

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL COLETIVA

Luiza Chagas Pires

**FATORES ASSOCIADOS À VALORIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL POR
PARTE DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre
2023

Luiza Chagas Pires

**FATORES ASSOCIADOS À VALORIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL POR
PARTE DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Porto Alegre
2023

CIP - Catalogação na Publicação

Chagas Pires, Luiza
FATORES ASSOCIADOS À VALORIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL
POR PARTE DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO
GRANDE DO SUL / Luiza Chagas Pires. -- 2023.
68 f.
Orientador: Roger Keller Celeste.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa
de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Participação Social. 2. Tomada de decisão. 3.
Sistema Único de Saúde. 4. Gestor de Saúde. I. Keller
Celeste, Roger, orient. II. Título.

Luiza Chagas Pires

**FATORES ASSOCIADOS À VALORIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL POR
PARTE DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Aprovado em Porto Alegre, 24 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Roger Keller Celeste
UFRGS

Prof. Dra. Aline Blaya Martins
UFRGS

Prof. Dr. Samuel Jorge Moyses
UFPR

Prof. Dra. Violeta Rodrigues Aguiar
UFRGS

Aos meus pais, por tornarem este sonho possível.

A mim, por nunca ter desistido dele.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Roger Keller Celeste pela sua dedicação e paciência durante o projeto. Por todo o apoio e ensinamentos que recebi ao longo desses dois anos.

Aos meus colegas de pós-graduação que me acompanharam no trajeto do mestrado, em especial à Raquel Soncini de Moraes pela parceria e amizade.

Ao Fernando Ritter, à Fabiana Cabreira e, em especial, à Violeta Rodrigues Aguiar, que foram os responsáveis pela coleta de dados deste projeto e que sempre se mostraram disponíveis a ajudar na pesquisa.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus pais, Sirlei e Claudemir, que sempre me apoiaram e tornaram este sonho possível.

RESUMO

PIRES, Luiza Chagas. **Fatores associados à valorização do controle social por parte dos gestores municipais de saúde do Rio Grande do Sul.** 2023. Dissertação (Pós-Graduação em Odontologia com ênfase em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023.

O Controle Social no Sistema Único de Saúde expressa a possibilidade de a sociedade contribuir com o Estado por meio de instâncias participativas. As ações decisórias dos gestores devem ser articuladas e deliberadas em conjunto com o controle social. Diante disso, a hipótese do presente trabalho foi de que características demográficas, educacionais e sociais do gestor estariam associadas a uma valorização da consulta deliberativa ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), bem como variáveis contextuais do município. Portanto, o presente estudo buscou descrever o perfil dos gestores do Rio Grande do Sul (RS), a visão dos gestores sobre o SUS, o processo de tomada de decisão e a valorização da participação social. Para isso, foram utilizados dados de um estudo seccional realizado no ano de 2018-2019 através da aplicação de um questionário via FormSUS aos 497 secretários municipais de saúde do Rio Grande do Sul. Este é composto por 46 perguntas divididas em 4 blocos: perfil do gestor, formação e experiência profissional do gestor, visão do gestor sobre o sistema e tomada de decisão. A variável dependente foi o grau de utilidade da consulta ao controle social pelo gestor. As variáveis independentes incluíram dados sociodemográficos, experiência do gestor e seu perfil de aderência ao SUS, bem como variáveis do contexto municipal. As variáveis contextuais de caráter municipal coletadas foram: porte populacional estimativa 2017 (IBGE), PIB Per Capita de 2013, cobertura ESF por 1000 habitantes de 2017 (extraído do CNES), tipo de gestão (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2017-2019). A estatística descritiva foi realizada por meio de tabelas de contingência. O teste do qui-quadrado para tendência linear foi utilizado para testar associações entre covariadas e grau de utilidade que os gestores depositam na consulta ao controle social. Todas as análises foram realizadas no software Stata 16.1. A taxa de resposta foi de 81,3% (n=404). Municípios com uma cobertura maior que nove equipes de Saúde da Família estavam associados à maior proporção de gestor municipal de saúde que consulta o CMS para a tomada de decisão (70%). Nesse sentido, sugere-se que em municípios onde a cobertura de Estratégia de Saúde da Família é menor impõe-se a necessidade de intervenções mais intensas para aumentar a conscientização dos gestores acerca da participação popular e da consulta ao CMS para tomada de decisão.

Palavras-chave: Administração municipal. Sistema Único de Saúde. Planejamento em Saúde. Tomada de decisão. Gestor de saúde. Políticas de controle social. Participação social.

ABSTRACT

PIRES, Luiza Chagas. **Factors associated with the valuation of social control by municipal health managers in Rio Grande do Sul.** 2023. Dissertação (Pós-Graduação em Odontologia com ênfase em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023.

Social participation from the Unified Health System perspective expresses the possibility for society to regulate the government through social representations counselors. The decision-making actions of managers must be articulated and deliberated together with social control instances. In view of the above, the hypothesis of the present study was that the manager's demographic, educational and social characteristics would be associated with an esteem of consultation the Municipal Health Council, as well as municipal contextual variables. Therefore, the present study seeks to describe the profile of managers in Rio Grande do Sul, vision about the SUS, the decision-making process and the factors associated with valuing social participation instances. In this regard, data from a cross-sectional study carried out in the year 2018-2019 were used through the application of a questionnaire via FormSUS to the 497 municipal health managers of Rio Grande do Sul. This form contains 46 questions divided into 4 areas: manager profile, manager training and professional experience, manager's view of the system and decision-making. The dependent variable was the level of appreciation of the social control institutions consultation by the manager. The independent variables included sociodemographic data, the manager's experience and his profile of adherence to the SUS, as well as municipality variables. The municipality variables collected were: Estimated population size 2017 (IBGE), per capita GDP in 2013, ESF coverage per 1000 inhabitants in 2017 (extracted from CNES), type of management (State Department of Health of Rio Grande do Sul, 2017-2019). Descriptive statistics were performed using contingency tables. The chi-square test for linear trend was used to test associations between covariates and the level of appreciation of managers regarded the consultation of social control institutions for making decisions. All analyzes were performed using Stata 16.1 software. The response rate was 81.3% (n=404). Cities with a coverage of Family Health teams greater than nine were associated with a higher proportion of municipal health managers who consult the Municipal Health Council for decision-making (70%). In this regard, the present study suggests that in cities where the coverage of the Family Health Strategy is lower, there is a need for more intense interventions so that managers understand the value of citizen participation on the decision-making process.

Keywords: Municipal management. Unified Health System. Health Planning. Decision making. Health Manager. Social Control Policies. Citizen participation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária em Saúde

CAR - Centros Administrativos Regionais

CIEPCSS - Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS

CIR - Comissão Intergestora Regional

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COP - Conselho do Orçamento Participativo

Crip - Centros de Relação Institucional Participativa

ESF - Estratégia de Saúde da Família

Frop - Fóruns Regionais do OP

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OP - Orçamento Participativo

PAS - Programação Anual de Saúde

PES - Planejamento Estratégico situacional

PES - Planejamento Estratégico situacional

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PS - Plano de Saúde

RAG - Relatório Anual de Gestão

ROP - Regiões do Orçamento Participativo

RS - Rio Grande do Sul

SARGSUS - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

SISMAC - Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.2 TOMADA DE DECISÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS.....	12
2.2.1 Controle social: perspectivas nacional e internacional	16
2.2.2 Obstáculos para a efetividade do controle social sobre as políticas públicas.....	21
3 OBJETIVO.....	26
3.1 OBJETIVO GERAL.....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 ARTIGO CIENTÍFICO.....	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AOS GESTORES	38
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de intensa mobilização social. A forma legal do SUS expressa na Constituição Federal de 1988 decorre de uma emenda popular proposta na Constituinte de 1986, que inclui a descentralização, regionalização e hierarquização, e a participação social entre as diretrizes desse sistema (AZEVEDO; CAMPOS; LIRA, 2021). Há consolidação e legitimidade de participação da sociedade civil por meio dos Conselhos de Saúde, legalmente instituídos pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990). O Conselho Municipal de Saúde (CMS) desempenha um papel fundamental na promoção da transparência e da responsabilização no SUS (BORTOLI; KOVALESKI, 2020), proporcionando um fórum para a comunidade expressar suas preocupações e opiniões sobre questões de saúde e monitorando o uso de recursos públicos para a saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

As ações decisórias do gestor devem ser articuladas e deliberadas em conjunto com o controle social (MALAMAN *et al.*, 2021). A gestão do SUS é uma função relacionada com a sociedade como um todo (BONIN; KRÜGER, 2015). E este é um dos maiores desafios para os gestores: desenvolver coletivamente um plano que contribua para melhorar a saúde das pessoas de sua região, engajar sua equipe, alcançar resultados e, assim, fortalecer o SUS (GIL *et al.*, 2016). No entanto, há limitações na legitimidade e eficácia dos conselhos que podem estar relacionadas aos gestores que acabam por fragmentar as demandas sociais, segmentando-as em necessidades específicas de cada grupo (IGLESIAS *et al.*, 2021), assim como a problemas inerentes aos mecanismos de participação representativa e às práticas políticas dominantes no país (FUGINAMI; COLUSSI; ORTIGA, 2020).

