; 64; 66; 70; 71; 76; 77; 79; 80; 1; 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 6; 7; 8; 9; 12; 13; 14; 15; 17; 18; 19; 20; 23; 25; 27; 28; 30; 32; 33; 36; 39; 40; 48; 49; 50; 51.1; 51.2; 51.3; 51.4; 55; 60; 61; 64; 66; 69; 70; 72; 77; 78; 80; 84; 87; 88; 89; 90; 91
1.2	11; 12; 13; 19.1; 19.3; 20; 23; 24; 2; 18; 6; 39; 75; 6; 11; 14; 16; 17; 8.1; 9; 50; 55.1; 55.3; 55.7; 77; 77.1; 101; 103; 106; 107; 18; 18.3; 32; 41; 42; 6; 11; 18; 24; 27; 40; 45.12; 80; 85; 96; 8; 18; 56; 6; 7; 8; 11; 17; 21; 24; 78; 5; 37; 71
1.3	3; 10; 13; 30.4; 49.2; 49.3; 2; 10.2; 10.4; 18; 21.8; 39; 72; 77.2; 7; 15.1; 24.14; 24.15; 28; 30; 33; 36; 37; 43; 53; 54; 72; 89; 41; 43; 44; 33; 35; 75; 24; 68; 75
1.4	4; 15; 18; 25; 30; 37; 38; 41; 43; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 15; 17; 20; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 49; 50; 51; 52; 53; 54; 4.1; 4.2; 4.3; 5; 8; 16; 16.5; 22.1; 22.3; 22.4; 22.5; 22.7; 22.8; 23; 23.1; 23.4; 28; 30.2; 30.5; 35; 35.1; 35.2; 35.3; 35.4; 35.5; 35.6; 35.7; 35.8; 35.9; 35.10; 35.11; 38; 39.1; 40; 42.1; 42.2; 42.4; 42.5; 42.6; 42.7; 42.8; 42.9; 42.10; 42.11; 43.1; 43.2; 43.3; 44; 46; 46.1; 46.2; 46.4; 46.5; 48; 49.4; 49.5; 49.6; 50; 50.1; 50.2; 50.3; 50.4; 50.5; 50.6; 52.2; 52.3; 52.4; 52.5; 54; 55; 56; 57; 58; 58.1; 58.2; 58.3; 58.4; 59; 59.1; 59.2; 59.3; 59.4; 59.5; 59.6; 60; 64; 66; 69; 70; 70.1; 70.2; 70.3; 71; 74; 76; 77; 78; 5; 89; 1.4; 16; 18.5; 24.1; 24.2; 24.3; 24.4; 24.5; 24.6; 24.7; 24.8; 24.9; 24.10; 24.11; 24.12; 24.16; 24.17; 25; 41; 73; 74; 104; 23; 24; 30; 33; 37; 38; 59; 64; 1; 2; 3; 58; 10; 34; 35; 43; 74; 76; 76.1; 76.2; 76.3; 76.4; 76.5
1.5	22; 44; 33; 68; 37; 3; 44; 67
1.6	4; 16; 16.2; 22.2; 65; 73; 79; 49; 21; 26; 41; 45; 52; 53; 57; 73

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

APÊNDICE D – 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse apêndice são apresentados três quadros: o Quadro D.1 identifica todas as propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que apresentaram congruência com os atos do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, bem como os meios de verificação utilizados para se estabelecer essa congruência; o Quadro D.2 apresenta a lista de todas as propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que não obtiveram tal congruência; e, por fim, o Quadro D.3 apresenta as propostas desconsideradas para o teste de congruência, e os critérios utilizados para tal.

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continua)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
3	2.4	PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009
10	2.13	RDC ANVISA 71 - 22 DE DEZEMBRO DE 2009
24	2.4	RESOLUÇÃO Nº 381, DE 14 DE JUNHO DE 2007
34	2.8	PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011
35	2.2	PORTARIA Nº 310, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2010; PORTARIA Nº 2.508, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011; PORTARIA Nº 1.472, DE 24 DE JUNHO DE 2011
38	2.8	PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011
51	2.7	PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009
63	2.1	PORTARIA Nº 2.914, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2011
71	2.8	PORTARIA Nº 594, DE 29 DE OUTUBRO DE 2010

