



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

ANDREIA RIBEIRO COUTO TEIXEIRA

**CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DO MÉDIO NORTE ARAGUAIA:
UMA VISÃO A PARTIR DA GESTÃO SOCIAL**

**Palmas, TO
2023**

Andréia Ribeiro Couto Teixeira

**CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DO MÉDIO NORTE ARAGUAIA:
UMA VISÃO A PARTIR DA GESTÃO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional avaliado para obtenção ao título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Airton Cardoso Cançado.
Coorientadora: Profa. Dra. Vania A. Rezende.

**Palmas, TO
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

T266c Teixeira, Andreia Ribeiro Couto .
 Conselho Regional de Saúde do Médio Norte Araguaia no
 Tocantins: Uma Visão a Partir da Gestão Social. / Andreia Ribeiro
 Couto Teixeira. – Palmas, TO, 2023.
 130 f.

 Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do
 Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-
 Graduação (Mestrado) em Desenvolvimento Regional, 2023.

 Orientadora : Ailton Cardoso Cançado

 Coorientador: Vania Aparecida Rezende

 1. Gestão Social. 2. Cidadania Deliberativa. 3. Conselho Municipal
 de Saúde. 4. Região de Saúde Médio Norte Araguaia. I. Título

CDD 338.9

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de
qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que
citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime
estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

ANDREIA RIBEIRO COUTO TEIXEIRA

**“CONSELHO DE SAÚDE NA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA NO
TOCANTINS: UMA VISÃO A PARTIR DA GESTÃO SOCIAL”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento Regional da Universidade Federal do
Tocantins para obtenção do título de Doutora.
Orientador: Prof. Dr. Airton Cardoso Caçado
Coorientadora: Profª. Dra. Vania A. Rezende

Aprovada em 16/02/2023

BANCA EXAMINADORA:

A. Caçado

Prof. Dr. Airton Cardoso Caçado (Orientador) – UFT

A. Caçado

Profª. Dra. Vania A. Rezende (Coorientador) - UFSJ

A. Caçado

Prof. Dr. João Aparecido Bazzoli - UFT

A. Caçado

Profª. Dra. Thelma Pontes Borges - UFNT

“Fomos criados para avançar, crescer e subir a novas alturas. A nossa natureza é de crescimento, e isso implica esforço e trabalho duro.” Tiago Brunet

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus pela boa saúde e bem-estar necessários para completar esta pesquisa.

Agradeço ao meu marido, que ao longo desses meses me deu não só força, mas apoio para vencer essa etapa da vida acadêmica, mais um objetivo que nós alcançamos juntos. Obrigada, meu amor, por suportar as crises de estresse e minha ausência em diversos momentos.

Ao meu orientador, professor Airton Cardoso Cançado, e minha coorientadora professora Vânia Aparecida Rezende pelo conhecimento compartilhado e paciência, que foram primordiais na construção desse trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa minha caminhada acadêmica.

RESUMO

Os Conselhos Municipais de Saúde, assim como os demais Conselhos, foram criados para a participação de diversos atores da sociedade na tomada de decisões. Pensando nesses espaços de deliberações, a proposta desta dissertação foi de levantar especificamente os níveis e características dos Conselhos Municipais de Saúde dos 17 (dezessete) municípios que compõem a Região de Saúde do Médio Norte Araguaia no Estado do Tocantins, sob a ótica da Gestão Social. Para realizar essa análise foram utilizados estudos sobre Gestão Social, Cidadania Deliberativa e suas Categorias desenvolvidos por Tenório *et al.* (2008), que discutem o tema por meio da existência das seguintes categorias: processo de discussão; inclusão; pluralismo; igualdade participativa; autonomia; e visão de bem comum. Cada uma dessas categorias possui determinados critérios que devem ser atendidos para que seja possível a existência de uma Gestão Social, estes critérios nos ajudam a identificar características como: transparência; inteligibilidade; tomada de decisões coletivas, sem coerções; dialogicidade, dentre outras, que são pertinentes na Gestão Social e na Cidadania Deliberativa. A coleta de dados ocorreu por meio quantitativo, aplicando um questionário fechado utilizando a ferramenta tecnológica do *Google Forms*, havendo a devolutiva de 11 (onze) municípios da Região do Médio Norte Araguaia, os respondentes eram titulares e suplentes, representantes de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços da saúde e representantes do governo. Na consolidação das informações foi utilizada análise estatística descritiva. Os resultados indicam uma boa incidência do exercício de cidadania deliberativa corroborando em boa efetivação da gestão social.