Nos últimos anos, a agenda pública brasileira tem assistido a um desmonte de espaços de participação da sociedade (ANDRÉ *et al.*, 2021). Isso pode ser observado no âmbito nacional em casos como a extinção de conselhos nacionais (CASTRO, 2019). Um estudo realizado com gestores municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul mostrou que embora a maioria dos gestores considerem o CMS como principal forma de participação, apenas 122 dos 264 entrevistados responderam que seus CMS eram atuantes em sua totalidade (ARCARI *et al.*, 2020). Nesse contexto, é importante compreender, do ponto de vista de saúde pública, os fatores associados ao reconhecimento dos espaços de participação social por parte dos gestores municipais de saúde como uma forma de fortalecer o controle social.

Através da participação comunitária a sociedade consegue dialogar com o governo e fiscalizar as suas ações. Diante disso, a hipótese do presente trabalho foi de que características demográficas, educacionais e sociais do gestor estariam associadas a uma valorização da consulta deliberativa ao CMS, bem como variáveis contextuais do município. Portanto, o presente estudo buscou descrever o perfil dos gestores do Rio Grande do Sul (RS), a visão dos gestores sobre o SUS, o processo de tomada de decisão e a valorização da participação social.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.2 TOMADA DE DECISÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

A transferência da gestão das políticas públicas aos municípios foi sem sombra de dúvida uma das principais novidades trazidas pela Constituição de 88 (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017). Trouxe mudanças importantes no que se refere ao processo de gestão e elaboração de políticas governamentais com tendência à participação da comunidade no processo decisório (LUZ *et al.*, 2020). Esse processo possibilitou que os fatores sociais e epidemiológicos ajudassem a entender o processo de adoecimento da população (PINAFO *et al.*, 2020).

O gestor municipal torna-se protagonista no desenvolvimento de um projeto de atenção à saúde pautado nas realidades locais, o que torna essencial que ele conheça o seu território e as reais necessidades da população (LUNA, 2006). Esse território pode ser interpretado como um espaço social historicamente produzido e organizado, permeado por relações de poder por redes e identidades em constante transformação (HAUM; CARVALHO, 2021). Assim, as prefeituras municipais tornaram-se tomadoras de decisão diretas, assessoradas, em parte, pelos outros dois níveis de governo (ALMEIDA; BORBA; FLORES, 2009).

A variedade das características dos municípios no Brasil tornou o processo de descentralização heterogêneo. Os efeitos decorrentes do processo de descentralização atingiram os municípios de pequeno porte de forma bastante desigual em relação aos maiores. Nesses municípios, o gestor do SUS além de ser responsável pela Atenção Primária em Saúde (APS), também necessita garantir o acesso de sua população aos demais níveis de atenção, no intuito de oferecer atendimento integral à sua população, mesmo que esse não ocorra em seus limites territoriais (VILLANI; BEZERRA, 2013). Neste sentido, depara-se com a tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente e com oferta insuficiente de serviços na Média e Alta Complexidade (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Por exemplo, no Estado do Rio Grande do Sul há uma grande variedade nas características de seus municípios e um número expressivo de municípios considerados de pequeno e médio porte. Para minimizar as dificuldades enfrentadas na gestão desses municípios, os consórcios intermunicipais surgem como uma possibilidade de auxílio. Municípios com objetivos e necessidades em comum procuram, em conjunto, a resolução dos problemas que excedem a capacidade de solucionar de um município isolado (ROESE;

GERHARDT; MIRANDA, 2015). Com a descentralização surge o desafio de construir novas relações de poder na sociedade com ênfase no controle social. Representa um momento oportuno para a democratização do espaço territorial com maior possibilidade de intervenção dos grupos de interesse locais (LUZ *et al.*, 2020).

O controle social é com frequência utilizado pelos mais diversos autores e em contextos teóricos e metodológicos igualmente heterogêneos. Na concepção da sociologia clássica, o controle social seria composto por mecanismos coercitivos que a sociedade e o Estado exercem sobre os indivíduos. Émile Durkheim, um dos pioneiros no estudo deste tema definindo o conceito social como um conjunto de práticas, normas e valores que regulam o comportamento humano e mantêm a coesão social (PICKERING, 2002). Durkheim destaca fenômenos como o crime e a pena, que dizem respeito aos mecanismos empregados pela sociedade no momento em que alguém desobedece às normas sociais e ameaça a ordem social (DUARTE, 2006).

Michel Foucault é outro autor que influenciou os debates mais recentes relativos à temática do controle social. Visava as práticas de poder como produtoras de comportamentos, de formas de saber e de formas de subjetividade. A referência foucaultiana nos possibilita pensar o conceito de controle social associado ao modelo de Rousseau acerca da cidadania, como um exercício individual e/ou coletivo de intimidade com o corpo político, no caso o Estado, no qual o poder possa ser exercido como rede de relações de força, como um mecanismo que convida à deliberação, a respeito dos recursos destinados à manutenção e ao desenvolvimento do ensino, por exemplo, ou a restringe (DUARTE, 2006).

Enfim, a definição de controle social, a exemplo de outros, constituiu-se como um conceito polissêmico de acordo com a tendência de pensamento desenvolvida pelos estudiosos. No Brasil, controle social expressa a possibilidade de a sociedade contribuir com o Estado por meio de instâncias participativas (SCOREL; MOREIRA, 2012).

A necessidade da participação social foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e a regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro (BRAVO; CORREIA, 2012). A participação social na tomada de decisão em saúde ganhou importância no Brasil a partir do processo de redemocratização, na década de 1980, depois com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve como marca “Democracia é Saúde” e foi aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012), principalmente com a institucionalização

dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 88 (BRASIL, 1988) e reafirmado na lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Essa lei criou um sistema de conselhos de saúde em cada esfera do governo, compostos por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%). E define, no Art. 1º, § 2º, que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Assim, a organização jurídica do país incorpora os conselhos de saúde na estrutura decisória do SUS e o controle social sofre uma nova inflexão, adquirindo também o caráter de fiscalização do manejo dos recursos públicos (SCOREL; MOREIRA, 2012). Essas instâncias permitiram ampliar a base de apoio ao SUS (PAIM, 2018). Os conselhos de saúde e as conferências de saúde, que são convocadas em intervalos de quatro anos, são os dispositivos oficiais para o controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). São instrumentos institucionais com a finalidade de garantir o exercício dos direitos de cidadania (CARVALHO, 1998).

A participação social constitui uma ferramenta de gestão pública no SUS que se baseia na corresponsabilização entre Estado e sociedade civil (GOMES; ORFÃO, 2021). Os conselhos apresentam potencialidades para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política pública (FUKS, 2005). No contexto do SUS, essa participação também pode ajudar a garantir que os serviços de saúde sejam equitativos e atendam às necessidades específicas de diferentes comunidades (COELHO, 2012; FERNANDES; SPAGNUOLO; BASSETTO, 2017), incluindo grupos como as populações rurais (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008).

Quando a própria instituição gera o espaço de participação, é mais provável que este seja reconhecido e legitimado (SCOREL; MOREIRA, 2012). O acompanhamento e a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos destinados às políticas sociais são de grande importância para que estes sejam gastos com o atendimento às demandas reais da maioria da população e não fiquem à mercê dos interesses clientelistas, privatistas e/ou de “currais eleitorais” (CORREIA, 2006). Porém, essas formas institucionais de participação não eliminam as desigualdades de potência reivindicatória entre os segmentos sociais. Logo, as

instâncias participativas que contam com os instrumentos de pressão que melhor funcionam no contexto institucional têm maior probabilidade de serem contempladas pelas políticas públicas (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

A competência dos conselhos de saúde foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 453 em maio de 2012, que revogou a anterior Resolução 333/2003 e é mais recente para orientar o funcionamento dos conselhos (BRASIL, 2012). Em sua Primeira Diretriz consta que os conselhos de saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde. Este documento definiu outras diretrizes, entre as quais as seguintes estratégias para reformulação: paridade, eleição para presidente e presença de entidades representativas da sociedade organizada na composição do conselho (BRASIL, 2012).

A intenção é garantir representação para favorecer tanto a presença de minorias, quanto a complementariedade do conjunto da sociedade (BRASIL, 2012). A existência de paridade e a presença de instituições representativas entre os segmentos que compõem os conselhos sugerem horizontalidade nas deliberações, pois mantêm o equilíbrio de forças entre sociedade civil e governo na tomada de decisões. No Brasil, 65,30% dos CMSs estão adequados quanto ao critério de paridade proposto na Resolução 453/2012 e nos estados do Norte, Nordeste e Sudeste, os gestores/prestadores de serviço são os que mais ocupam o cargo de presidente do conselho (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2021).

Com o objetivo de fortalecer o planejamento no SUS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Pacto pela Saúde que, através do Pacto de Gestão, criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Os instrumentos básicos do PlanejaSUS são: a) Plano de Saúde (PS); b) Programação Anual de Saúde (PAS); e c) Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 2006).

O PS é o instrumento que aborda a análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que contém as ações executoras das intenções que constam no PS, representando as ações voltadas às diretrizes da saúde e à gestão do SUS (ARCARI, 2015). O Relatório Anual de Gestão (RAG) demanda do gestor a apresentação dos resultados, alcançados ou não, conforme previsto na PAS, e permite redirecionar as ações do PS, quando necessário. A elaboração do RAG é realizada com apoio do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS),

sítio eletrônico no qual os gestores ou técnicos anexam o PS e a PAS e a partir do qual os instrumentos são apreciados pelos conselhos de saúde (FUGINAMI; COLUSSI; ORTIGA, 2020).

