

Boletim Radar+SUS n. 07/2025

A participação social nas Conferências Nacionais de Saúde

Este boletim é uma iniciativa do *Radar Mais SUS*, um projeto dedicado à produção de indicadores e ao monitoramento de temas estratégicos da Agenda Mais SUS, com potencial de contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a qualificação do debate público. A Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane, criada com o objetivo de contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde no Brasil por meio de propostas concretas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Saiba mais em: www.agendamaisus.org.br.

Resumo

- As Conferências Nacionais de Saúde são instrumentos essenciais de participação social, mas enfrentam desafios históricos, como o desalinhamento em relação às prioridades dos Planos Nacionais de Saúde, especialmente quanto à inclusão e visibilidade de grupos socialmente vulneráveis;
- As diretrizes da 16 Conferência Nacional de Saúde dedicaram pouca atenção aos grupos minoritários, mencionando-os apenas quatro vezes, com destaque para pessoas com deficiência, indígenas e mulheres. Em contraste, o Plano Nacional de Saúde 2020-2023, correspondente ao mesmo período, mencionou esses grupos seis vezes mais, com maior ênfase às populações indígenas, gestantes, mulheres, pessoas com deficiência, idosos e crianças;
- A resolução aprovada na 17ª edição registrou um aumento expressivo nas menções aos grupos socialmente vulneráveis, passando de 4 para 114 referências. Esse avanço reflete uma maior atenção a mulheres, negros, pessoas LGBT e pessoas com deficiência. Já o Plano Nacional de Saúde 2024-2027 manteve, em relação ao plano anterior, o mesmo número de menções, distribuídos desta vez entre a população indígena, crianças e mulheres, tendo as crianças e a população indígena como únicas convergências entre os dois documentos.

1. Introdução

Prevista na Constituição Federal de 1988, a participação social é um pilar central do Estado Democrático de Direito. Nesse sentido, as Conferências Nacionais de Políticas Públicas (CNPP) - que tiveram início na década de 1940 e foram retomadas após o fim do regime militar - são um ponto de partida importante para a análise das políticas de participação social no Brasil. As conferências são instâncias não somente de participação social, mas também de deliberação, com objetivo de acumular e captar pautas e demandas de diversos segmentos da sociedade para elaboração de políticas públicas a partir de espaços de relação direta com a sociedade civil organizada ou não. A participação social é também um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, as conferências de saúde, enquanto canais de participação social no SUS, são importantes espaços de diálogo nos quais a sociedade civil pode expressar suas demandas, especialmente no que se refere à promoção da equidade, ao acesso universal e à qualidade dos serviços de saúde, cobrando do poder público ações concretas de melhoria.

Historicamente, a participação social em saúde, por meio das conferências, enfrentou desafios no Brasil. Em 1941, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram instituídas como um instrumento de planejamento do Estado brasileiro. No entanto, refletindo uma visão tecnocrática e verticalizada da saúde, esses espaços eram exclusivamente compostos por especialistas em saúde pública, cujo foco principal estava no controle de doenças infectocontagiosas. Durante o regime militar (1964-1985), a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ampliou o foco da saúde pública e difundiu a ideia de saúde como um conceito que abrange diferentes aspectos da

vida. No entanto, as conferências de saúde mantiveram um perfil predominantemente técnico, com limitada participação e representatividade popular (CONASS, 2009).

Após o fim do período militar, a representação popular nos espaços de deliberação conquistou um novo espaço na criação e implementação de políticas públicas de saúde. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) representou o início progressivo da construção desses espaços. No evento, a RSB foi amplamente defendida, o que levou à aprovação e instituição do SUS na Constituição Federal de 1988 e à consolidação da RSB. Posteriormente, a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 estabeleceu os conselhos, as conferências e os colegiados de gestão nos serviços de saúde como instâncias de participação social, formados por especialistas e usuários (Tranjan e Cetra, 2022).

A retomada das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Ao longo de 36 anos, quatro edições nacionais das Conferências Nacionais de Saúde Mental foram realizadas. A primeira, em 1987, foi um desdobramento da 8ª CNS e representou um marco histórico na psiquiatria brasileira por ressaltar que a política nacional de saúde mental deveria estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal. As outras ocorreram em 1993, 2001, 2010 e 2023 (Conselho Nacional de Saúde, 2023a).

Em 2023, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, com o título “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”, reuniu cerca de duas mil pessoas para discutir, aprovar e deliberar propostas para a formulação da Política Nacional de Saúde Mental e o fortalecimento dos programas e ações de saúde mental em todo o território nacional. A Etapa Nacional recebeu 26 Relatórios de Estados, 1 do Distrito Federal e 37 de Conferências Livres Nacionais^a, e produziu um total de 657 propostas (Conselho Nacional de Saúde, 2023b).