Palavras-chaves: Conselho Municipal de Saúde; Gestão Social; Cidadania Deliberativa; Região de Saúde do Médio Norte Araguaia no Estado do Tocantins.

ABSTRACT

The Municipal Health Councils, as well as the other Councils, were created for the participation of various actors in society in decision-making. Thinking about these deliberation spaces, the purpose of this dissertation was to specifically raise the levels and characteristics of the Municipal Health Councils of the 17 (seventeen) municipalities that make up the Health Region of the Middle North Araguaia in the State of Tocantins, from the perspective of Social Management . To carry out this analysis, studies on Social Management, Deliberative Citizenship and their Categories developed by Tenório et al. (2008), who discuss the theme through the existence of the following categories: discussion process; inclusion; pluralism; participatory equality; autonomy; and vision of the common good. Each of these categories has certain criteria that must be met for the existence of Social Management to be possible. These criteria help us to identify characteristics such as: transparency; intelligibility; collective decision-making, without coercion; dialogicity, among others, that are relevant in Social Management and Deliberative Citizenship. Data collection took place through quantitative means, applying a closed questionnaire using the technological tool of Google Forms, with feedback from 11 (eleven) municipalities in the Region of the Middle North Araguaia, the respondents were holders and substitutes, representatives of users, workers of the health, health service providers and government representatives. In consolidating the information, descriptive statistical analysis was used. The results indicate a good incidence of the exercise of deliberative citizenship corroborating in a good effectiveness of the social management.

Keywords: Municipal Health Council; Social Management; Deliberative Citizenship; Middle North Araguaia Health Region in the State of Tocantins.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Conselho Municipal de Saúde Muricilândia	23
Figura 2 Organização das Regiões de Saúde 2002-2006.....	50
Figura 3 - Regionalização da Saúde 2007-2012	51
Figura 4 - Regionalização da Saúde a Partir de 2012.....	55
Figura 5- Região de Saúde Médio Norte Araguaia.....	57
Figura 6 - População Entre Gênero Masculino e Feminino Região Médio Norte Araguaia.....	58
Figura 7 - Índice de Gini por Município da Região Médio Norte Araguaia, 1991, 2000 e 2010.	60
Figura 8 – Nuvem de Palavras	75
Figura 9 - Síntese dos Critérios de Cidadania Deliberativa.....	92
Figura 10 – Síntese das Categorias da Cidadania Deliberativa	92
Quadro 1- Quadro das Categorias a serem analisadas	24
Quadro 2 - Adesão ao Pacto de Saúde por Estados Brasileiros.....	40
Quadro 3– Consolidado das CNS de 1941 a 2019	42
Quadro 4 – Quantidade de Recomendações ou Resoluções Por CNS	45
Quadro 5– Municípios participantes e não participantes.....	73
Quadro 6 – Categoria profissional e gênero.....	74
Quadro 7– Frequência critério canais de difusão	77
Quadro 8 - Frequência critério qualidade da informação	77
Quadro 9 - Frequência critério espaços de transversalidade	78
Quadro 10– Frequência pluralidade do grupo promotor.....	78
Quadro 11– Frequência órgãos existentes	80
Quadro 12 – Frequência órgãos de acompanhamento	80
Quadro 13 – Frequência relação com outros processos participativos.	81
Quadro 14 – Frequência Abertura dos espaços de decisão	82
Quadro 15 – Frequência Aceitação social, política e técnica.	83
Quadro 16 – Frequência Valorização cidadã	84
Quadro 17 – Frequência Participação de diferentes atores.	85
Quadro 18 – Frequência Perfil dos atores.....	86