Esses instrumentos estão sujeitos à revisão e aprovação obrigatórias pelos conselhos de saúde em cada nível de governo após um processo de desenvolvimento e aprovação. Estes devem ser claros e precisos para que todos os participantes do processo entendam, incluindo os representantes dos usuários (LUZ; PEREIRA; SILVA, 2013). Visando essa necessidade que diversos representantes dos conselhos de saúde mostravam de entender melhor o processo, foi criada em 2006 a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2006). A Resolução nº 374, de 14 de junho de 2007, definiu a Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS) como o grupo de trabalho responsável por assessorar o CNS no acompanhamento da implementação da referida política (BRASIL, 2007). Sendo importante que os Conselhos de Saúde tenham autonomia para formular os seus processos de educação permanente, protagonizando a definição das temáticas e do conjunto de informações necessárias ao melhor exercício de seu papel (ALENCAR, 2012).

Um estudo revelou que com relação à tomada de decisão por parte dos gestores municipais de saúde, o maior influenciador era o Prefeito, sequenciado pelo Conselho de Saúde e o Ministério da Saúde (MS), sendo que as agendas provenientes dos conselhos de saúde, da CIR e os relatórios de auditoria eram as principais norteadoras, revelando preocupação com as situações que ampliam a relação com o controle social (CARVALHO, 2019). No entanto, o despreparo de alguns gestores e profissionais em lidar com o desenvolvimento dos movimentos populares e com o empoderamento das pessoas com relação a seus direitos e ao processo de se autocuidar é demonstrado em outros estudos (WERNECK, 2012). No processo decisório ocorre uma série de decisões tomadas em diferentes instâncias e em diferentes momentos. Assim, é natural que deliberação do conselho sofra adequações técnicas para acomodar pressões de grupos de interesses e adaptações relacionadas à disponibilidade dos recursos (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

2.2.1 Controle social: perspectivas nacional e internacional

A palavra controle é de origem francesa (*contrôle*) e foi introduzida no Direito Brasileiro por Seabra Fagundes em sua monografia *O Controle dos Atos Administrativos pelo Poder Judiciário*, em 1941. Na Administração Pública, o controle é imprescindível desde que

os recursos não sejam de interesses particulares e sim públicos. Quando se junta a palavra controle ao termo “social”, surge um sentido da origem do controle (SILVA, 2002). Controle Social é um conceito em evolução que engloba: monitoramento e supervisão, por parte dos cidadãos, do desempenho do setor público e/ou do setor privado; sistemas de acesso/disseminação de informações públicas centradas nos usuários; mecanismos de recebimento de reclamações que incluam recursos contra decisões administrativas; assim como participação cidadã no que diz respeito ao processo decisório de alocação de recursos, como é o caso do orçamento participativo (OP) (FOX, 2019).

No Brasil, pode-se identificar que o termo controle social tem se referido à possibilidade de atuação dos grupos sociais (setor privado, público, usuários e trabalhadores) por meio de qualquer uma das formas de participação democrática no controle das ações do Estado e dos gestores públicos (SILVA, 2002). Na América Latina e na Europa ocidental existem os orçamentos participativos, conselhos de políticas públicas, fóruns e redes de desenvolvimento local, círculos de estudos, conferências de construção de consenso, pesquisas deliberativas, júris de cidadãos, entre outras. Não existe uma forma única e universal, os projetos políticos e culturais variam muito dependendo do contexto (MILANI, 2008).

A participação social está baseada na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com repercussão sobre a equidade nas políticas públicas e alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (COSTA; VIEIRA, 2013). Um exemplo disso é o caso do OP. Este pode ser entendido como um modo pelo qual cidadãos contribuem para a tomada de decisões em algum segmento específico do orçamento público (PARK, 2020).

A ideia do orçamento participativo surgiu na cidade de Porto Alegre, em outubro de 1985, quando ativistas comunitários se reuniram com candidatos a prefeito para o que seria a primeira eleição livre na cidade desde o golpe militar de 1964. Os ativistas preparam uma tabela de perguntas para cada um dos candidatos. Estas cobriam muitas das preocupações dos movimentos sociais urbanos da época, por exemplo: “Como o candidato, como prefeito, melhoraria a habitação pública ou transporte?” Mas uma das questões também era se, e como, o prefeito iria implementar o controle comunitário sobre as finanças municipais. O prefeito eleito ainda naquele ano, pelo Partido Trabalhista (PDT), não criou as instituições imaginadas, mas o prefeito eleito na eleição seguinte (1988), Olívio Dutra, do Partido dos Trabalhadores

(PT), acabou iniciando um processo para que em 1990 e 1991 algo chamado “Orçamento Participativo” fosse implementado (GANUZA; BAIOCCHI, 2012).

O OP visava democratizar também as decisões e informações sobre as questões públicas, incidindo na formação política da cidadania. O OP apresenta uma construção coletiva, estruturada pelo governo municipal e pela sociedade civil, cujas demandas têm origem nas regiões e nas temáticas do próprio OP. A sociedade civil organiza-se a partir de uma base territorial, primeiro em 16 regiões e depois em 17 (Regiões do Orçamento Participativo – ROP). A dinâmica em cada região se dá através dos Fóruns Regionais do OP (Frop), criados em 1991, nos quais conselheiros e delegados animam as discussões com as comunidades. A relação direta com o poder público ocorre através do espaço de participação denominado Conselho do Orçamento Participativo (COP), do qual somente conselheiros e suplentes participam representando a sociedade, no caso as regiões do OP e temáticas, e representantes do governo municipal. O governo detém a coordenação/gestão institucional – através da coordenação política, responsável pelo processo do OP e apoio nas regiões – e técnica – com equipe que trata dos aspectos técnicos do orçamento. A coordenação política esteve organizada pela implantação de Centros Administrativos em cada ROP. Inicialmente, chamavam-se Centros Administrativos Regionais (CAR) e depois passaram a ser Centros de Relação Institucional Participativa (Crip). Além das regiões, o OP estruturou-se por discussões temáticas, através de Plenárias Temáticas: 1) Circulação, Transporte e Mobilidade Urbana; 2) Cultura; 3) Desenvolvimento Econômico, Tributação, Turismo e Trabalho; 4) Educação, Esporte e Lazer; 5) Habitação, Organização da Cidade, Desenvolvimento Urbano e Ambiental; 6) Saúde e Assistência Social. Quando foram criadas, as plenárias temáticas visavam atender demandas que implicavam em mais de uma das regiões. Isto possibilitava, aos conselheiros, conhecer e discutir problemas de toda a cidade. Depois, as temáticas envolveram também discussões sobre serviços, diretrizes e investimentos para toda a cidade (SIQUEIRA; MARZULO; 2020).

O OP teve uma ampla e rápida difusão entre os países (GANUZA; BAIOCCHI, 2012). Cidades como Paris e Madri juntaram-se recentemente a outras cidades globais ocidentais que já investem no OP, como Lisboa, Reykjavik e Nova York (DIAS, 2018). Na América Latina temos de exemplo o Peru, que em 2003 ratificou a Lei do Orçamento Participativo. O orçamento participativo no Peru decorreu de um contexto histórico específico, em que os cidadãos estavam desiludidos com um regime extremamente centralizado, antidemocrático e assolado pela corrupção que o país havia enfrentado (MCNULTY, 2019).

Em Córdoba, na Espanha, o OP foi lançado em 2003 de forma muito semelhante ao de Porto Alegre. Em ambos, o processo deliberativo foi marcado pela votação direta dos cidadãos, pela existência de códigos internos revisados regularmente e pela organização cíclica de assembleias territoriais e temáticas. Ambos foram lançados por governos locais de esquerda (PT, em Porto Alegre e Psoe, seguido pela Izquierda Unida, em Córdoba) e contavam com conselhos de monitoramento do processo (MILANI, 2008).

No Brasil, o controle social efetuou-se também com a implementação do Estatuto da Cidade (BRASIL, 2001), que estabeleceu que todos os municípios brasileiros com mais de 20 mil habitantes deveriam elaborar um Plano Diretor Participativo, delineando assim uma série de mudanças na prática de planejamento e gestão urbanos. O Plano Diretor Participativo Municipal constituiu-se como o principal instrumento legal de planejamento para o desenvolvimento urbano nas cidades brasileiras, e o Conselho de Desenvolvimento Urbano como o principal instrumento da gestão participativa, responsável por garantir a implantação do plano diretor (RODOVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2019). A legislação brasileira prevê a existência de instâncias de participação social obrigatória em diversas áreas como da Assistência Social, da Habitação, do Idoso, de Previdência, de Saúde, do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente e do Conselho Tutelar. Na educação, a legislação prevê também como obrigatórios os Conselhos de Alimentação Escolar (MACHADO, 2019).

A estratégia de incorporar a participação social em diferentes áreas, como por exemplo o desenvolvimento de um bairro, é frequente em diversos países pelos continentes europeu, americano e africano. Acredita-se que envolver os moradores no desenvolvimento do bairro é uma forma de promover a saúde pública e contribuir para o bem-estar dos indivíduos. Na Suécia existe uma ordem clara sobre a responsabilidade dos municípios de convidar e permitir que os cidadãos sejam envolvidos na formulação e implementação de políticas. A percepção dos moradores do bairro sobre sua capacidade de agir desempenha um papel importante na participação dos mesmos (FRÖDING; ELANDER; ERIKSSON, 2012).