Em um contexto de retomada das Conferências, a Saúde Mental foi destaque também no evento da Juventude, que ocorreu no mesmo ano. O tema representou 41% do total de propostas para o Eixo Saúde.

^aAs conferências livres são organizadas por instituições em defesa do SUS e seus profissionais e movimentos sociais, permitindo o debate aprofundado em torno de temas específicos.

Apesar dos avanços, ainda há dificuldades para identificar as prioridades das conferências nacionais e sua correspondência no planejamento do SUS. Em geral, observa-se uma falta de conexão entre ambos, evidenciando os desafios para a incorporação das contribuições da população nas políticas públicas de saúde (Avritzer e Souza, 2013; Ricardi, Shimizu e Santos, 2017; Gomes e Orfão, 2021; Falcão, Lages e Santos, 2023)¹.

Diante desse contexto, este boletim analisa as duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (16ª e 17ª) e os Planos Nacionais de Saúde (2020-2023 e 2024-2027), com o objetivo de contribuir para o entendimento do papel desses espaços no planejamento da saúde pública no país. Busca-se apresentar as diferenças entre as conferências e as metas dos planos, além de discutir a inclusão de grupos historicamente marginalizados nos instrumentos de participação e planejamento ².

2. As Conferências Nacionais de Saúde são importantes instrumentos de participação social em saúde no Brasil

Para exercer a participação social, os Conselhos de Saúde atuam como órgãos deliberativos compostos por representantes de diversos movimentos sociais. Sua atuação envolve reivindicar, formular, fiscalizar e avaliar políticas. A cada quatro anos, as Conferências Nacionais de Saúde, convocadas pelo Ministério da Saúde (MS)

¹Conforme destaca Falcão, Lages e Santos (2023), as diretrizes da 17ª CNS foram aprovadas em tempo hábil para, pela primeira vez, incidir no PNS e no Plano Plurianual (PPA).

²Para identificação dos grupos vulneráveis mencionados em cada um dos instrumentos de participação social, foi necessário um processo de categorização desses grupos, tendo em vista as diferentes formas como são descritos nos instrumentos. Estas categorias estão descritas no apêndice metodológico localizado ao final do documento.

e coordenadas pelos Conselhos de Saúde, consolidam, no formato de propostas, as principais demandas da sociedade civil, previamente debatidas nas conferências municipais, estaduais e livres. Por fim, as propostas servem de base para a formulação de diretrizes, que são submetidas à votação no Conselho Nacional de Saúde. Os itens mais votados orientam o Poder Executivo na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS).