Quadro 19 – Frequência Forma de escolha de representantes.	87
Quadro 20 – Frequência Discursos dos representantes.	87
Quadro 21 – Frequência Avaliação participativa.	88
Quadro 22 – Frequência Origem das proposições.	89
Quadro 23 – Frequência Alçada dos atores.	89
Quadro 24 – Frequência Perfil da liderança.	90
Quadro 25 – Frequência Possibilidade de exercer a própria vontade.	90
Quadro 26 – Frequência Objetivos alcançados.	91
Quadro 27 – Frequência Aprovação cidadã dos resultados.	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparativo populacional 2010 e 2015 e estimativa 2021	57
Tabela 2 – Percentual por Domicílio Urbano e Rural e Sexo	59
Tabela 3 – Índice de Gini por Município da Região Médio Norte Araguaia, 1991, 2000 e 2010.	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica
ART Artigo
BID Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS Centros de Atenção Psicossocial
CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST Centros Regionais de Saúde do Trabalhador
CF Constituição Federal
CGR Colegiados de Gestão Regional
CIAGS Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social
CIB Conselho de Intergestores Bipartite
CIR Conselho de Intergestores Regional
CIRTO Conselhos de Intergestores Regionais do Tocantins
CIT Conselho de Intergestores Tripartite
CLAD Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento
CNS Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COPIS Coordenação de População e Indicadores
DAI Departamento de Articulação Interfederativa
DPE Diretoria de Pesquisas
EBAPE Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas
ENAPEGS Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social
ESAG Escola Superior de Administração e Gerência
ESF Estratégia de Saúde da Família
FGV Fundação Getúlio Vargas
FNS Fundo Nacional de Saúde
GS Gestão Social
GTR Gerência Técnica de Regionalização
HIV vírus da imunodeficiência humana
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INDES Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social
LOS Lei Orgânica da Saúde

MES Ministério de Educação e Saúde

MS Ministério da Saúde

NEAPEGS Núcleo de Estudos em Administração Pública e Gestão Social

NEATS Núcleo de Estudos de Administração do Terceiro Setor

NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB Normas Operacionais Básicas

OMS Organização Mundial de Saúde

PDR Plano Diretor de Regionalização

PEGS Programa de Estudos em Gestão Social

PNGEP Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

PPGDR Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional

PRI Planejamento Regional Integrado

RGS Rede de Pesquisadores em Gestão Social

RIPSA Rede Interagencial de Informações para Saúde

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAU-TO Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

SGEP Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos

SNA Sistema Nacional de Auditoria

SUS Sistema Único de Saúde

TCG Termo de Compromisso de Gestão

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TO Tocantins

UCI NEO Unidade de Cuidados Intensivo Neonatal

UFT Universidade Federal do Tocantins

UTIN Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	15
2.OBJETIVO	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.1 Objetivos Específicos	19
3.METODOLOGIA	20
3.1 INSTRUMENTOS DE COLETA	21
QUESTIONÁRIO: CIDADANIA DELIBERATIVA E GESTÃO SOCIAL	23
4. FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	28
4.1 Aspectos conceituais	28
4.2 Regionalização da Saúde no Tocantins	49
4.3 Região de Saúde Médio Norte Araguaia.....	56
5.GESTÃO SOCIAL	62
6.RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
6.1 Análise sociodemográfica	73
6. 2 Nuvem de Palavras	75
6. 3 Análise da Gestão no Conselho.....	76
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICE A - TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	122
APÊNDICE B - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO.....	125
ANEXO 1 - OFÍCIO ENCAMINHADO AOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA.....	128
ANEXO 2 MAPA DA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA E OS PONTOS DE ATENÇÃO	130

1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento e a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos destinados às políticas sociais, que estão sendo descentralizados para os estados e municípios através de fundos específicos, são de grande importância para que estes sejam gastos com o atendimento às demandas reais da maioria da população e não fiquem a mercê dos interesses clientelistas, privatistas e/ou de 'currais eleitorais' (CORREIA, 2006).

Esses espaços de participação da sociedade civil na formulação e no controle de políticas públicas junto ao Estado ganharam força com o processo de redemocratização do país. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 consagrou a gestão pública participativa em algumas áreas, como na saúde, na assistência social e nos direitos da criança e do adolescente (LIMA et alii, 2014, p. 7). Assim, a Constituição Federal de 1988 favorece a criação de um poder descentralizado de participação da sociedade na tomada de decisões.