Nos Estados Unidos da América, a Lei de Política Ambiental Nacional iniciou o desenvolvimento do programa de Avaliação de Impacto Ambiental e com ele a participação pública (PETTS, 2003). Em várias conferências internacionais após a introdução da Avaliação de Impacto Ambiental, a importância de participação pública na tomada de decisões ambientais foi formalmente reconhecida. Refletindo a centralidade percebida da participação pública na tomada de decisões ambientais, praticamente todos os países que aplicam a Avaliação de Impacto Ambiental promulgaram pelo menos algumas medidas práticas para a participação pública no processo de tomada de decisão (GLUCKER, 2012).

Na Holanda, as organizações de saúde e assistência incentivam que os profissionais implementem formas de envolvimento da comunidade em suas ações. Muitas vezes, as comunidades têm uma visão mais holística de saúde e bem-estar, permitindo assim que as organizações ajam além de seus próprios interesses e atribuições tradicionais. Os profissionais são encorajados a explorar atividades e mecanismos que gerem intervenções mais inclusivas e diversificadas na comunidade onde atuam (DE WEGER *et al.*, 2018). No Quênia, é reconhecida a contribuição das comunidades para o sucesso dos programas de saúde e atividades de desenvolvimento em geral. A comunidade participa da implementação das diretrizes anuais do setor de saúde identificando problemas e estabelecendo as prioridades para o planejamento das mesmas (O'MEARA, 2011).

Na Espanha, a participação da comunidade na saúde ocorre através de um sistema em que cidadãos, profissionais e gestores mantêm uma rede de relações complexa, maleável e multidirecional, tanto do ponto de vista assistencial quanto governamental. A participação social não é entendida como mera consulta à comunidade, mas como um envolvimento dos cidadãos na tomada de decisão de forma ativa, consciente, responsável, deliberada, organizada e sustentada. Os órgãos formais do CS são os conselhos de saúde, criados pela Lei Geral de Saúde (1978) e posteriormente desenvolvidos por diversas normativas (SÁINZ-RUIZ; MÍNGUEZ-ARIAS; MARTÍNEZ-RIERA, 2019).

Na Guatemala, foi criado o Sistema de Conselhos de Desenvolvimento Urbano e Rural, em 2002. Esse sistema cria mecanismos participativos para a priorização e alocação de orçamentos públicos desde o nível local até o governo federal. A estrutura desse sistema possui cinco diferentes níveis de representação. No nível mais local estão os Conselhos Comunitários de Desenvolvimento, formados a partir de assembleias comunitárias. O próximo nível é o municipal, e aqui é instituído o Conselho Municipal de Desenvolvimento, no qual os representantes são dos Conselhos Comunitários, do governo municipal, de outras instituições públicas (Ministérios da Saúde, Educação) e de instituições não governamentais de desenvolvimento presentes no município. Esse conselho é presidido pelo prefeito municipal. O próximo nível é o Conselho Departamental de Desenvolvimento, que conta com a presença de autoridades departamentais de instituições executivas (ministérios e secretarias), prefeituras (prefeitos dos municípios que compõem o departamento), governador departamental, representantes de universidades, representantes de grupos étnicos no departamento e associações de mulheres e representantes de partidos políticos. Os outros dois níveis são o regional e o nacional, cujas estruturas são semelhantes à do nível departamental. Das cinco instâncias, a mais importante para a coleta de prioridades de investimento social é a

municipal, para onde os Conselhos Comunitários trazem suas demandas por infraestrutura e serviços sociais. A este nível, é discutida e acordada uma lista final, que é apresentada ao nível departamental para programar os recursos que chegarão aos municípios. A Lei dos Conselhos de Desenvolvimento e sua implementação possui muitas limitações que vão desde a legitimidade dos representantes, as cotas de representação nos próprios conselhos e o processo de alocação de recursos para as diferentes prioridades setoriais. Apesar disso, o sistema de Conselhos de Desenvolvimento é o espaço público de debate e diálogo entre autoridades municipais, representantes do poder executivo, organizações não governamentais de fomento, setor acadêmico e cidadãos (organizações de base comunitária) (FLORES; GÓMEZ-SÁNCHEZ, 2010).

Quando iniciativas desse tipo encontram amparo na gestão pública, conseguem atingir níveis mais elevados de participação social. Isso ocorre porque a gestão participativa que permeia a instituição a qual gerencia reconhece a legitimidade às instâncias participativas. Assim, os sujeitos que participam entendem seu poder e a cultura participativa se amplia para outros campos e setores (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

2.2.2 Obstáculos para a efetividade do controle social sobre as políticas públicas

Por meio dos espaços de controle social do SUS, garante-se a incorporação das demandas sociais expressas por diferentes sujeitos coletivos. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que exista um efetivo controle social e uma gestão participativa, sendo fundamental que sejam conhecidos os desafios enfrentados nos diferentes canais de participação popular que prejudicam o pleno exercício do controle social (GOMES; ORFÃO, 2021). Entre os principais fatores que contribuem para a baixa efetividade do controle social são: a dificuldade dos atores em lidar com a pluralidade; a fragilidade da relação entre o conselheiro e a entidade que ele representa, o que, muitas vezes, faz com que as decisões tomadas sejam consideradas meros compromissos pessoais, e a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções. O acesso às informações quanto ao funcionamento da máquina administrativa coloca os conselheiros governamentais em vantagem em relação aos não governamentais (CARVALHO, 2017).

A prática nos Conselhos tem demonstrado que, mesmo que entre sociedade e governo exista uma igualdade numérica, essa igualdade por si só não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório (TATAGIBA, 2002). Estudos apontam que entre os desafios das instâncias colegiadas, que influenciam negativamente o desempenho dos órgãos de

controle social, destaca-se a escassa participação dos conselheiros de saúde nos colegiados a exemplo dos representantes do segmento de usuários (GOMES; ORFÃO, 2021). Há uma falta de cultura de participação, trata-se de uma mentalidade e um comportamento a serem construídos pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão (COTTA *et al.*, 2011).

Um maior número de representantes deve participar do momento de análise da situação, de modo a possibilitar a expressão das diversas posições sobre os problemas de saúde de um território (MATUS, 1993). Porém, observa-se que a participação da sociedade civil nos conselhos por vezes assume contornos mais reativos que propositivos (TATAGIBA, 2005). Logo, não se trata somente de estimular as pessoas a participarem mais do processo de formulação de políticas públicas locais, mas de assegurar a qualidade dessa participação sobretudo em sua perspectiva pedagógica e deliberativa (MILANI, 2008).

Os conselheiros de saúde são os atores que mediam a efetivação do controle social e precisam estar conscientes da responsabilidade dos seus papéis no cenário político e social. Entretanto, existe uma escassez de capacitações para os membros dos Conselhos de Saúde (GOMES; ORFÃO, 2021). Essa falta de capacitações provoca no segmento dos usuários uma participação de baixa qualidade (COELHO, 2012), que prejudica a sua atuação e o processo de tomada de decisão por parte desses atores sociais (MARTINEZ; KOHLER, 2016; BUTTERFOSS, 2006). Ocorre uma centralização de informações entre os segmentos dos gestores e profissionais da saúde (GOMES; ORFÃO, 2021).

Assim, essa relação assimétrica de poder pode ter como efeito a função meramente informativa por parte dos conselhos, o que torna improvável a elaboração comum de políticas públicas (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). É fundamental que a elaboração de projetos e cursos de capacitação para conselheiros de saúde possuam metodologias e referenciais pedagógicos que contemplem a diversidade e heterogeneidade dos grupos participantes (ALENCAR, 2012). Avaliando o impacto do processo de capacitação de conselheiros sobre o desempenho de um conselho, observou-se que os conselheiros capacitados apresentavam uma média de intervenções mais elevada nas reuniões e de articulação com sua base (CORREIA, 2005). O uso de uma determinada linguagem extra codificada pode impossibilitar uma reação por parte dos conselheiros que não possuem o seu domínio (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

Outra dificuldade enfrentada é os conselheiros estarem fisicamente disponíveis para reuniões ou workshops, ou mesmo o curto tempo dessas reuniões dificulta para que entendam a complexidade das discussões e consigam de forma efetiva participarem do processo de tomada de decisão (UITTENBROEK *et al.*, 2019). Ferramentas baseadas na Internet, como as

redes sociais, permitem uma rede na qual os participantes podem ingressar para serem informados, dar voz/feedback e ser organizado (GORDON *et al.*, 2017). Porém, a falta de acesso à Internet deve ser levada em conta para que alguns indivíduos ou grupos na sociedade não percam a oportunidade de serem empoderados (TOUCHTON; WAMPLER; SPADA, 2019). Pouco acesso às informações de saúde pelo meio digital resulta em relações dissimétricas de poder no âmbito das discussões dos conselhos (FERNANDES; SPAGNUOLO; NASCIMENTO, 2017).

Invariavelmente, combinar canais on-line e offline de engajamento cívico, práticas e atividades, parece ser necessário para fornecer acesso suficiente para ter voz no processo participativo e influenciar a tomada de decisões (DIAS, 2018). Um exemplo disso é o município de Belo Horizonte. Em 2006, após ter OP presencial desde 1993, o município introduziu o uso de ferramentas baseadas na internet. Na primeira fase, o governo apresenta uma série de projetos que os cidadãos votam. O governo cria essa lista sem a participação direta do público. Os cidadãos podem acessar as informações sobre os projetos em um site apoiado pelo governo e podem postar comentários antes e durante a fase de votação. Finalmente, os cidadãos votam em três projetos. Para isso, foram instalados 170 computadores em quiosques em áreas de grande tráfego para fazer o OP digital mais acessível aos moradores sem acesso a computadores ou internet (TOUCHTON; WAMPLER; SPADA, 2019).