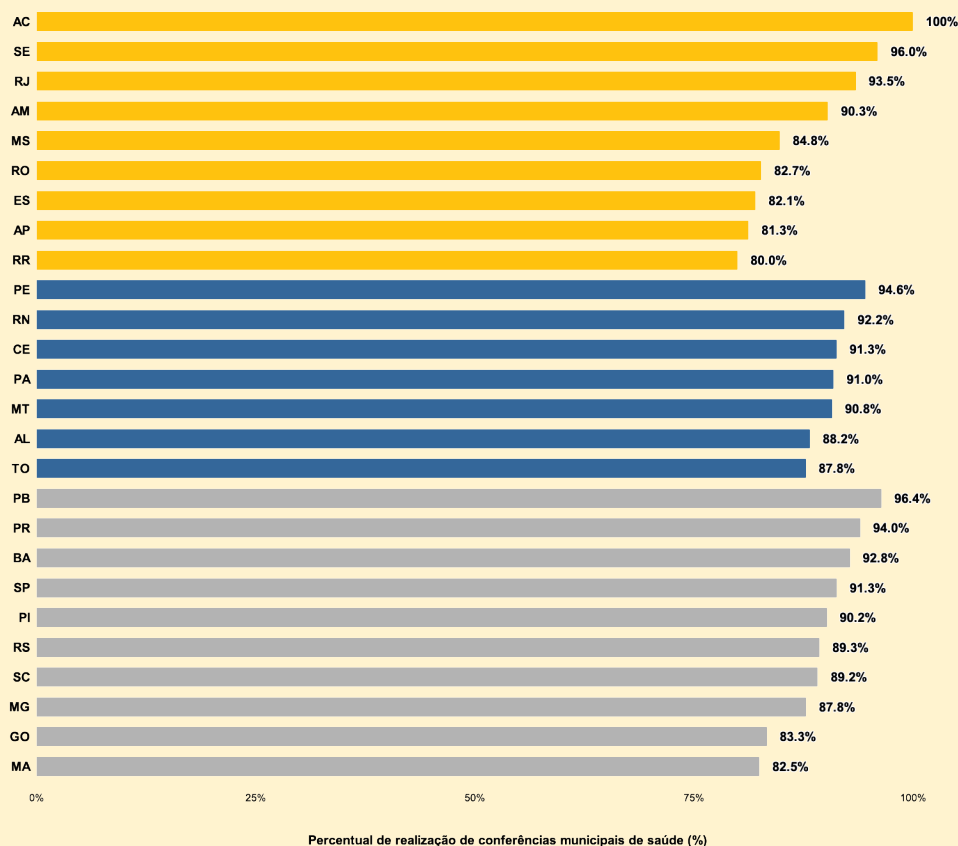
As Conferências Municipais de Saúde

As Conferências Municipais de Saúde (CMS) representam um importante instrumento de participação democrática da população no planejamento e fiscalização das políticas de saúde em nível local. Elas são divididas em dois tipos: as conferências municipais de saúde e a etapa municipal da conferência nacional. Ambas promovem a participação da sociedade civil, incluindo membros de movimentos sociais, conselheiros de saúde, profissionais e usuários do SUS. Além disso, garantem a paridade na composição dos participantes, com 50% de representantes dos trabalhadores da saúde, 25% da gestão e 25% dos usuários (CONASEMS, 2017).

A conferência municipal de saúde ocorre no primeiro ano do mandato municipal, sendo convocada pelo prefeito. Seu principal objetivo é identificar as necessidades de saúde da população local e propor ações para os Planos Municipais de Saúde e os Planos Plurianuais (PPA) do município. Já a etapa municipal da conferência nacional acontece no terceiro ano do governo municipal, sendo convocada pelo Presidente da República com um foco mais amplo. Essa etapa visa elaborar um diagnóstico geral da saúde do município, gerando propostas que são consideradas nos planos estaduais e de saúde (CONASEMS, 2017).

A participação social em saúde nos estados pode ser avaliada pelo número de conferências municipais realizadas, sejam elas parte da etapa nacional ou não. Entre os estados com menos de 100 municípios, o Acre apresentou a maior proporção de municípios que realizaram CMS entre 2016 e 2019 (100%), enquanto Roraima registrou a menor proporção desse grupo (80%). Nos estados com 101 a 200 municípios, Pernambuco lidera, com 94,6% de seus municípios tendo realizado conferências municipais, enquanto Tocantins tem o menor percentual, com 87,8%. Entre os estados com mais de 200 municípios, a Paraíba registra 96,4% de municípios que realizaram conferências, enquanto apenas 82,5% dos municípios do Maranhão realizaram conferências no mesmo período (Figura a).

a. Percentual de municípios que realizaram conferências municipais de saúde entre 2016 e 2019 por estado e grupo de número de municípios em cada estado, Brasil



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) - IBGE (2021). Elaboração própria. Nota 1: A proporção de realização de Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas foi calculada a partir da razão entre a quantidade de CMS realizadas e o número de municípios de cada estado. Nota 2: As classes e cores que representam o número de municípios em cada estado são distribuídas da seguinte forma: na cor amarela, estão os estados que possuem 200 ou mais municípios; na cor azul, estão os estados que contêm entre 101 e 199 municípios; e, na cor cinza, estão representados os estados com 100 ou menos municípios.

Avelino e Silva (2022) destacam que, na medida que a escala das conferências avança do nível estadual para o nacional, mais regras para a seleção dos próximos participantes são estabelecidas. Com isso, os participantes tornam-se cada vez mais representativos de um conjunto de pessoas. Enquanto as conferências municipais, que iniciam o processo, apresentam maior grau de informalidade, com grande abertura para falas e vocalização de experiências pessoais dos participantes, as etapas finais, em nível nacional, assumem um tom mais técnico e estruturado.

O processo de consolidação da última etapa, a nacional, ocorre em diferentes fases. De acordo com o regulamento orientador da 17ª CNS, os relatórios das 26 conferências estaduais, da distrital e das livres nacionais devem conter, no máximo, cinco propostas vinculadas a cada uma das quatro diretrizes, sendo cada proposta associada a um dos quatro eixos temáticos. Ao final, o material selecionado compõe o Relatório Nacional Consolidado. O regulamento estabelece que as diretrizes finais devem ser abrangentes e ter uma orientação essencialmente política. Em contrapartida, as propostas devem ser mais específicas, detalhando ações, prazos e responsabilidades para a implementação da diretriz correspondente.