Os conselhos gestores fazem parte de um contexto de conquistas sociais na ampliação da articulação plural na esfera pública, tendo como fundamento a importância da atuação popular na gestão estatal (RIBAS; MEZA, 2018, p. 49). Com efeito, os conselhos encontram-se no contexto da consagração do princípio da cidadania presente na Constituição de 1988 (GOHN, 2011, p. 88).

Contudo, no período do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), diferentes medidas foram adotadas no sentido de restringir e até mesmo de extinguir a participação da sociedade civil em conselhos gestores de políticas públicas vinculados à administração pública federal, isto é, aqueles órgãos colegiados existentes no âmbito da União como o Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). A materialização dessas ações deu-se a partir de diferentes atos normativos, como os decretos n. 9.759/2019, n. 9.806/2019 e n. 10.003/2019, bem como a Medida Provisória n. 870/2019 (convertida na Lei n. 13.844/2019).

O argumento do governo Bolsonaro para realizar tal ação, segundo a Exposição de Motivos do respectivo decreto, foi que não era possível realizar um levantamento confiável acerca da quantidade de órgãos colegiados existentes, mas que apenas entre os interministeriais somariam mais de 300 entidades que se tornam desnecessárias e ineficientes para as funções administrativas, de controle e de tomadas de decisões. Além disso, afirmou-se como sendo prejudicial a existência

de “Grupos de pressão [...], com composição e modo de ação direcionado, para tentar emplacar pleitos que não estão conforme a linha das autoridades eleitas democraticamente” (BRASIL. CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019).

É importante dizer que o Conselho ou como colocam na redação acima “Grupos de pressão”, pode e deve ser um instrumento para este fim, já que planos, programas, projetos, relatórios financeiros, entre outros, têm que passar pela sua aprovação. Sendo um espaço que não pode ser desprezado numa realidade como a brasileira onde o que é público é tratado com descaso, os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes ainda, na sua maioria, está nas mãos dos gestores tratando-os com sigilo como se fossem privados (CORREIA, 2006).

Nesse contexto os cidadãos não só devem cumprir as normas da boa convivência na sociedade, mas também como sujeitos com direito a exercer o controle social (acompanhar, avaliar, fiscalizar, perguntar, propor) sobre as práticas do Estado, dos agentes econômicos e não econômicos, assim como exercer sua parte do conhecimento voltada para as relações sociais e as reflexões políticas, econômicas e morais, em consonância com a justiça social em todos os âmbitos (alimentação, educação, habitação, política, produção, saúde, segurança, trabalho etc.) (TENÓRIO, 2013).

Para tanto, a Gestão Social (GS) se revela como importante estratégia na consolidação de um espaço público privilegiado para a discussão, construção de políticas públicas e para tomadas de decisão mais justas, eficazes a população (TENÓRIO, 2013).

A Gestão Social pode ser definida, de acordo com os autores Cançado, Pereira e Tenório (2015), como a tomada de decisão coletiva, sem coerção, tendo como pressupostos a transparência, bem como a compreensibilidade, e, a dialogicidade como estratégia fomentadora.

Nesse sentido os conhecimentos, mesmo que distintos devem ser integrados, Tenório (2005, p.115) ressalta ainda que se uma pessoa é capaz de pensar sua experiência, ela é capaz de produzir conhecimento: “(...) participar é repensar o seu saber em confronto com outros saberes. Participar é fazer “com” e não “para”, (...) é uma prática social”. E segundo Tenório e Rozemberg (1997), a participação que se espera deve obedecer aos seguintes pressupostos:

- Consciência sobre atos – uma participação consciente é aquela em que o envolvido possui compreensão sobre o processo que está vivenciando, do contrário, é restrita;
- Forma de assegurá-la – a participação não pode ser forçada nem aceita como esmola, não podendo ser, assim, uma mera concessão;
- Voluntariedade – o envolvimento deve ocorrer pelo interesse do indivíduo, sem coação ou imposição.

Desse modo as exigências são de que a sociedade, por meio de seus diferentes atores, dialogue e delibere no atendimento de suas carências, deixando de ser objeto e/ou recurso para ser sujeito do processo.