Outro ponto é a necessidade de democratizar a informação, pois o exercício do controle e a participação social demanda visibilidade e compartilhamento do que é público (MARTINS *et al.*, 2008). O resultado de um estudo realizado com o objetivo de conhecer e analisar as ações de um CMS pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul mostrou que as resoluções emanadas das reuniões plenárias do conselho analisado não eram homologadas e divulgadas para a população, uma vez que não existia um espaço de divulgação oficial. Assim, os conselhos acabam mantendo-se apenas como uma formalidade que não caracteriza o encaminhamento das deliberações, muito menos a visibilidade das ações para a população em geral. De modo que, o mero funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social (LANDERDHAL *et al.*, 2010).

Outro fator que influencia a efetividade do controle social são as expectativas dos participantes. Estas quando não são atendidas geram frustração e podem acarretar a desistência de participação (MCNULTY, 2019). Entretanto, deve-se destacar que diferentes membros têm diferentes interesses, resultando em diferentes expectativas em relação à

participação (PETTS, 2003; CÔRTEZ, 2009). Assim, o controle social requer um fluxo constante de novos participantes (PAULIN, 2019). É o caso, por exemplo, da Costa Rica e da Nicarágua, onde os comentários recebidos do público muitas vezes não eram levados em consideração pela agência de avaliação de impacto ambiental, levando as pessoas a absterem-se de participar formalmente deste espaço e a recorrerem a formas informais de participação como marchas de protesto (GLUCKER, 2012).

Nota-se também que os conselhos de saúde muitas vezes se tornam alvos de disputas político-partidárias, tornando-se uma arena de conflito entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público na saúde (GERSCHMAN, 2004). Muitas vezes as dimensões fiscalizatórias de controle social envolvem o atendimento à saúde, como por exemplo, o atraso do médico, a falta de medicamentos, a obra paralisada no “posto de saúde” etc., negligenciando as questões macro ou essenciais das políticas públicas (DE CASTRO OLIVEIRA, 2006). O clientelismo que antes se referia apenas à compra do voto do eleitor, passou a ser entendido mais como uma relação de troca (MÜLLER, 2020). Assim, nos municípios sem tradição organizativa-associativa, os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, não atendendo aos objetivos de controle e fiscalização dos negócios políticos (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

A falta de tradição de participação popular e o forte clientelismo político ainda presente nas instituições brasileiras levam a uma concentração muito grande do poder nas mãos do executivo local, dificultando a atuação dos Conselhos de Saúde (LUZ *et al.*, 2020). Em muitos municípios, o governo municipal detém o amplo comando do Conselho de Saúde, tornando-se uma barreira, principalmente por aqueles de menor porte de autonomia (LIMA; LIMA, 2017). Uma das recomendações descritas na Resolução 453/2012 busca aproximar participação e representação. Garantir que os representantes e decisores da política pública de saúde não se distanciem de seus representados e fiquem atentos às necessidades coletivas (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2021).

É importante frisar também que os conselheiros em sua maioria estão realizando uma atividade extra aos seus trabalhos formais e que a infraestrutura dos conselhos no geral não lhes permite contar com uma assessoria jurídico-administrativa necessária para a complexidade que tratam (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012). Esse acúmulo de funções gera ausência e dificuldades de participação também no segmento gestor (AVRITZER; ALMEIDA; SILVA, 2010). A ausência deste segmento causa indignação para os usuários e trabalhadores (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013). O conselho efetiva-se quando se encontra articulado com gestores que procuram ativar a participação através de experiências

inovadoras concretas e que acreditam na democracia participativa (VAN STRALEN *et al.*, 2006). Assim, é necessário proporcionar condições para que a democracia participativa ocorra na prática (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil dos gestores municipais do estado do Rio Grande do Sul que valorizam os Conselhos Municipais de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o reconhecimento que os gestores municipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul têm da participação dos usuários e diferentes profissionais no processo de tomada de decisão como dispositivo para qualificar a atenção à saúde prestada à população.
2. Explorar as características demográficas, educacionais e sociais do gestor associadas a uma valorização da consulta deliberativa ao Conselho Municipal de Saúde.
3. Analisar os fatores contextuais dos municípios associados à valorização por parte dos gestores de consulta ao controle social.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

O presente artigo, intitulado *Percepção de gestores de saúde sobre a utilidade do controle social: fatores individuais e contextuais* foi formatado de acordo com as normas do periódico *Ciência e Saúde Coletiva*, ao qual será submetido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização dos conselhos de saúde é uma inovação política para o avanço da democracia e do SUS e uma singularidade no contexto latino-americano. A valorização dos espaços participativos por parte dos gestores municipais de saúde pode ser uma forma de desenvolvimento democrático mais justa, onde ocorre a participação direta dos cidadãos no processo de tomada de decisão. Porém, o exercício do controle social no âmbito dos conselhos de saúde constitui um processo de interação entre os distintos sujeitos, portadores de interesses diversos, com diferentes necessidades, formas de inserção social e visões de mundo que fazem com que haja uma disputa de poder entre os diversos atores sociais envolvidos. Assim, deve-se melhorar a qualidade da representação e elevar a efetividade desses espaços para que ocorra uma maior interferência no ciclo das políticas públicas.

Ainda, conhecer o perfil dos gestores e os fatores contextuais que levam ao reconhecimento desses espaços como relevantes no processo de planejamento e tomada de decisão é uma forma de qualificar a atenção à saúde prestada. Ao identificar esses fatores, a população e as administrações engajadas com a melhoria do sistema público de saúde podem se tornar mais informadas em suas escolhas e traçar estratégias que subsidiem a superação dos obstáculos.

Essa pesquisa teve caráter inédito visto que não se tem conhecimento de estudos semelhantes com abrangência estadual acerca dos fatores que levam os gestores municipais de saúde a valorizarem a consulta ao CMS para tomada de decisão. Para novos estudos relacionados a esse tema, ficam algumas lacunas sobre outros fatores associados à tomada de decisão, à valorização da consulta ao CMS e fatores associados à valorização da consulta ao CMS por parte dos gestores municipais e a cobertura de ESF.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, H. H. R. DE. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. Saude soc., 2012 21 suppl 1, p. 223–233, maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500019>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- ALMEIDA, A. G. DE.; BORBA, J. A.; FLORES, L. C. DA S. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. Rev. Adm. Pública, 2009 43(3), p. 579–607, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000300004>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, n. Serv. Soc. Soc., 2012 (109), p. 68–92, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100005>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- ANDRÉ, Ayla Nóbrega *et al.* Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 2, p. 217–237, 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3313>. Acesso em: 22 out. 2022.
- ARCARI, Janete Madalena. **Qualidade da elaboração do relatório de gestão nos municípios da região de saúde 29: Vales e montanhas**. 2015. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Saúde) — Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/130263>. Acesso em: 25 out. 2022.
- ARCARI, J. M. et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. **Ciênc. saúde coletiva**, 2020 25(2), p. 407–420, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- AVRITZER, L.; ALMEIDA, D. R.; SILVA, K. J. O. **Repensando os mecanismos participativos de Belo Horizonte**: representação, capacitação e intersetorialidade [Relatório final]. Belo Horizonte, 2010.
- AZEVEDO, N. L. DE.; CAMPOS, M. M.; LIRA, R. A. Por que os conselhos não funcionam? Entraves federativos para a participação popular no Brasil. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 13, n. **Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc.**, 2020 13(2), p. 439–461, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/dilemas.v13n2.21870>. Acesso em: 08 set. 2022.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, p. 403–409, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2008.v23n6/403-409/#ModalArticles>. Acesso em: 03 nov. 2022.

BONIN, S.; KRÜGER, T. R. Planejamento e Serviço Social. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 63-83, 2015. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1216>. Acesso em: 13 ago. 2022.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. **Saúde debate**, 2019 43(123), p. 1168–1180, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912315>. Acesso em: 08 set. 2022

BRASIL. Constituição (1990). **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. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. **Estatuto da Cidade – Lei Federal nº 10.257**. Regulamenta os artigos 182 e 183 da Constituição Federal, que estabelecem diretrizes gerais da política urbana e dão outras providências. Brasília: Senado Federal, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm#:~:text=LEI%20No%2010.257%2C%20DE%2010%20DE%20JULHO%20DE%202001.&text=Regulamenta%20os%20arts.%20182%20e,urbana%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**. 29 dez 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. 23 fev 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. Resolução nº 374, de 14 de junho de 2007. **Diário Oficial da União**. 14 jun 2007. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_07.htm. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 109, p. 138-138, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 21 out. 2022.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. Serv. Soc. Soc., 2012 (109), p. 126–150, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008>. Acesso em: 03 nov. 2022.

BUTTERFOSS, Frances Dunn. Process evaluation for community participation. **Annu. Rev. Public Health**, v. 27, p. 323-340, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16533120/>. Acesso em: 24 jun. 2022.

CARVALHO, A. I. DE. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. Ciênc. saúde coletiva, 1998 3(1), p. 23–25, jan. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812319983102562014>. Acesso em: 15 jul. 2022.