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
77	2.4	PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009; PORTARIA Nº 2.708, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011
104	2.7	PORTARIA Nº 3.462, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2010
115	2.14	LEI Nº 12.212, DE 20 DE JANEIRO DE 2010
125	2.13	PORTARIA Nº 4.217 - 28 DE DEZEMBRO DE 2010
126	2.13	DC Nº 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009
158	2.1	PORTARIA Nº 2.669, DE 3 DE SETEMBRO DE 2010
162	2.2	PORTARIA Nº 164, DE 6 DE JANEIRO DE 2010; PORTARIA Nº 172, DE 6 DE JANEIRO DE 2010
172	2.1	PORTARIA Nº 719, DE 7 DE ABRIL DE 2011; CONSULTA PÚBLICA Nº 3, DE 17 DE MAIO DE 2011; PORTARIA Nº 1.266, DE 1º DE JUNHO DE 2011; PORTARIA Nº 219, DE 7 DE JUNHO DE 2011; PORTARIA Nº 1.402, DE 15 DE JUNHO DE 2011
177	2.6	PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009
178	2.6	PNS 2008/2009-2011
41	2.4	PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009
52	2.4	PORTARIA GM Nº 116, DE 22 DE JANEIRO DE 2009; PORTARIA CONJUNTA SAS/SVS Nº 01, DE 20 DE JANEIRO DE 2009 PORTARIA CONJUNTA SAS/SVS Nº 01, DE 20 DE JANEIRO DE 2009
53	2.6	PORTARIA Nº 4, DE 20 DE JANEIRO DE 2009
55	2.4	PORTARIA Nº 1.852 - 09 DE AGOSTO DE 2006; PORTARIA Nº 593/GM, DE 20 DE ABRIL DE 2005
56	2.2	PORTARIA Nº 277, DE 16 DE JUNHO DE 2011; RESOLUÇÃO Nº 400, DE 17 DE ABRIL DE 2008
62	2.1	RESOLUÇÃO-RDC Nº 24, DE 15 DE JUNHO DE 2010

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
63	2.2	PORTARIA Nº 136, DE 9 DE JULHO DE 2009
70	2.4	PORTARIA Nº 492 - 23 DE SETEMBRO DE 2010
71	2.4	PORTARIA Nº 315, DE 18 DE SETEMBRO DE 2009
78	2.8	PORTARIA MS/G, Nº 3.128, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008
86	2.13	PORTARIA Nº 184, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2011
5	2.5	PORTARIA Nº 3.252 - 22 DE DEZEMBRO DE 2009
27(b)	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 6178 - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
27 (c)	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 6181 - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
27(d)	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 6176 - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA
27(e)	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 6177 - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM
27(f)	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 529 - SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES DE ATENÇÃO AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
34	2.4	PORTARIA Nº 3.482, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2010

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
56	2.7	PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009
57	2.6	PORTARIA Nº 34, DE 23 DE JANEIRO DE 2008
63	2.16	PORTARIA Nº 720, DE 7 DE ABRIL DE 2011
65	2.6	DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.
72	2.6	PORTARIA Nº 2.318, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011
75	2.1	INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA - IN Nº 5, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011; PORTARIA Nº 2.042, DE 25 DE SETEMBRO DE 2008; RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 271, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011
90	2.6	PORTARIA Nº 134, DE 4 DE ABRIL DE 2011
93	2.14	PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011
97	2.4	CONSULTA PÚBLICA Nº 3, DE 17 DE MAIO DE 2011; PORTARIA Nº 2.871 DE 19 DE NOVEMBRO DE 2009
99	2.1	PORTARIA Nº 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009; PORTARIA Nº 2.871 DE 19 DE NOVEMBRO DE 2009; CONSULTA PÚBLICA Nº 48, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010; CONSULTA PÚBLICA Nº 3, DE 17 DE MAIO DE 2011
103	2.1	PORTARIA Nº 2.914, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2011; PORTARIA Nº 1.172, DE 11 DE JUNHO DE 2008; PORTARIA Nº 136, DE 9 DE JULHO DE 2009
105	2.9	PORTARIA Nº 3.189 - 18 DE DEZEMBRO DE 2009; PORTARIA Nº 2.970 - 25 DE NOVEMBRO DE 2009
107	2.9	PORTARIA Nº 402 - 24 DE FEVEREIRO DE 2010
110	2.6	PORTARIA Nº 402 - 24 DE FEVEREIRO DE 2010