Após a declaração das propostas, tem início a fase de deliberação na etapa nacional. Nesse momento, os Grupos de Trabalho (GT) e a Plenária Deliberativa atuam como instâncias decisórias. Os GT, compostos por delegados e convidados³, analisam, debatem e votam as diretrizes e propostas que farão parte do Relatório Nacional Consolidado. Em seguida, a Plenária Deliberativa examina e vota o conteúdo consolidado de cada GT, incluindo a apreciação das moções. Ao final do processo, o Relatório Final, contendo as diretrizes aprovadas, é formalizado.

O número de diretrizes aprovadas cresceu expressivamente entre a 16ª e a 17ª CNS, passando de 31 para 243, um aumento de seis vezes. Na 16ª CNS, foram aprovadas 31 diretrizes e 328 propostas, com maior concentração no Eixo I (Saúde como Direito), que totalizou 12 diretrizes. Em seguida, destacaram-se o Eixo III (Consolidação dos Princípios do SUS), com 8 diretrizes; o Eixo Transversal, com 6; e o Eixo IV (Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS), com 5 diretrizes.

Já na 17ª CNS, foram aprovadas 243 diretrizes e 980 propostas. O Eixo III, relacionado aos direitos e à democracia, foi o mais destacado, reunindo 77 diretrizes. Na sequência, com números entre 55 e 56 diretrizes, encontram-se os eixos que abordam: i) a análise político-econômica, social e sanitária do país no período de 2019 a 2022, evidenciando a preocupação com o contexto de pandemia de Covid-19 e seus impactos na população mais vulnerável (Eixo I); ii) os desafios de garantir o controle social, com foco na participação efetiva da comunidade na elaboração e execução das políticas públicas (Eixo II); e iii) a luta contra as desigualdades sociais, com a perspectiva de construir uma sociedade mais justa e equitativa (Eixo IV) (Tabela 1).

³Resolução CNS nº 453/2012.

Tabela 1. Quantidade de diretrizes e propostas por Eixo na 16ª e 17ª Conferências Nacionais de Saúde

16ª CNS - Democracia e saúde: saúde como direito e consolidação e financia- mento do SUS	Nº de diretrizes	Nº de propostas	17ª CNS - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas	Nº de diretrizes	Nº de propostas
I - Saúde como direito	12	89	I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos	55	181
II - Consolidação dos princípios do SUS	8	105	II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas	55	298
III - Financia- mento adequado e suficiente para o SUS	5	88	III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia	77	229
Eixo Transversal - Saúde e Democracia	6	46	IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas	56	272
Total	31	328	-	243	980

Fonte: Resolução CNS nº 617/2019 e Resolução CNS nº 719/2023. Elaboração própria. Para maiores detalhes sobre ambas as resoluções, ver mais [aqui](#) e [aqui](#).

2.1. A principal temática presente nas diretrizes da 16ª CNS foi a revogação de medidas aprovadas pelo Poder Executivo, enquanto os grupos em maior situação de vulnerabilidade social tiveram pouca representatividade

A 16ª CNS foi impactada pelo contexto político da aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, conhecida como “Teto de Gastos”. Como consequência, o subfinanciamento do SUS se agravou, tornando a relação entre o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde politicamente delicada (Avritzer e Souza, 2013; Pigatto, Moreira e Souto, 2022).

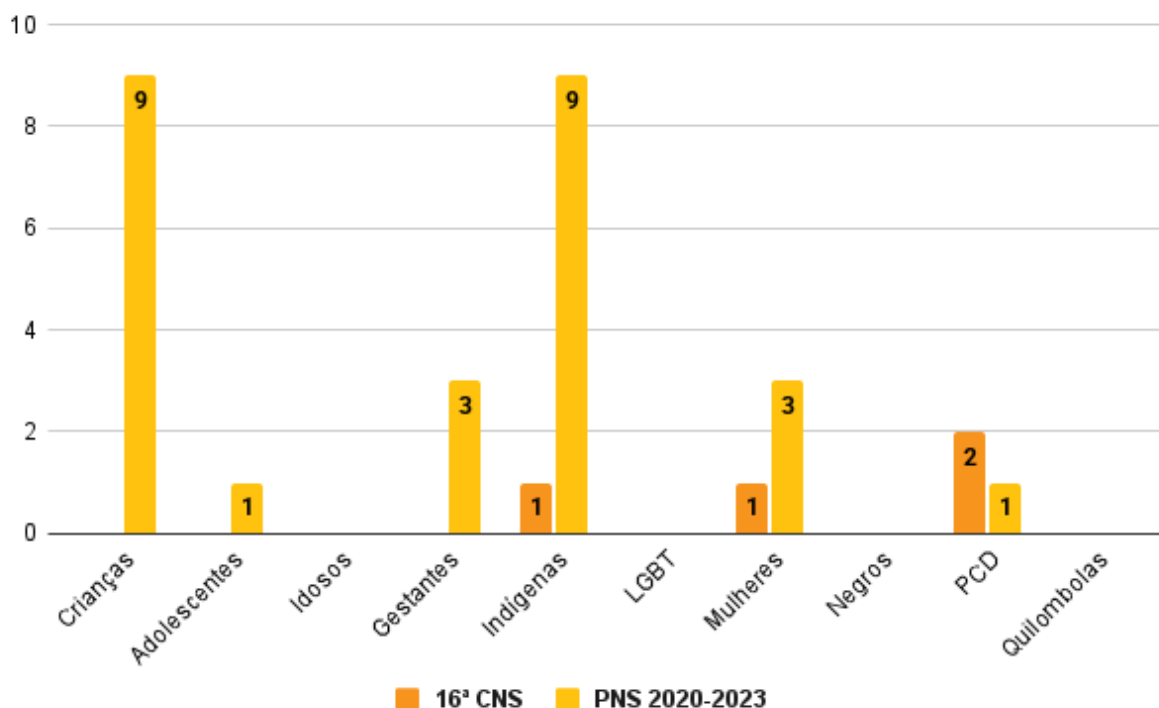
Nesse contexto, a maioria das diretrizes enfatiza a garantia do direito à saúde para todos (Eixo I), a defesa dos princípios democráticos do SUS, com destaque para o controle social e a cidadania (Eixo II), e a necessidade de financiamento adequado da saúde, incluindo medidas como uma reforma tributária e a revogação da EC nº 95/2016 (Eixo III).