CARVALHO, André Luis B.; DE JESUS, Washington Luiz A.; SENRA, Isabel Maria V.B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, pp.1155–1164, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>. Acesso em: 15 jul. 2022.

CASTRO, Inês R.R. A extinção do conselho nacional de segurança alimentar e nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009919>. Acesso em: 08 set. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 03 nov. 2022.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde & Sociedade**, v. 21, supl. 1, p. 138-151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>. Acesso em: 10 dez. 2022.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 280p.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. In: MOTA, A.E. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 111-135, 2006.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1626-1633, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TzpRhZHCvx4cpH8yqw99GgG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2022.

COSTA, AM.; VIEIRA, NA. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 13 ago. 2022.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 21, p. 1121-1138, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300019>. Acesso em: 28 jul. 2022.

DE CASTRO OLIVEIRA, Valdir. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. **Caderno mídia e saúde pública**, p. 83-100, 2006. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno_midia_e_saude_publica.pdf. Acesso em: 24 jun. 2022.

DE WEGER, E. *et al.* Achieving successful community engagement: a rapid realist review. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3090-1>. Acesso em: 15 jul. 2022.

DIAS, Nelson. **Hope for democracy: 30 years of participatory budgeting worldwide**. Vila Ruiva: Epopeia Records, 2018. Disponível em: https://npms.cfh.ufsc.br/files/2018/09/hope_for_democracy_-_digital.pdf. Acesso em: 03 nov. 2022.

DUARTE, Marisa RT. O conceito de controle social e a vinculação de recursos à educação. **29ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu, Brasil**, 2006. Disponível em: <https://www.anped.org.br/sites/default/files/gt05-2087.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2023.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2012. p. 853-883. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-36.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 125-134, jan./mar., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p125>. Acesso em: 08 set. 2022.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; NASCIMENTO, Edinalva Neves. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 218-228, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017167411>. Acesso em: 05 set. 2022.

FLORES, Walter; GÓMEZ-SÁNCHEZ, Ismael. La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. **Revista de Salud Pública**, v. 12, p. 138-150, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2010.v12suppl1/138-150/es/>. Acesso em: 03 nov. 2022.

FOX, Jonathan. Controle social: o que as evidências realmente mostram. **Revista da CGU**, v. 11, n. 20, p. 1331-1359, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v11i20.201>. Acesso em: 13 ago. 2022.

FRÖDING, Karin; ELANDER, Ingemar; ERIKSSON, Charli. Neighbourhood development and public health initiatives: who participates? **Health Promotion International**, v. 27, n. 1, p. 102-116, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar024>. Acesso em: 03 nov. 2022.

FUGINAMI, Cássio Noboro; COLUSSI, Claudia Flemming; ORTIGA, Angela Maria Blatt. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 857-870, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FUKS, Mário. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Revista de Sociologia e Política**, p. 47-61, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000200006>. Acesso em: 20 jun. 2022.

GANUZA, Ernesto; BAIOCCHI, Gianpaolo. The power of ambiguity: How participatory budgeting travels the globe. **Journal of Deliberative Democracy**, v. 8, n. 2, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.16997/jdd.142>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1670-1681, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600026>. Acesso em: 03 nov. 2022.

GIL, Célia Regina Rodrigues *et al.* **Gestão Pública em Saúde: a importância do planejamento na gestão do SUS**. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7359/1/GP1U3.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2022.

GLUCKER, Anne. **Public participation in Environmental Impact Assessment (EIA) — an investigation into theory and practice in Costa Rica and Nicaragua**. 2012. 95f. Dissertação (Mestrado em Geociências) — Utrecht University, Faculdade de Geociências, 2012. Disponível em: https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/10250/Anne%20Glucker_Master%20Thesis.pdf?sequence=1. Acesso em: 28 jun. 2022.

GOMES, José Felipe de Freitas; ORFÃO, Nathalia Halax. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1199-1213, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Acesso em: 13 ago. 2022.

GORDON, Victoria; OSGOOD JR, Jeffery L.; BODEN, Daniel. The role of citizen participation and the use of social media platforms in the participatory budgeting process. **International Journal of Public Administration**, v. 40, n. 1, p. 65-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01900692.2015.1072215>. Acesso em: 13 ago. 2022.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 797-805, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300027>. Acesso em: 08 set. 2022.

HAUM, Natália Dias Alves Públio; CARVALHO, Manoela de. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200350, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200350>. Acesso em: 15 jul. 2022.

IGLESIAS, Alexandra *et al.* Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas. **Espaço para a Saúde**, v. 22, 2021. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/755/634>. Acesso em: 04 ago. 2022.

LANDERDHAL, Maria Celeste *et al.* Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2431-2436, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500017>. Acesso em: 20 out. 2022.

LEITE, Valéria R.; LIMA, Kenio C.; VASCONCELOS, Cipriano M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Cien Saude Colet.** v, 17., n. 7, p. 1849-1856, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>. Acesso em: 22 out. 2022.

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1168-1176, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>. Acesso em: 09 dez. 2022.

LUNA, Stella Maris Malpici. **Perfil dos gestores municipais de saúde do Estado do Mato Grosso**. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2006.

LUZ, Helder Corrêa *et al.* Democratização da saúde: desafios da municipalização e descentralização administrativa relacionado a participação e controle social. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 508-523, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-035>. Acesso em: 13 ago. 2022.

LUZ, A. B. C.; PEREIRA, M. F.; SILVA, M. L. B. Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) **Coleção Gestão da Saúde Pública**. V. 3, 2013.

MACHADO, Maria Goreti Farias. Controles e accountability na gestão pública: breve análise de controle social na educação brasileira. **Políticas Educativas–PoEd**, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PoEd/article/view/99177>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MALAMAN, Lia Bissoli *et al.* Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**. V. 31, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310408>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MARTINEZ, Martha Gabriela; KOHLER Jilian Clare. Civil society participation in the health system: The case of Brazil's Health Councils. **Global Health**. v, 12; n. 64, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0197-1>. Acesso em: 13 ago. 2022.

- MARTINS, Poliana Cardoso *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 18, p. 105-121, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>. Acesso em: 08 set. 2022.
- MCNULTY, S. Frustrated Participation: Evaluating Fifteen Years of the National Participatory. **Revistas – Pontificia Universidad Católica del Peru**. v. 6, n. 11, p. 7-30, 2019.
- MILANI, Carlos R.S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, v. 42, p. 551-579, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000300006>. Acesso em: 03 nov. 2022.
- MÜLLER, Matheus. Por que ainda falamos de clientelismo no Brasil? **Revista Debates**. v. 14, n. 3, p. 150-176, dez., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-5269.109274>. Acesso em: 10 out. 2022.
- OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2329-2338, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- O'MEARA, Wendy Prudhomme *et al.* Community and facility-level engagement in planning and budgeting for the government health sector—A district perspective from Kenya. **Health Policy**, v. 99, n. 3, p. 234-243, 2011. Disponível em: doi: 10.1016/j.healthpol.2010.08.027. Acesso em: 21 jun. 2022.
- PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- PARK, Yerin. **Participatory Budgeting and Willingness to Pay Taxes: Evidence from an Exploratory Sequential Mixed Methods Study**. 2020. 24f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) — The George Washington University, 2020.
- PAULIN, Alois. The Quantum Budget vs. Participatory Budgeting. In: CHEN, Yu-Che; SALEM, Fadi; ZUIDERWIJK, Anneke. (Org.). **Proceedings of the 20th Annual International Conference on Digital Government Research**. New York: Association for Computing Machinery, 2019. p. 154-158.
- PETTS, J. Public participation and Environmental Impact Assessment. In: PETTS J (Ed.). **Handbook of Environmental Impact Assessment**. Vol. 1. London: Blackwell Science, 2003.
- PINAFO, Elisângela *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1619-1628, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>. Acesso em: 16 jul. 2022.
- PICKERING, William Stuart Frederick (Ed.). **Durkheim today**. Berghahn Books, 2002.

PRESOTO, Lucia Helena; WESTPHAL, Márcia Faria. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga - SP. **Saúde e Sociedade**. v. 14, n. 1, p. 68-77, abr., 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000100008>. Acesso em: 03 ago. 2022.

RODOVALHO, Sarah Afonso; SILVA, Mônica Aparecida da Rocha; RODRIGUES, Waldecy. Planejamento urbano participativo e gestão democrática em Palmas (TO) à luz da democracia deliberativa. **Urbe, Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.e20190072>. Acesso em: 10 dez. 2022.

ROESE, Adriana; GERHARDT, Tatiana Engel; MIRANDA, Alcides Silva. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 935-947, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070525>. Acesso em: 09 dez. 2022.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 nov. 2022.

SÁINZ-RUIZ, Pablo Alberto; MÍNGUEZ-ARIAS, Jorge; MARTÍNEZ-RIERA, José Ramón. Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en La Rioja. **Gaceta Sanitaria**, v. 33, n. 2, p. 134-140, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.012>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTOS, Christiane Luiza *et al.* Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais Brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4389-4399, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SILVA, Francisco Carlos da Cruz. Controle social: reformando a administração para a sociedade. **Organizações & Sociedade**, v. 9, p. 115-137, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302002000200008>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SILVA, Rita de Cássia Costa da; NOVAIS, Maykon Anderson Pires de; ZUCCHI, Paola. Participação social: um olhar sobre a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, a partir da Resolução 453/2012. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310210, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310210>. Acesso em: 07 ago. 2022.