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
117	2.7	PORTARIA CONJUNTA Nº 2 - 03 DE MARÇO DE 2010 PORTARIA CONJUNTA Nº 6 - 17 DE SETEMBRO DE 2010 PORTARIA CONJUNTA Nº 3 - 03 DE MARÇO DE 2010 PORTARIA CONJUNTA Nº 4 - 03 DE MARÇO DE 2010 PRI MS / MEC 1.077 - 12 DE NOVEMBRO DE 2009
118	2.6	PRI MS/MEC 421 - 03 DE MARÇO DE 2010 PORTARIA CONJUNTA Nº 4 - 03 DE MARÇO DE 2010
121	2.7	DECRETO Nº 7.385, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2010.
123	2.6	PRI MS / MEC 1.001 - 22 DE OUTUBRO DE 2009 PRI MS / MEC 1.077 - 12 DE NOVEMBRO DE 2009 PORTARIA CONJUNTA Nº 4 - 03 DE MARÇO DE 2010
128	2.5	PORTARIA Nº 3.252 - 22 DE DEZEMBRO DE 2009
130c	2.4	PORTARIA Nº 225, DE 22 DE JULHO DE 2011; PORTARIA-3111 (27/12/2011)
131b	2.4	PORTARIA Nº 3.318, DE 28 DE OUTUBRO DE 2010
131c	2.4	PORTARIA Nº 3.318, DE 28 DE OUTUBRO DE 2010
132	2.4	PORTARIA Nº 2.715, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011
137	2.6	PORTARIA Nº.2191, DE 3 DE AGOSTO DE 2010