De modo geral, as diretrizes aprovadas na 16ª CNS mencionam alguns grupos específicos de forma limitada, como pessoas com deficiência, indígenas e mulheres. No entanto, outras populações, como crianças, idosos, gestantes, pessoas LGBT, negros e quilombolas, não foram mencionadas em nenhuma diretriz. Entre os poucos grupos mencionados, destacam-se as pessoas com deficiência, referidas em duas diretrizes, seguidas por indígenas e mulheres, cada um com uma menção. Em contraste, o PNS 2020-2023 faz referência a esses mes-

mos grupos em aproximadamente 26 vezes em suas metas, um número 6,5 vezes maior do que no primeiro documento. Esse contraste evidencia não apenas a diferença na frequência das menções, mas também um desalinhamento entre os dois documentos, uma vez que o primeiro concentrou-se principalmente em ações de enfrentamento ao desfinanciamento da saúde (Gráfico 1).

Já o PNS 2020-2023 menciona esses grupos de forma mais diversa: cerca de 35% (nove menções) das menções voltadas para grupos minoritários incluem as crianças, outros 35% (nove menções) fazem referência à população indígena, 12% citam gestantes e mulheres (três menções cada), e 6% incluem pessoas com deficiência (uma menção).

Gráfico 1. Crianças e indígenas foram os grupos minoritários mais mencionados entre as metas do PNS 2020-2023



Fonte: Resolução CNS nº 617/2019 e PNS 2020-2023. Elaboração própria. Nota: O número de menções foi obtido pela contagem das palavras-chave (nome dos grupos) associadas aos grupos selecionados, presentes nas diretrizes da CNS e nas metas do PNS. Cada diretriz pode citar mais de um grupo simultaneamente. Para obter maiores detalhes sobre a Resolução e o PNS 2020-2023, ver mais [aqui](#) e [aqui](#).

2.2. A 17ª CNS destacou com maior frequência as mulheres, negros, pessoas LGBT e pessoas com deficiência, enquanto o PNS 2024-2027 priorizou principalmente a população indígena, crianças e mulheres

A 17ª CNS foi marcada pela alta mobilização popular e pelo comprometimento da organização para garantir a incidência das propostas no PNS. De acordo com Falcão, Lages e Santos (2023), o evento reconheceu os desafios das conferências anteriores e promoveu avanços na participação social efetiva na definição dos caminhos da saúde pública do Brasil. Pela primeira vez, as diretrizes aprovadas na conferência foram publicadas a tempo de influenciar as etapas iniciais de construção do PNS e também do PPA.