SIQUEIRA, Lucimar Fátima; MARZULO, Eber Pires. Da democracia participativa à desdemocratização na cidade: a experiência do Orçamento Participativo em Porto Alegre. **Cadernos Metr pole**, v. 23, p. 399-422, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2021-5016>. Acesso em: 13 ago. 2022.

TOUCHTON, Michael; WAMPLER, Brian; SPADA, Paolo. The digital revolution and governance in Brazil: Evidence from participatory budgeting. **Journal of Information Technology & Politics**, v. 16, n. 2, p. 154-168, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19331681.2019.1613281>. Acesso em: 08 set. 2022.

UITTENBROEK, Caroline J. *et al.* The design of public participation: who participates, when and how? Insights in climate adaptation planning from the Netherlands. **Journal of Environmental Planning and Management**, v. 62, n. 14, p. 2529-2547, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09640568.2019.1569503>. Acesso em: 05 set. 2022.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 621-632, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300011>. Acesso em: 03 nov. 2022.

VILLANI, Renata Alves Gomes; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saúde Soc**, v. 22, n. 2, p. 521-529, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200021>. Acesso em: 03 nov. 2022.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1621-1628, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600016>. Acesso em: 20 jul. 2022.

WENDHAUSEN, Águeda; CARDOSO, Sandra de Mello. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 579-584, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500018>. Acesso em: 15 ago. 2022.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AOS GESTORES



Formulário fora do período de validade!

Data Inicial: 14/01/2017

Data Final: 10/01/2020

Em caso de dúvida entre em contato com:

Nome: Violeta Rodrigues Aguiar

Email: violetaaguiar@gmail.com

Telefone: (51) 9810-59405

Pesquisa: Tomada de Decisão em Políticas Públicas de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a participar do estudo **“A Tomada de Decisão em Políticas Públicas de Saúde”** que tem como objetivo estudar o perfil dos gestores públicos de saúde dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e fatores relacionados ao processo de tomada de decisão em relação às políticas públicas. Esta pesquisa está sendo realizada por professores e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sendo seus participantes os secretários municipais de saúde do RS. O instrumento é composto por quatro BLOCOS referentes: ao perfil do gestor, a formação e experiência profissional do gestor, a visão sobre o sistema e a tomada de decisão, totalizando 44 questões. O tempo médio aproximado para responder é de 30 minutos. O conhecimento produzido a partir deste estudo será apresentado no COSEMS e em artigos científicos. Fica ainda assegurado o direito ao sigilo de todas as informações coletadas, não sendo permitido acesso por outra pessoa que não o próprio participante ou responsável. Toda e qualquer dúvida no decorrer do estudo poderá ser esclarecida pelos envolvidos nesta pesquisa através dos telefones, (51)985250214 Fernando Ritter, (55)984732972 Fabiana da Silva Cabreira, (51)994440048 Roger Keller Celeste e (51)981059405 Violeta Rodrigues Aguiar. Os pesquisadores, estarão sempre à disposição para esclarecimentos. Possíveis problemas podem ser reportados diretamente ao Comitê de Ética Central da UFRGS (51) 3308.3629.

Para participar do estudo leia a declaração abaixo e assinale a alternativa para ter acesso ao instrumento de pesquisa:

Eu declaro que fui informado pessoalmente dos objetivos desta pesquisa, bem como sei dos meus direitos e dos deveres dos pesquisadores.

E aceito participar da pesquisa via preenchimento deste formulário digital.

BLOCO 1 - PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DO GESTOR

1. Em que município você é gestor?

2. Qual é sua data de nascimento?(dd/mm/aaaa):

3. Qual seu sexo?

Masculino

Feminino

4. De acordo com as categorias abaixo, qual é a sua cor ou raça?

Branca

Parda

Preta

Amarela

Indígena

Não quero informar

5. Assinale todos os NÍVEIS EDUCACIONAIS concluídos e as respectivas INSTITUIÇÕES:

Ensino Fundamental completo ou equivalente (1º Grau até 8ª série, ou supletivo)

Conclui em instituição pública

Conclui em instituição privada

Não conclui

Ensino Médio completo ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo):

Conclui em instituição pública

Conclui em instituição privada

Não conclui

Ensino Superior de graduação (Universidade) completo:

Conclui em instituição pública

Conclui em instituição privada

Não conclui

Qual curso?

Pós-graduação: Especialização:

- Conclui em instituição pública
 Conclui em instituição privada
 Não conclui

Qual curso?

Pós-graduação: Mestrado completo:

- Conclui em instituição pública
 Conclui em instituição privada
 Não conclui

Qual curso?

Pós-graduação: Doutorado completo:

- Conclui em instituição pública
 Conclui em instituição privada
 Não conclui

Qual curso?

6. Qual o nível educacional de sua MÃE?

- Ensino Fundamental ou classe de alfabetização incompleto
 Ensino Fundamental ou equivalente (1º Grau até 8ª série, ou supletivo) completo
 Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) incompleto
 Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) completo
 Ensino Superior de graduação (Universidade) incompleto
 Ensino Superior de graduação (Universidade) completo
 Pós-graduação

7. Qual o nível educacional de seu PAI?

- Ensino Fundamental ou classe de alfabetização incompleto
 Ensino Fundamental ou equivalente (1º Grau até 8ª série, ou supletivo) completo
 Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) incompleto
 Ensino Médio ou equivalente (2º grau até 3ª série, ou supletivo) completo
 Ensino Superior de graduação (Universidade) incompleto
 Ensino Superior de graduação (Universidade) completo
 Pós-graduação

8. Quantas pessoas residem na sua casa contando com você?

- Resido sozinho
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

9. Renda líquida Pessoa 1:

Qual a renda líquida de cada pessoa que mora em sua casa contando salários, consultorias, aluguéis, aposentadorias, pro-labore, etc e descontando os impostos e outras despesas legais?

Renda líquida Pessoa 2:**Renda líquida Pessoa 3:****Renda líquida Pessoa 4:****Renda líquida Pessoa 5:****Renda líquida Pessoa 6:****10. Você pratica alguma religião?**

- NÃO
- SIM

Qual?**11. Você é vinculado a algum partido político?**

- NÃO
- SIM

Qual?**Qual?**

12. Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem alguma(s) das doenças crônicas listadas abaixo?

Qual?

13. Onde foi a última vez que você utilizou atendimento médico?

- Serviço público
- Serviço particular
- Plano de Saúde/Convênios
- Outro

14. Onde foi a última vez que você utilizou atendimento odontológico:

- Serviço público
- Serviço particular
- Plano de Saúde/Convênios
- Outro

15. Com que frequência você acessa algum serviço de saúde em geral?

- Somente quando tenho urgência
- Pelo menos uma vez ao ano
- Pelo menos uma vez a cada 2 anos
- Em intervalos maiores de 3 anos

BLOCO 2 – FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DO GESTOR

16. Qual o atual cargo/função de gestão que você exerce no município?

17. Qual a forma de contratação do seu atual cargo/função de gestão?

- Estatutário
- Celetista
- Cargo em Comissão (CC)
- Cedido (de outros órgãos governamentais)
- Outra

Qual?

18. Quantas horas de trabalho semanais são contratualizadas no seu atual cargo/função de gestão ?

Assinale a quantidade mais aproximada

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas

- Mais de 40 horas
 Dedicção Exclusiva

19. Quando começou a trabalhar nesta Instituição em que atualmente exerce o cargo/função de gestão (dd/mm/aaaa) ?

Data aproximada

20. E em que data assumiu o atual cargo de gestão (dd/mm/aaaa)?

21. Já esteve em algum outro cargo de administração/gestão antes?

- NÃO
 SIM

Qual(is)?

22. Você realizou, nos últimos 3 anos, algum curso/congresso (excluindo pós-graduação lato/stricto sensu) ?

- Sim, na área de gestão/administração.
 Sim, na área de saúde pública.
 Sim, em outras áreas.
 Não

Qual(is)?

23. Você leu algum artigo científico nos últimos três anos?

- Não
 Sim

Para qual finalidade?

Qual o nome do artigo?

BLOCO 3 - VISÃO DO GESTOR SOBRE O SISTEMA

Nas próximas questões NÃO HÁ resposta correta ou errada, gostaríamos de saber sua opinião sobre o sistema de saúde público municipal no qual você é gestor

24. Na sua opinião /visão, qual deveria ser a porta preferencial de entrada do usuário na rede de atenção a saúde? Assinale a alternativa mais adequada.

- Atenção Básica/Primária

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
- Atenção de Média complexidade ou Secundária
- Atenção Alta complexidade (hospitais) ou Terciária
- Não há porta preferencial

25. Na sua opinião/visão, a gestão, de um modo geral, estimula e/ou oportuniza capacitações/formações suficientes para os profissionais da rede? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca
- Não lembro/Não sei

26. Na sua opinião/visão, qual(ais) nível(eis) de rede de atenção à saúde, disponibilizado (s) pelo seu município, está(ão) adequada(s) as necessidades da população? Assinale uma ou mais alternativas.

- Atenção Básica/Primária
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
- Atenção de Média complexidade ou Secundária
- Atenção Alta complexidade (hospitais) ou Terciária
- Nenhum

27. Na sua opinião/visão, as decisões relacionadas com o atendimento clínico dos pacientes nas Unidades de Saúde deveriam ser tomadas preferentemente com qual fonte de informação? Assinale uma opção

- Experiência profissional
- Baseada em evidências
- Protocolos clínicos
- Normativas e/ou Notas Técnicas
- Outro

Qual?