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
138	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 8573 - EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 20AD - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL - SAÚDE DA FAMÍLIA 8581 - ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE 0808 - ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE 8577 - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA FIXO 0589 - INCENTIVO FINANCEIRO A MUNICÍPIOS HABILITADOS À PARTE VARIÁVEL DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA 0B28 - INCENTIVO FINANCEIRO A MUNICÍPIOS HABILITADOS À PARTE VARIÁVEL DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA - (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO) 0442 - INCENTIVO FINANCEIRO PARA A EXPANSÃO E A CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO SUPERIOR A 100 MIL HABITANTES
140	2.6	PORTARIA Nº 2.029, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 PORTARIA Nº 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011
141	2.4	PORTARIA Nº 1.032 - 05 DE MAIO DE 2010 PORTARIA Nº 2.898 - 21 DE SETEMBRO DE 2010
143	2.4	PORTARIA Nº 2.898, DE 21 DE SETEMBRO DE 2010 PORTARIA Nº 1.464, DE 24 DE JUNHO DE 2011
145	2.4	PORTARIA MS/GM Nº 389, DE 3 DE MARÇO DE 2008
154	2.9	PORTARIA Nº 1.659 - 29 DE JUNHO DE 2010
155	2.8	PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
164	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 8573 - EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AÇÃO 6838 - ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL AÇÃO 8730 - ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL AÇÃO 8934 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL
166	2.8	PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009
169	2.8	RESOLUÇÃO Nº 415, DE 16 DE ABRIL DE 2009
172	2.4	PORTARIA Nº 334, DE 14 DE JULHO DE 2011 PORTARIA Nº 226, DE 20 MAIO DE 2011 PORTARIA Nº 19, DE 20 DE JANEIRO DE 2011 PORTARIA Nº 582, DE 27 DE OUTUBRO DE 2010 PORTARIA Nº 248, DE 19 DE MAIO DE 2010 PORTARIA Nº 81, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2010 PORTARIA Nº 62, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2010 PORTARIA Nº 474, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009 PORTARIA Nº 367, DE 28 DE OUTUBRO DE 2009 PORTARIA Nº 196, DE 12 DE JUNHO DE 2009 PORTARIA Nº 365, DE 2 DE JULHO DE 2008
173	2.8	PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009
174	2.4	RESOLUÇÃO Nº 192, DE 27 DE MAIO DE 2009
175	2.8	PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
181	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 4370 - ATENDIMENTO À POPULAÇÃO COM MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOS PORTADORES DE HIV/AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS AÇÃO 20AC - INCENTIVO FINANCEIRO A ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM HIV/AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
188	2.6	PORTARIA MS/GM Nº 2.970, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2008
189	2.6	PORTARIA MS/GM Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011
190	2.10	PORTARIA MS/GM Nº 1.020, DE 13 DE MAIO DE 2009; PORTARIA MS/GM Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011; PORTARIA MS/GM Nº 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011
195	2.13	PORTARIA Nº 886 - 20 DE ABRIL DE 2010; PORTARIA Nº 1102 - 12 DE MAIO DE 2010
202	2.13	PORTARIA Nº 2.981 - 26 DE NOVEMBRO DE 2009; PORTARIA Nº 1.044 – 6 DE MAIO DE 2010
206	2.13	RDC ANVISA 4 - 10 DE FEVEREIRO DE 2009
224	2.8	PORTARIA Nº 2.866, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2011
230	2.10	PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011
232	2.6	DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.
239	2.4	LEI Nº 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008
242	2.6	PORTARIA Nº 2.820, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2011 PORTARIA Nº 2.821, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2011 PORTARIA Nº 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
9	2.14	PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006
14	2.6	PORTARIA Nº 302 - 17 DE FEVEREIRO DE 2009
24	2.6	PORTARIA Nº 2.555, DE 28 DE OUTUBRO DE 2011
49	2.9	DECRETO Nº 6.833, DE 29 DE ABRIL DE 2009.
52	2.9	PRI MS / MEC 1.001 - 22 DE OUTUBRO DE 2009 PRI MS / MEC 1.077 - 12 DE NOVEMBRO DE 2009
53	2.6	PRI MS / MEC 1.001 - 22 DE OUTUBRO DE 2009 PRI MS / MEC 1.077 - 12 DE NOVEMBRO DE 2009 PORTARIA CONJUNTA Nº 4 - 03 DE MARÇO DE 2010
90	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 PORTARIA Nº 2.634, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2008
105	2.5	LOA 2008; 2009; 2010; 2011 AÇÃO 8543 - VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS
112	2.7	RESOLUÇÃO RDC Nº 24, DE 15 DE JUNHO DE 2010
115	2.4	RESOLUÇÃO Nº 377, DE 14 DE JUNHO DE 2007 PORTARIA Nº 1.899, DE 11 DE SETEMBRO DE 2008
123	2.4	PORTARIA Nº 175, DE 24 DE MARÇO DE 2010
135	2.6	PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
136	2.8	PORTARIA Nº 2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009
143	2.6	PORTARIA Nº 1.472, DE 24 DE JUNHO DE 2011 PORTARIA Nº 2.012, DE 23 DE AGOSTO DE 2011
148	2.6	PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011
2	2.3	RESOLUÇÃO Nº 407, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.
9	2.7	PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009
19	2.3	PORTARIA Nº 935, DE 27 DE ABRIL DE 2011
22	2.3	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.675, DE 22 DE JULHO DE 2009 RESOLUÇÃO Nº 433, DE 14 DE JANEIRO DE 2010
51	2.5	AÇÃO 8629 - APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DO SUS AÇÃO 8541 - EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, EDUCAÇÃO PERMANENTE E PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE
55	2.7	PORTARIA Nº 1.256, DE 17 DE JUNHO DE 2009
58	2.3	PORTARIA Nº 2.344, DE 6 DE OUTUBRO DE 2009 PORTARIA N.º 3.027, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2007
60	2.3	RESOLUÇÃO Nº 407, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.
62	2.3	RESOLUÇÃO Nº 407, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.
64	2.3	RESOLUÇÃO Nº 407, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.
69	2.3	PORTARIA Nº 126, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2008

QUADRO D.1– Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Conclusão)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
70	2.3	RESOLUÇÃO Nº 395, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2008
72	2.3	RESOLUÇÃO Nº 409, DE 15 DE JANEIRO DE 2009
75	2.3	RESOLUÇÃO Nº 387, DE 14 DE JUNHO DE 2007
35	2.3	RESOLUÇÃO Nº 407, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.
38	2.5	AÇÃO 6188 - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR
54	2.3	RESOLUÇÃO Nº 407, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.
67	2.3	RESOLUÇÃO Nº 433, DE 14 DE JANEIRO DE 2010
68	2.15	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.639, DE 17 DE JULHO DE 2009
90	2.3	RESOLUÇÃO Nº 407, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO D.2 – Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde que não foram respondidas pelo Governo Federal