Nesse sentido a participação popular na elaboração de políticas públicas se faz primordial, sendo que para Vieira (2013) a saúde não deve ser feita em um processo 'sobre' e 'para' o povo, mas deve ser construída 'pelo' e 'com' o povo.

A participação é um tema que relevante em reflexões, debates e pesquisas em alguns campos do conhecimento, tais como a Sociologia, a Ciência Política, a Educação, a Administração e a Administração Pública. Sendo evidenciada de diferentes perspectivas teóricas e alinhada a distintos objetos de estudo, a participação apresenta, nos dias de hoje, grande relevância dentro e fora dos círculos acadêmicos.

As primeiras discussões teóricas sobre a participação social, no âmbito da teoria contemporânea da ciência política, dedicaram-se a compreender as motivações atreladas à participação de indivíduos em espaços coletivos, o problema da apatia e das desigualdades na participação (DILASCIO *et al.*, 2022 apud Kerstenetzky, 2003; Schlozman, Verba, & Brady, 2012).

Tendo em vista que quando se pensa política de saúde, as condições objetivas predisponentes de mobilizações são: sistema de saúde com cobertura insuficiente e qualidade precária e diferenças nas condições de saúde segundo a classe social (COELHO, 2012).

Considerando isso, o reconhecimento da importância do Conselho Municipal de Saúde (CMS) na Região de Saúde do Médio Norte Araguaia, é um fator primordial desse estudo que buscou investigar como encontra a participação nesse Colegiado.

A participação é um determinante fundamental da democracia, segundo Teixeira *et al.* (2014) é diminuir a distância entre sociedade e política, compreendendo esta como algo constante na vida de todos. Só assim entende-se

que políticas públicas não são iniciativas exclusivas do aparelho estatal, mas fruto de interlocução e pactuação entre atores sociais com diversidade de interesses e necessidades.

Arendt, ao conceituar cidadania, trata da igualdade em dignidade e em direitos:

A cidadania é o direito a ter direitos, pois a igualdade em dignidade e direitos dos seres humanos não é um dado sendo esse construído da convivência coletiva, que requer o acesso ao espaço público e este acesso ao espaço público que permite a construção de um mundo comum através do processo de asserção dos direitos humanos (ARENDR, apud MAZZUOLI, 2001, p. 01).

Conforme esta concepção, os direitos não são dados, mas construídos dentro de uma comunidade política. Logo, a cidadania é uma conquista alcançada por meio de um processo conflituoso de negociação e debate pelo qual os sujeitos adquirem autonomia e se tornam atores políticos: dignos de respeito e reconhecimento. (ARENDR apud MAZZUOLI, 2003).

Tenório (2012) explica que a cidadania deliberativa é a concepção de cidadania mais adequada, quando se estuda sob a perspectiva do envolvimento dos cidadãos nos processos de planejamento e implementação de políticas públicas.

Considerando a revisão do conceito de Gestão Social será apresentado à construção do alinhamento conceitual teórico com os parâmetros das Categorias e Critérios da Cidadania Deliberativa para identificar nos Conselhos de Saúde Municipal que compõem a Região de Saúde Médio Norte Araguaia no Tocantins, os níveis e características da Gestão Social. Apresentando assim, a relação com os princípios do processo de discussão, inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum, fontes de legitimidade da deliberação pública sendo essa as premissas da cidadania deliberativa.

Diante disso, é possível avaliar por meio de um dispositivo instituído pela Gestão Social, a Cidadania Deliberativa de uma Região de Saúde, por meio dos seus Conselhos? Considerando para isso, a aproximação dos critérios de análise para Cidadania Deliberativa com as características da Gestão Social apresentados inicialmente por Cançado, Tenório e Pereira (2011).

Acrescentando nesse contexto a Gestão Social como um processo gerencial decisório deliberativo que procura atender as necessidades e promover o desenvolvimento de um determinado local (TENÓRIO, 2016).

Reconhecendo a importância do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como órgão estratégico para a descentralização e operacionalização da política de saúde

por meio da participação da comunidade, este estudo irá buscar mensurar a cidadania deliberativa deste fórum colegiado, com o intuito de produzir informações fazendo uma mensuração por meio das características.