28. Na sua opinião/visão, se tivesse disponível uma quantidade adicional de recurso financeiro para realizar qualquer investimento na saúde, considerando a realidade do seu município, qual a sua prioridade?

Numere com 1 a de maior prioridade, 2 e 3 prioridade intermediária e com 4 a de menor. NÃO MARQUE O MESMO NÚMERO MAIS DE UMA VEZ

	1	2	3	4
Unidades de Atenção Básica/Primária:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou similar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unidades de Atenção Média/Secundária (especializada):

Unidade de Alta Complexidade (hospital):

29. Na sua opinião/visão como deve ser organizada as ações prestadas pelos serviços de saúde? Assinale a alternativa mais adequada:

- Todos serviços devem abranger ações de prevenção, promoção e tratamento a saúde no âmbito individual e coletivo.
- Somente os serviços de Atenção Básica devem abranger ações de prevenção, promoção e tratamento a saúde no âmbito individual e coletivo.
- Não existe decisão sobre essa organização.
- Não estou informado.

30. Na sua opinião/visão o quanto é útil para a gestão consultar ao Conselho Municipal de Saúde para tomada de decisão?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca
- Não sei/Não lembro

31. Na sua opinião/visão o quanto é útil o uso de dados epidemiológicos da situação de saúde para tomada de decisão?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca
- Não lembro/Não sei

32. Na sua opinião/visão há utilidade da constituição de espaços de discussão entre diferentes profissionais como dispositivo para qualificar a atenção a saúde prestada a população? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase Nunca
- Nuca
- Não lembro/Não sei

Nas questões abaixo NÃO HÁ resposta certa ou errada, precisamos saber as decisões tomadas no seu município.

Não é uma avaliação da sua gestão.

No contexto das próximas perguntas, "decisão" deve ser entendida como uma resolução ou determinação que se toma relativamente a algo, ou seja, consiste em realizar escolhas entre diversas alternativas.

33. Existe alguma decisão quanto a necessidade de abertura de alguns serviços da rede de atenção a saúde nos sábados e/ou domingos?

- Não existe essa decisão
 Sim, existe a decisão de abrir
 Sim, existe a decisão de não abrir

Quais unidades ficam abertas nos sábados e/ou domingos?

- Unidades de Atenção Básica/Primária
 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
 Unidades de Atenção Média/Secundária (especializada)
 Unidade de Alta Complexidade (hospital)

34. Existe alguma decisão quanto a prioridade de investimento como gestor de saúde?

Numere com 1 a de maior prioridade, 2 e 3 prioridade intermediária e com 4 a de menor. NÃO MARQUE O MESMO NÚMERO MAIS DE UMA VEZ.

	1	2	3	4
Manutenção da estrutura física:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantitativo de recursos humanos :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abastecimento das unidades de saúde de insumos :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abastecimento das unidades de saúde de material permanente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Existe alguma decisão quanto ao horário de funcionamento das unidades? Assinale a alternativa mais adequada.

	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até as 17 ou 18 horas.	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até às 20 horas.	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até às 22 horas.	Sim, em sua maioria, elas funcionam das 7 ou 8 horas até as 24 horas por dia.	Não, não existe decisão, cada unidade tem seu horário.	Não temos esse tipo de serviço no município.
Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronto Atendimento (UPA) ou similar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção Média/Secundária (especializada):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta						

Complexidade (hospital):

36. Existe alguma decisão quanto a facilidade de acesso para grupo(s) específico(s)? Assinale a(s) alternativa(s) mais adequada(s).

- Sim para idosos
- Sim, para pacientes com necessidades especiais
- Sim, para população negra, indígenas, quilombolas ou outras etnias
- Sim, para população em situação de Rua
- Sim, para as gestantes.
- Sim, para recém nascidos
- Sim, de acordo com local de residência, vulnerabilidade social
- Não lembro/Não sei
- Não, não existe decisão
- Outro

Qual?

37. Existe alguma decisão com relação ao limite de tempo de espera para atendimento nos serviços? Assinale a(s) alternativa(s) mais adequada(s).

- Sim, nas Unidades de Atenção Básica/Primária
- Sim, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou similar
- Sim, nas Unidades de Atenção Média/Secundária (especializada)
- Sim, nas Unidade de Alta Complexidade (hospital)
- Não, não existe decisão, cada unidade organiza o seu tempo de espera

38. Existe alguma decisão com relação aos serviços de saúde realizarem visitas domiciliares para o acompanhamento das pessoas ou famílias? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sim, para todos os serviços de saúde em todas as complexidades.
- Sim, em todas as Unidades de Atenção Básica/Primária.
- Sim, mas apenas as Unidades de Atenção Básica com Saúde da Família.
- Não, não existe decisão.
- Não estou informado.

Se desejar, fale sobre essa decisão:

39. Existe alguma decisão com relação ao cumprimento de metas para os profissionais que atuam nos serviços de saúde do município? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sim, todos serviços de saúde.

- Sim, para alguns serviços de saúde.
- Sim, os serviços que cumprem as metas recebem incentivo financeiro.
- Não, não existe decisão
- Não estou informado.

Se desejar, fale sobre essa decisão:

40. Existe alguma decisão, no município, com relação a necessidade de implantação de Conselhos de Saúde ou Conselho Gestor nos serviços de saúde, com a participação de usuários? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sim, todos serviços de saúde tem esses conselhos formalizados.
- Sim, mas nem todos os serviços de saúde seguem essa determinação.
- Não, não existe decisão
- Não estou informado.

Se desejar, fale sobre essa decisão:

41. Existe alguma decisão, no município, com relação ao monitoramento de altas clínicas ou tratamentos concluídos? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sim, todos serviços de saúde tem essa determinação, monitorando os tratamentos concluídos.
- Sim, mas nem todos os serviços de saúde estão em conformidade com essa determinação.
- Não, não existe decisão.
- Não estou informado.

Se desejar, fale sobre essa decisão:

42. Existe alguma decisão, no município, com relação o desenvolvimento de ações da rede de atenção a saúde em parceria com rede da assistência social do município? Assinale a alternativa mais adequada.

- Sim, todos serviços de saúde tem essa determinação.
- Sim, mas nem todos os serviços de saúde seguem essa determinação.
- Não, não existe decisão
- Não estou informado.

Se desejar, fale sobre essa decisão:

43. Existe alguma decisão quanto a implantação dos instrumentos de integração e qualificação da rede de atenção à saúde abaixo:

	Sim, e foi realizada implantação total	Sim, e foi realizada implantação parcial	Sim, mas não foi implantado ainda	Não existe decisão a respeito	Não sei/Não lembro
Protocolos clínicos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prontuário eletrônico :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Central de regulação de consultas ou exames especializados:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemas de Informação em Saúde e Monitoramento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaços de diálogo e discussão entre os serviços: (Rodas de Conversa, Consultorias, Teleconsultorias, Educação Permanente em Saúde, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Existe alguma decisão para que criação de novas políticas/programas de saúde para o município sejam tomadas com base em alguma fonte de informação? Assinale UMA alternativa:

- Sim, com base na Experiência profissional
- Sim, com base nos Protocolos clínicos
- Sim, com base nas Normativas e/ou Notas técnicas
- Sim, com base na Política de governo
- Sim, com base em evidências científicas
- Sim, com base em Outra fonte
- Não seguimos nenhuma fonte de informação

Qual?

Se desejar, fale sobre essa decisão:

Por gentileza, escreva seu nome e telefone(ou e-mail) no espaço abaixo, desde já agradecemos.
Podemos ter necessidade de entrar em contato com você novamente

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a participar do estudo “**A Tomada de Decisão em Políticas Públicas de Saúde**” que tem como objetivo estudar o perfil dos gestores públicos de saúde dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e fatores relacionados ao processo de tomada de decisão em relação às políticas públicas. Esta pesquisa está sendo realizada por professores e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sendo seus participantes os secretários municipais de saúde do RS. O instrumento é composto por quatro BLOCOS referentes: ao perfil do gestor, à formação e experiência profissional do gestor, à visão sobre o sistema e à tomada de decisão, totalizando 47 questões. O tempo médio aproximado para responder é de 20 minutos. O conhecimento produzido a partir deste estudo será apresentado no COSEMS e em artigos científicos. Fica ainda assegurado o direito ao sigilo de todas as informações coletadas, não sendo permitido acesso por outra pessoa que não o próprio participante ou responsável. Toda e qualquer dúvida no decorrer do estudo poderá ser esclarecida pelos envolvidos nesta pesquisa através dos telefones (51) 985250214 Fernando Ritter, (55) 984732972 Fabiana da Silva Cabreira, e (51) 981059405 Violeta Rodrigues Aguiar. Os pesquisadores estarão sempre à disposição para esclarecimentos. Possíveis problemas podem ser reportados diretamente ao Comitê de Ética Central da UFRGS (51) 3308.3629.

Para participar do estudo leia a declaração abaixo e assinale a alternativa para ter acesso ao instrumento de pesquisa:

Eu, _____ (participante), declaro que fui informado pessoalmente dos objetivos desta pesquisa, bem como sei dos meus direitos e dos deveres dos pesquisadores. Declaro, ainda, que aceito participar da pesquisa via preenchimento deste formulário digital.

Porto Alegre, _____ de _____ de 201_. Participante/RG: _____