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
2.1	8; 9; 14; 47
2.2	53; 165
2.3	78; 118; 103; 162; 4; 13; 14; 15; 20; 21; 44; 61; 66; 67; 71; 6; 7; 12; 19; 21; 32; 33; 50; 69; 71; 84; 86; 88
2.4	12; 36; 70; 20; 44; 45; 54; 87; 70; 130; 130a; 130b; 131a; 144; 161; 179; 199; 201; 5; 12; 74; 78; 116; 121; 130; 150
2.5	116; 3; 15; 17; 18; 20; 21; 27(g); 27(h); 28; 29; 30; 31; 36; 37; 38; 73; 96; 131; 159; 7; 45; 51; 79; 139; 25
2.6	144; 169; 8; 9; 10; 88; 133; 136; 148; 158; 216; 218; 221; 229; 29; 33; 34; 57; 62; 63; 67; 72; 84; 104; 113; 141; 147; 157; 158; 3; 30; 74; 75
2.7	28; 47; 76; 155; 6; 32; 33; 33; 58; 69; 153; 200; 37; 38; 39; 99; 110; 125; 133; 134; 29; 50; 77; 78
2.8	57; 58; 69; 174; 11; 34; 42; 77; 89; 150; 156; 180; 43; 77; 161; 76; 73
2.9	40; 43; 46; 107; 18; 57; 60; 85; 43; 77; 79; 83; 91; 135; 15; 17; 18; 40; 48; 127; 153; 160; 91
2.10	-
2.11	-
2.12	173
2.13	103; 108; 4; 204; 207
2.14	39; 68; 119; 181; 183; 23; 49; 80; 20; 25; 27; 88; 137; 59; 65; 68; 15; 80; 85
2.15	
2.16	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO D.3 – Propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
0.0	27
1.1	2; 13; 19; 20; 29; 30; 32; 37; 41; 49; 50; 52; 54; 56; 91; 94; 95; 96; 109; 110; 131; 136; 138; 139; 142; 152; 157; 161; 164; 166; 167; 168; 176; 180; 185; 188; 193; 5; 13; 15; 16; 17; 21; 35; 38; 48; 58; 59; 61; 64; 65; 72; 74; 75; 83; 88; 1; 6; 7; 8; 14; 16; 19; 22; 23; 24; 25; 26; 32; 35; 42; 45; 47; 48; 50; 51; 54; 59; 61; 64; 66; 67; 68; 76; 78; 85; 86; 87; 89; 95; 108; 112; 113; 114; 115; 116; 119; 122; 125; 126; 127; 149; 151; 160; 162; 163; 165; 170; 171; 176; 177; 178; 185; 191; 193; 197; 198; 203; 205; 211; 212; 213; 215; 217; 220; 223; 226; 227; 236; 237; 240; 241; 1; 6; 8; 11; 13; 21; 22; 26; 28; 31; 35; 36; 41; 50; 54; 55; 56; 58; 59; 60; 61; 71; 80; 82; 83; 86; 87; 89; 93; 96; 100; 101; 106; 122; 126; 131; 132; 144; 145; 159; 1; 5; 6; 7; 11; 12; 18; 23; 24; 25; 26; 28; 30; 31; 33; 34; 36; 41; 42; 43; 46; 49; 52; 53; 54; 56; 57; 63; 78; 1; 5; 9; 10; 11; 13; 16; 17; 23; 24; 27; 28; 29; 36; 40; 42; 43; 44; 47; 49; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 64; 66; 77; 82
1.2	11; 44; 55; 74; 79; 80; 101; 102; 140; 147; 151; 153; 170; 171; 191; 26; 27; 29; 31; 47; 79; 81; 2; 9; 10; 11; 39; 41; 46; 49; 53; 55; 62; 71; 82; 84; 92; 94; 98; 100; 102; 106; 109; 134; 146; 147; 157; 167; 183; 184; 187; 194; 208; 210; 219; 222; 225; 231; 244; 2; 3; 4; 32; 42; 68; 73; 92; 108; 109; 117; 119; 124; 138; 142; 149; 151; 156; 17; 40; 45; 22; 34; 76
1.3	64; 65; 123; 141; 163; 30; 4; 12; 13; 44; 60; 81; 101; 192; 209; 234; 235; 238; 10; 46; 66; 102; 118; 146; 154; 8; 27; 48; 73; 2; 4; 8; 14; 20; 31; 39; 41; 45; 51; 52; 53; 83; 87; 89
1.4	4; 5; 6; 7; 15; 16; 17; 18; 21; 22; 23; 25; 26; 27; 31; 33; 42; 45; 48; 59; 60; 61; 62; 66; 67; 72; 81; 82; 83; 84; 85; 86; 87; 88; 89; 90; 92; 93; 97; 99; 105; 106; 111; 112; 113; 114; 117; 120; 121; 122; 124; 127; 128; 129; 130; 132; 133; 134; 135; 137; 143; 145; 146; 148; 149; 150; 154; 156; 160; 175; 184; 186; 189; 190; 192; 1; 2; 3; 7; 12; 14; 19; 22; 24; 25; 28; 36; 37; 39; 40; 43; 46; 50; 51; 66; 67; 68; 69; 73; 76; 80; 82; 84; 40; 104; 168; 186; 196; 228; 19; 23; 30; 44; 64; 65; 69; 70; 81; 85; 91; 95; 97; 98; 114; 120; 128; 129; 140; 10; 16; 32; 37; 38; 47; 18; 26; 37; 48; 63; 81
1.5	1; 73; 98; 142; 152; 46; 72; 79
1.6	159; 179; 182; 187; 111; 120; 124; 129; 139; 152; 182; 214; 233; 243; 16; 75; 94; 107; 111; 35; 39; 74; 65; 70