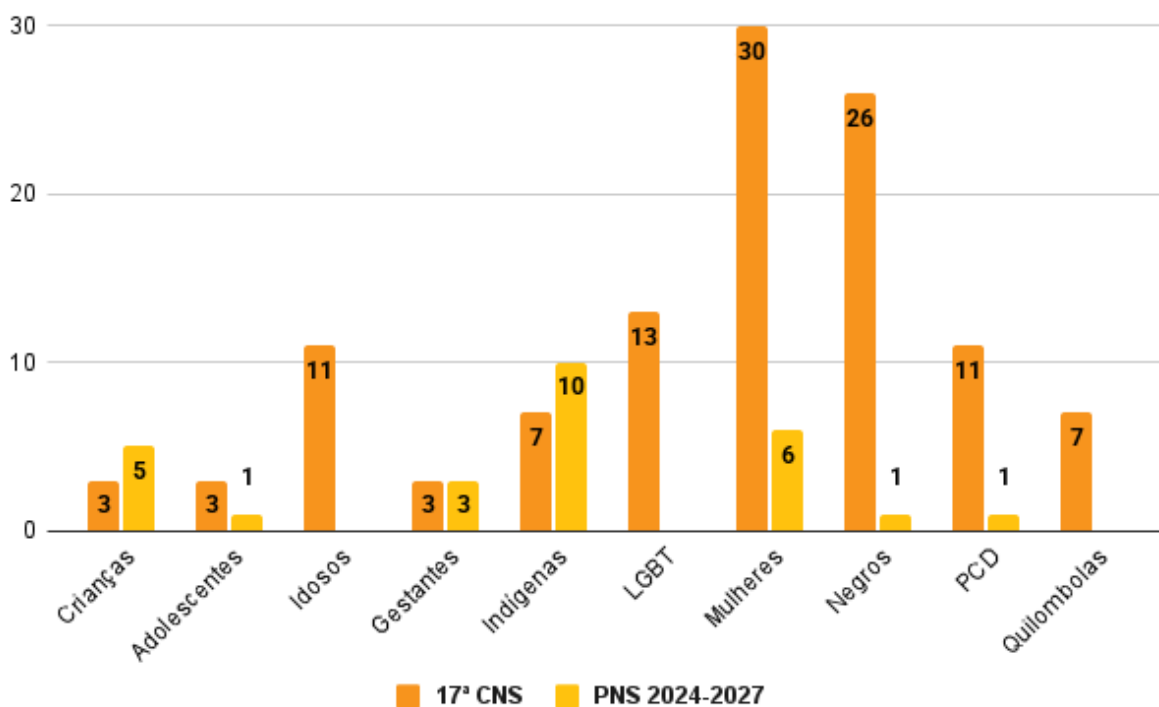
Na 17ª CNS, um avanço significativo foi a incorporação das propostas das conferências livres ao documento final. Antes disso, essas conferências não puderam indicar delegados para a etapa nacional, e suas propostas eram apenas anexadas aos instrumentos de planejamento, sem integração efetiva ao processo deliberativo principal.

Outros avanços⁴ da 17ª CNS foram reportados na pesquisa conduzida pela Câmara Técnica de Estudos Integrados do Controle e Participação Social na Saúde (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde. A conferência reuniu seis mil delegados de todos os estados e regiões, incluindo convidados internacionais, com uma taxa de renovação de 65% em relação à 16ª CNS. No total, cerca de dois milhões de pessoas participaram de todo o processo. Além disso, na etapa nacional, aproximadamente 90% dos participantes demonstraram otimismo quanto à melhoria da saúde e da democracia, superando os 77% registrados na 16ª CNS.

As diretrizes da 17ª CNS mencionam grupos marginalizados 114 vezes, um número 4,2 vezes maior do que as 27 menções apresentadas nas metas do PNS 2024-2027, quantidade similar a registrada no PNS 2020-2023. Esse aumento expressivo em relação à 16ª CNS demonstra um foco maior da última conferência nos grupos vulneráveis, enquanto o PNS manteve o mesmo nível de atenção a esses segmentos. Entre as 114 menções da 17ª CNS, 26% (30) referem-se às mulheres, 23% (26) à população negra e 11% (13 cada) às pessoas com deficiência e à população LGBT (Gráfico 2). Nota-se, assim, uma atenção equilibrada a quatro grupos específicos - mulheres, negros, pessoas com deficiência e LGBT - em contraste com a 16ª CNS, que atende apenas a população indígena, pessoas com deficiência e mulheres, em um total de quatro vezes.

No PNS 2024-2027, a distribuição das menções aos grupos marginalizados difere da observada na 17ª CNS. Entre as metas, a população indígena aparece como uma das principais prioridades, com dez menções (37%), a maioria relacionada à saúde de crianças e gestantes indígenas. O segundo grupo minoritário mais citado no PNS foi o das mulheres e crianças, com seis (22%) e cinco (19%) menções para cada, respectivamente. Em seguida, houve três menções a pessoas grávidas (11%) e uma às pessoas com deficiência (4%). Por outro lado, idosos, população LGBT e quilombolas não foram mencionados. A população negra apareceu apenas uma vez, repetindo o padrão do PNS 2020-2023, que, entre suas 27 metas, não incluiu nenhuma referência à população negra. Além disso, em ambos os planos, a população LGBT não foi mencionada.