Estruturalmente o presente trabalho está organizado em 06 partes, além desta introdução, há dois capítulos conceituais, um tratando da contextualização dos aspectos do SUS, e outro apresenta o estado da arte sobre alguns contornos teóricos sobre Gestão Social e seus elementos estruturantes que são a participação e o controle social, que são abordados a partir da discussão de cidadania deliberativa. Um capítulo metodológico sobre as diligências estabelecidas para realizar a pesquisa. Um capítulo tratando da análise dos dados coletados e outro com as considerações finais do trabalho.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar os Conselhos Municipais de Saúde da Região Médio Norte Araguaia sob a perspectiva da Gestão Social.

2.1 Objetivos Específicos

1. Identificar as características da Gestão Social presentes nos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde do Médio Norte Araguaia a partir dos critérios de análise da Cidadania Deliberativa;
2. Identificar os níveis Cidadania Deliberativa presentes nos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde do Médio Norte Araguaia.
3. Apresentar uma análise crítica dos resultados.

3. METODOLOGIA

O objetivo desse capítulo é compreender os aspectos metodológicos aplicados no desenvolvimento desse estudo.

Em consonância com a Resolução nº 510 (CNS, 2016), em seu Art. 1º que dispõe da obrigatoriedade da submissão de pesquisas cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, faz-se necessário à submissão desse estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, contudo há exceções conforme redação abaixo:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas e avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

[...]

IV - Pesquisa censitária;

VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

Nesse sentido a presente pesquisa foi de cunho censitário, todos os que foram convidados a participar da pesquisa foram informados e esclarecidos com linguagem acessível, acerca do contexto, propósito, natureza, métodos, procedimentos, possíveis danos e resultados esperados do estudo, por meio de Ofício (anexo 1) assinado pelo orientador da pesquisa, validando e dando veracidade as informações repassadas pela pesquisadora.

Assim como, foi informado também do direito à recusa e a desistências durante o processo da pesquisa. Todos que manifestarem o desejo de participar da pesquisa tiveram que realizar o aceite do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no Formulário de Pesquisa (*Google Forms*).

Ressalta-se que foi mantido a confidencialidade das informações e o anonimato dos respondentes.

Segundo Andrade (2003, p.129), a “metodologia é o conjunto de métodos e caminhos que são percorridos na busca de conhecimento”. Já para Bello (2004, p.83), “a metodologia é uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa”. Os métodos adotados demonstram como a pesquisa foi praticada, qual a sua forma de

abordagem, os instrumentos e as técnicas que melhor se enquadraram na problemática do trabalho científico em questão (GIL, 2001).

Entre os diferentes modelos propostos por pesquisadores sociais, optou-se pelo desenvolvido pelo Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS), de acordo com a intencionalidade da pesquisadora em obter as informações que satisfaçam o objetivo da pesquisa.

Em razão disso, a pesquisa teve a abordagem quantitativa, pois gerou resultados numéricos ou estatísticos (Corbin & Strauss, 2015), ou seja, dados que podem ser medidos ou contados. Para Bell (2008, p. 19) os “investigadores quantitativos recolhem os fatos e estudam a relação entre eles”, com uma abordagem quantitativa.

Em razão disso a pesquisa teve o caráter exploratório onde foi reconhecido, logo de imediato, no levantamento bibliográfico realizado. No primeiro momento, buscou o conhecimento teórico sobre o tema e os principais conceitos pertinentes sobre ele, finalizando essa etapa iniciou a realização do trabalho de campo. De modo geral, o levantamento bibliográfico da pesquisa conta com a utilização de trabalhos acadêmicos (Teses, Dissertações, TCCs, Artigos etc.), livros de autores que discutem o tema, bem como consultas a sites e demais instrumentos de pesquisa que foram pertinentes. Foram pesquisadas referências alusivas às temáticas de Gestão Social, Controle Social e Conselhos Gestores em sites institucionais, revistas científicas e livros.

Em síntese, essa é uma dissertação de mestrado foi de natureza descritiva com abordagem quantitativa que estudou o Conselho Municipal de Saúde da Região de Saúde Médio Norte Araguaia a luz teórica da Gestão Social.

3.1 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para coleta de dados, utilizou-se a plataforma de gerenciamento de pesquisas do *Google – Google Forms* que recebe, processa, organiza e armazena os dados instantaneamente.