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

APÊNDICE E – 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse apêndice são apresentados três quadros: o Quadro E.1 identifica todas as propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que apresentaram congruência com os atos do governo da Presidente Dilma Rousseff, bem como os meios de verificação utilizados para se estabelecer essa congruência; o Quadro E.2 apresenta a lista de todas as propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que não obtiveram tal congruência; e, por fim, o Quadro E.3 apresenta as propostas desconsideradas para o teste de congruência, e os critérios utilizados para tal.

QUADRO E.1– Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continua)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
28	2.5	RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) Programa: 1303 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIAS, VIOLÊNCIAS E OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
4	2.7	PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013
19	2.3	PORTARIA Nº 2.416, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2014
23	2.7	PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014
37	2.5	EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) Programa: 2015 - APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) 8707 - AMPLIAÇÃO E FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM DEFESA DO SUS
1	2.14	LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

QUADRO E.1– Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
4	2.5	LEI Nº 12.858, DE 9 DE SETEMBRO DE 2013.
17	2.5	EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) Programa: 2015 - APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) 2016 - FUNCIONAMENTO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
18	2.6	PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013
8	2.16	PORTARIA Nº 1.904, DE 6 DE SETEMBRO DE 2013
4	2.9	LEI Nº 12.994, DE 17 DE JUNHO DE 2014.
7	2.16	
9	2.9	LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.
12	2.9	PORTARIA Nº 266, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2012
18	2.9	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.618, DE 30 DE SETEMBRO DE 2015
23	2.9	PORTARIA Nº 734, DE 2 DE MAIO DE 2014
24	2.8	PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012
30	2.5	PORTARIA Nº 1.229, DE 6 DE JUNHO DE 2014
32	2.9	PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014

QUADRO E.1– Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
36	2.5	Programa: 1311 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) = R\$ 4.110.945,00 (EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2011, 2010, 2009, 2008) = R\$ 0,00
5	2.4	PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013
6	2.6	PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013
11	2.4	PORTARIA Nº 3.022, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2012 PORTARIA Nº 3.012, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2012 PORTARIA Nº 1.301, DE 28 DE JUNHO DE 2013 PORTARIA Nº 2.355, DE 10 DE OUTUBRO DE 2013
12	2.5	PORTARIA Nº 1.420, DE 3 DE JULHO DE 2014
13	2.6	PORTARIA Nº 1.442, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2014
25	2.1	PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013
3	2.6	PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012
14	2.9	PORTARIA Nº 734, DE 2 DE MAIO DE 2014
20	2.13	PORTARIA Nº 533, DE 28 DE MARÇO DE 2012
13	2.4	PORTARIA Nº 2, DE 18 DE JANEIRO DE 2013 PORTARIA Nº 4, DE 18 DE JANEIRO DE 2013

QUADRO E.1– Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
16	2.6	PORTARIA Nº 2.848, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014
19	2.5	EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) Programa: 0119 - SANEAMENTO BÁSICO
10	2.5	EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) Programa: 1220 - ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA Ação 8761 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA - SAMU 192
11	2.6	PORTARIA Nº 1.473, DE 18 DE JULHO DE 2013 PORTARIA Nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012
12	2.6	PORTARIA Nº 132, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2013
13	2.5	20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha 8761 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial (EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) = R\$ 3.955.451.595,12 (EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2011, 2010, 2009, 2008) = R\$ 1.789.965.423,91
20	2.6	PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013
28	2.5	Programa: 8585 - ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE (EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015) = R\$ 144,27 Bilhões
30	2.6	PORTARIA Nº 2.922, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2013