Gráfico 2. As mulheres receberam o maior destaque na 17ª CNS, enquanto a população indígena foi a mais mencionada no PNS 2024-2027



Fonte: Resolução CNS nº 719/2023 e PNS 2024-2027. Elaboração própria. Para obter maiores detalhes sobre ambas as resoluções, ver mais [aqui](#) e [aqui](#).

⁴Em outro aceno positivo à participação social, ao final do evento nacional foi anunciado o Mapa Colaborativo dos Movimentos Sociais de Saúde, plataforma pública on-line que reúne a produção dos integrantes para o campo da saúde. O site foi lançado em setembro de 2024.

3. Considerações finais

Este boletim teve como objetivo caracterizar as duas últimas Conferências Nacionais da Saúde (16ª e 17ª), analisando suas diretrizes, tanto em relação às diferenças entre elas quanto aos instrumentos de planejamento (PNS 2020-2023 e 2024-2027). O número de diretrizes aprovadas aumentou seis vezes entre as duas conferências.

A análise evidencia uma discrepância significativa entre as duas últimas CNS e os respectivos PNS no que diz respeito às menções a grupos marginalizados, ressaltando a falta de alinhamento entre esse importante instrumento de participação social e os instrumentos de planejamento nos períodos de 2020-2023 e 2024-2027. Mais do que a ausência de menções, as fragilidades institucionais comprometem a incorporação efetiva das contribuições das CNS em políticas públicas de saúde formuladas a partir do PNS (Avritzer e Souza, 2013; Ricardi, Shimizu e Santos, 2017; Gomes e Orfão, 2021; Falcão, Lages e Santos, 2023).

Entre os desafios apontados, Ricardi, Shimizu e Santos (2017) destacam a dificuldade de identificar prioridades diante da grande variedade de propostas aprovadas e a pouca convergência com o planejamento do SUS. Avritzer e Souza (2013) chegam à mesma conclusão, argumentando que a grande quantidade de propostas, muitas delas genéricas, dificulta a identificação de convergências com os PNS e a verificação de sua implementação em ações efetivas. Além disso, observa-se no trabalho ministerial uma clara preferência por fontes governamentais em detrimento das reivindicações oriundas da participação social, conforme apontado por (Escola Nacional de Administração Pública, 2018) e (Koga et al., 2020). Assim, torna-se evidente a necessidade de aprimorar os mecanismos de priorização e alinhamento entre as propostas aprovadas e os planejamentos estratégicos do SUS, garantindo sua efetiva implementação e avaliação de impacto.

A desconexão entre os documentos da CNS e do PNS chama atenção, considerando que a Constituição Federal de 1988, especialmente em seu artigo 198, inciso III, prevê a participação da comunidade como princípio fundamental do SUS. Esse princípio pressupõe uma convergência entre as prioridades definidas pela sociedade civil nas conferências de saúde e a formulação de políticas públicas. A ausência dessa articulação pode comprometer a capacidade do SUS de atender de forma equitativa às necessidades da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis, dificultando a transformação das reivindicações da sociedade civil em políticas públicas de saúde concretas.

Autores

Marcella Semente

Analista de Relações Institucionais do IEPS

Milena Rodrigues

Estagiária no IEPS até o período de Junho de 2025

Dayana Rosa

Gerente do Programa de Saúde Mental do IEPS

Júlia Pereira

Gerente de Relações Institucionais do IEPS

Agradecimentos

Agradecemos Sara Tavares e Priscila Borges pelas sugestões e comentários e Helena Ciorra pela revisão.

Referências

- Avelino, Daniel Pitangueira de e Lucas Raimundo de Oliveira da Silva. 2022. “A XVI Conferência Nacional de Saúde (8a+ 8): contextos e desafios”.
- Avritzer, Leonardo e Clóvis Henrique Leite de Souza. 2013. “Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade”.
- CONASEMS. 2017. *Participação da Comunidade na Saúde: CONASEMS e a defesa do SUS nas conferências municipais de saúde*. Relatório técnico. CONASEMS.
- CONASS. 2009. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Relatório técnico. CONASS.
- Conselho Nacional de Saúde. 2023a. “Resolução nº 719, de 12 de dezembro de 2023”. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2023/Reso719_-_Dispe_sobre_as_diretrizes_



propostas_e_moes_aprovadas_na_17_Conferencia_Nacional_de_Sade.pdf.

Conselho Nacional de Saúde. 2023b. “Saúde mental é tema de destaque na Conferência Nacional da Juventude”. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/saude-mental-e-tema-de-destaque-na-conferencia-nacional-da-juventude>.