Com isso, o contato com os conselheiros e/ou suplentes do Conselho Municipal de Saúde de Araguaína ocorreu via WhatsApp e/ou ligação telefônica. Porém, previamente, tiveram conhecimento da pesquisa que foi divulgada pelo Presidente do Conselho e/ou Secretário Executivo do Conselho a fim de obter a colaboração de todos e que tenham antes de tudo o conhecimento da pesquisa.

Para contribuir com esse entendimento, foi elaborado um Ofício do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – PPGDR/UFT (Anexo 1), detalhando de forma oficial a pesquisa, que foi enviado a todos os conselheiros (por e-mail e WhatsApp), demonstrando a veracidade do trabalho.

Após aceitar participar da pesquisa cada conselheiro recebeu um questionário de forma virtual. A plataforma virtual utilizada foi o *Google Forms* (Google Formulários). O questionário de Gestão Social tem 21 (vinte e uma) questões objetivas com marcação de (x) na resposta, foi elaborado pelo Orientador Ailton Cançado, sendo este já validado e utilizado em diversas pesquisas como de Carine de Oliveira Nunes (2018), Vital, Fernandes, Cançado e Rodrigues (2019), Wallace Carlos Leal Santos (2021).

Contudo, a utilização da tecnologia não é simples para todos, com isso a coleta de dados acabou sendo difícil, sendo necessárias inúmeras tentativas de contato com os conselheiros para que respondessem o teste e o questionário, os participantes receberam os arquivos de forma digital, junto aos arquivos receberam detalhadamente as instruções de como proceder, além de todos os contatos do pesquisador para tirar dúvidas, se colocando a disposição.

Foi realizada uma visita aos Conselhos Municipais de Saúde da Região Médio Norte Araguaia, pessoalmente nos Município de Muricilândia (Figura1) e Araguaína, para exposição detalhada sobre a pesquisa. Nos demais 15 (quinze) municípios que compõem essa Região de Saúde, os Presidentes informaram não haveria necessidade, somente o envio de Ofício formalizando a solicitação com detalhamento da pesquisa, que a mesma seria lida em plenária e fornecido os meios digitais para participação. Contudo, é importante frisar que independente dessa orientação foram realizados contatos via aplicativo de mensagem (*WhatsApp*) e telefone celular, tentando agendar uma exposição pessoal da pesquisa aos conselheiros, porém não houve sucesso nessa ação.

Período de coleta dos dados foi de 52 (cinquenta e dois) dias, após o encerramento do período destinado à coleta de dados (16/08/2022 – 07/10/2022). Obteve-se 35 (trinta e cinco) questionários respondidos.

Os resultados alcançados nessa pesquisa serão compartilhados com os CMS, em apresentação em plenária, ou disponibilização via arquivo digital, encaminhado ao *e-mail* institucional do CMS da Região, com o objetivo de contribuir para o processo de formação continuada para os Conselhos.

Figura 1- Conselho Municipal de Saúde Muricilândia



Fonte: Acervo próprio.

Questionário: Cidadania Deliberativa e Gestão Social

O questionário é uma técnica de investigação composta por um número determinado de questões apresentadas por escrito às pessoas, têm por objetivo conhecer as opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas por esses indivíduos. Esse instrumento apresenta como vantagem a possibilidade atingir um maior número de pessoas, a garantia do anonimato das respostas, além de permitir que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente sem expor os pesquisadores à influência das opiniões e do aspecto pessoal do participante (GIL, 2000)

O questionário, Apêndice B deste estudo, baseia-se nos critérios de análise para cidadania deliberativa e características da Gestão Social; seu objetivo busca colher informações a respeito da percepção dos conselheiros sobre o funcionamento e atuação do conselho enquanto instituição. Trata-se de um instrumento de investigação, o questionário aplicado neste trabalho também já foi utilizado em outras obras como Lima (2017), Nunes (2018) e Santos (2021).

É composto por cabeçalho com questões fechadas, a fim de traçar as características sociodemográficas dos conselheiros, em seguida tem-se 21 assertivas que serão respondidas em escala do tipo Likert; metodologia que consiste em fazer uma série de afirmações de concordância e discordância, em

diversos graus, variando da resposta mais negativa para a mais positiva a respeito de um determinado tema ou situação vivenciada (GIL, 2000).