QUADRO E.1– Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Continuação)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
31	2.6	PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013
4	2.11	RESOLUÇÃO Nº 2, DE 2 DE SETEMBRO DE 2014 PORTARIA Nº 54, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2013 PORTARIA Nº 1.321, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2013; PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012
8	2.5	Programa: 6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Programa: 8215 - Atenção à Saúde das Populações Quilombolas Programa: 8743 - Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena Programa: 6175 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (EXECUÇÃO DE DESPESAS - LOA 2012, 2013, 2014, 2015)
13	2.4	Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013 PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015
14	2.4	PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014 PORTARIA Nº 528, DE 1º DE ABRIL DE 2013
15	2.4	PORTARIA Nº 2.387, DE 18 DE OUTUBRO DE 2012
16	2.8	PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013
5	2.6	PORTARIA Nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013
6	2.7	PORTARIA Nº 2.859, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014
9	2.7	PORTARIA Nº 1.253, DE 6 DE JUNHO DE 2014; PORTARIA Nº 1.533, DE 21 DE JULHO DE 2014 PORTARIA Nº 1.021, DE 21 DE JULHO DE 2015

QUADRO E.1– Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que foram respondidas pelo Governo Federal

(Conclusão)

Proposta analisada	Classificação utilizada	Meio de verificação da resposta do governo
11	2.6	PORTARIA Nº 1.904, DE 6 DE SETEMBRO DE 2013
15	2.7	PORTARIA Nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013
1	2.4	PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013
1	2.16	RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 358, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2014

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO E.2 – Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde que não foram respondidas pelo Governo Federal

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
2.1	4; 11
2.2	-
2.3	34; 2; 6; 13; 21; 22; 24; 25; 32; 33; 36
2.4	28; 07; 02
2.5	9; 10; 3; 5; 6; 15; 21; 22; 24; 26; 7; 11; 28; 2; 14; 25; 18; 7; 33; 3; 22; 12
2.6	6; 6; 4; 10; 16; 6; 11; 15; 12; 15; 29; 37; 18; 2; 4
2.7	12; 25; 20; 41; 8; 8; 13; 14; 6
2.8	19; 26
2.9	18; 1; 2; 3; 11; 13; 14; 16; 20; 22; 25; 37; 13; 16; 28; 27; 27
2.10	-
2.11	-
2.12	-
2.13	40; 20; 17; 17; 3
2.14	9; 10; 12; 2; 4; 8; 29; 7; 32
2.15	-
2.16	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.

QUADRO E.3 – Propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde desconsideradas para o cálculo da congruência

Classificação utilizada	Números das propostas analisadas
0.0	-
1.1	3; 5; 14; 15; 1; 3; 7; 11; 12; 15; 16; 17; 28; 39; 42; 11; 14; 16; 23; 25; 27; 3; 4; 5; 9; 5; 10; 12; 13; 14; 5; 6; 17; 21; 34; 1; 7; 15; 19; 22; 23; 28; 30; 1; 2; 4; 5; 26; 1; 3; 5; 1; 2; 3; 4; 14; 22; 23; 24; 25; 35; 1; 2; 5; 9; 25; 2; 12; 10; 11; 13; 3
1.2	2; 8; 18; 20; 1; 8; 1; 3; 7; 9; 10; 27; 33; 3; 8; 9; 17; 24; 29; 10; 21; 22; 6; 9; 14; 5; 9; 16; 17; 21; 26; 34; 36; 7; 10; 11; 12; 20; 4; 10; 1; 3; 5; 8
1.3	14; 34; 35; 8; 2; 18; 21; 27; 23; 6; 8; 18
1.4	1; 4; 6; 7; 8; 11; 13; 16; 17; 19; 20; 21; 22; 23; 26; 27; 29; 30; 31; 32; 33; 35; 27; 7; 13; 19; 19; 2; 7; 8; 10; 15; 17; 20; 19; 24; 7; 9
1.5	9; 10; 26; 30; 31; 38; 9; 19
1.6	24; 5; 29; 2; 15; 26; 31; 35; 38; 26; 12; 18; 24; 27; 6; 21; 23; 1; 3; 4; 2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados a pesquisa.