Escola Nacional de Administração Pública. 2018. “Capacidades estatais para produção de políticas públicas: resultados do survey sobre serviço civil no Brasil”. Cadernos Enap, n. 56. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3601>.

Falcão, Matheus Zuliane, Itamar Lages e Jamilli Silva Santos. 2023. *17ª: uma Conferência comprometida com a Democracia e a Saúde*.

Gomes, José Felipe de Freitas e Nathalia Halax Orfão. 2021. “Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa”. *Saúde em Debate* 45:1199–1213.

Koga, N. M., P. L. de Moura Palotti, B. G. do Couto, M. I. B. do Nascimento e R. da Silva Lins. 2020. *O que informa as políticas públicas: survey sobre o uso e o não uso de evidências pela burocracia federal brasileira*. Texto para Discussão 57. Disponível em: Escola Nacional de Administração

Pública. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública – Enap. Acesso em 20 de outubro de 2025. <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6062>.

Pigatto, Fernando, Marcelo Rasga Moreira e Kátia Maria Barreto Souto. 2022. “Entrevista com Fernando Pigatto–Presidente do Conselho Nacional de Saúde (25/06/2021)”. *Saúde em Debate* 46:179–191.

Ricardi, Luciani Martins, Helena Eri Shimizu e Leonor Maria Pacheco Santos. 2017. “The National Health Conferences and the planning process of the Brazilian Ministry of Health”. *Saúde em debate* 41:155–170.

SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE. 2012. *Resolução nº 617/2019 de 23 de agosto de 2019*. Relatório técnico. Disponível em: CONASEMS. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2019/resolucao-no-617.pdf>.

Tranjan, M. e M. Cetra. 2022. *Mapa da participação política e social: atos de censura e restrição da participação no Brasil*. Editado por M. Tranjan e M. Cetra. Coordenação: M. Tranjan e M. Cetra. Livro eletrônico. Disponível em: Artigo 19. São Paulo, SP: Artigo 19. Acesso em 20 de outubro de 2025. https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2022/09/MapaDaParticipacaoPoliticaSocial_29.9_DIGITAL.pdf.

Apêndice

Tabela A1. Percentual de municípios que realizaram conferência municipal de saúde entre 2016 e 2019 por estado, Brasil

Grupo de número de municípios do estado	Estado	Proporção de municípios que realizaram Conferência Municipal (%)
<100	Acre	100
	Sergipe	96
	Rio de Janeiro	93,5
	Amazonas	90,3
	Mato Grosso do Sul	84,8
	Rondônia	82,7
	Espírito Santo	82,1
	Amapá	81,3
	Roraima	80
101-199	Pernambuco	94,6
	Rio Grande do Norte	92,2
	Ceará	91,3
	Pará	91
	Mato Grosso	90,8
	Alagoas	88,2
	Tocantins	87,8
>=200	Paraíba	96,4
	Paraná	94
	Bahia	92,8
	São Paulo	91,3
	Piauí	90,2
	Rio Grande do Sul	89,3
	Santa Catarina	89,2
	Minas Gerais	87,8
	Goiás	83,3
Maranhão	82,5	

Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) - IBGE. Elaboração própria. Nota 1: A proporção de realização de Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas foi calculada a partir da razão entre a quantidade de CMS realizadas e o número de municípios de cada estado. Nota 2: As classes que representam o número de municípios em cada estado são distribuídas da seguinte forma: 200 para estados com 200 ou mais municípios; 101-199 para estados com entre 101 e 199 municípios; e 100 para estados com 100 ou menos municípios.

Apêndice Metodológico

Tabela A2. Categorização dos grupos vulneráveis, segundo o tipo de instrumentos de participação social

Tipo de instrumentos de Participação Social	Palavras-chave	Grupos vulneráveis
CNS	Idosa	Idoso
	Idoso	Idoso
	PcD	PcD
	Capacitismo	PcD
	Gênero	Mulheres
	Mulheres	Mulheres
	Negra	Negra
	Raça	Negra
	Racismo	Negra
	Criança	Criança
	Infância	Criança
	Infantil	Criança
PNS	Idosa	Idoso
	Idoso	Idoso
	PcD	PcD
	Capacitismo	PcD
	Gênero	Mulheres
	Mulheres	Mulheres
	Negra	Negra
	Raça	Negra
	Racismo	Negra
	Crianças	Crianças
	Infância	Crianças
	Infantil	Crianças
	LGBT	LGBT
	Gays	LGBT
Homofobia	LGBT	

Fonte: Elaboração própria a partir das informações das resoluções CNS N°617/2023, CNS N°719/2023, PNS 2020-2023 e PNS 2024-2027.