Em cada categoria, foram relacionadas afirmações referentes aos critérios correspondentes, no qual o respondente tinha que fazer a escolha em relação ao funcionamento do CMS.

De acordo com os dados coletados, as respostas obtidas foram codificadas da seguinte forma: NSA - Não se Aplica = 0; DT - Discordo Totalmente = 1; DP - Discordo Parcialmente = 2; CP - Concordo Parcialmente = 3; CT - Concordo Totalmente = 4.

No questionário foi incluído no final uma pergunta aberta a respeito de Cidadania Deliberativa, para que os participantes pudessem expor sua opinião a respeito.

Para Tenório (2008), gestão social é o processo gerencial decisório deliberativo que procura atender as necessidades da sociedade, região, território ou sistema social específico, quer vinculado à produção de bens quer à prestação de serviços.

Nesse sentido, para análise dos resultados da pesquisa, foi utilizado como parâmetro uma adaptação dos critérios desenvolvidos por Tenório *et al.* (2008) acerca da tomada de decisões "critérios de avaliação de processos decisórios deliberativos", descritos no Quadro 1.

Quadro 1- Quadro das Categorias a serem analisadas

Segundo Villela (2012)		Segundo CANÇADO, TENÓRIO e PEREIRA (2011)
Categorias	Critérios	Característica da gestão social a ser identificada
Processo de discussão: Discussão de problemas através da autoridade negociada na esfera pública. Pressupõe igualdade de direitos e é entendido como um espaço intersubjetivo e comunicativo que possibilita o entendimento dos atores sociais envolvidos.	Canais de difusão: existência e utilização de canais adequados ao acesso à informação para a mobilização dos potenciais participantes.	Transparência e Inteligibilidade
	Qualidade da informação: diversidade, clareza e utilidade da informação proporcionada aos atores envolvidos.	Transparência e Inteligibilidade
	Espaços de transversalidade: espaços que atravessam setores no intuito de integrar diferentes pontos de vista.	Dialogicidade; Entendimento
	Pluralidade do grupo promotor: compartilhamento da liderança a fim de reunir diferentes potenciais atores.	Tomada de decisão coletiva sem coerção; Dialogicidade
	Órgãos existentes: uso de órgãos e estruturas já existentes evitando a duplicação das estruturas.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Órgãos de acompanhamento:	Transparência e

	existência de um órgão que faça o acompanhamento de todo o processo, desde sua elaboração até a implementação, garantindo a coerência e fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa.	Inteligibilidade
	Relação com outros processos participativos: interação com outros sistemas participativos já existentes na região.	Entendimento; Dialogicidade
Inclusão: incorporação de atores individuais e coletivos anteriormente excluídos dos espaços decisórios de políticas públicas.	Abertura dos espaços de decisão: Processos, mecanismos, instituições que favorecem a articulação dos interesses dos cidadãos ou dos grupos, dando uma chance igual a todos de participação na tomada de decisão.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade
	Aceitação social, política e técnica: Reconhecimento pelos atores da necessidade de uma metodologia participativa, tanto no âmbito social, quanto no político e no técnico.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade
	Valorização cidadã: valorização por parte da cidadania sobre a relevância da sua participação.	Entendimento
Pluralismo: multiplicidade de atores (poder público, mercado e sociedade civil) que, a partir de seus diferentes pontos de vista, estão envolvidos no processo de tomada de decisão nas políticas públicas	Participação de diferentes atores: atuação de associações, movimentos e organizações, bem como cidadãos não organizados, envolvidos no processo deliberativo.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento, Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção;
	Perfil dos atores: características dos atores em relação às suas experiências em processos democráticos de participação	Tomada de Decisão coletiva, sem coerção
Igualdade participativa: isonomia efetiva de atuação nos processos de tomada de decisão nas políticas públicas.	Forma de escolha de representantes: Métodos utilizados para a escolha de representantes.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção
	Discursos dos representantes: valorização de processos participativos nos discursos exercidos por representantes.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Avaliação participativa: intervenção dos participantes no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas	Tomada de Decisão coletiva sem Coerção; Entendimento
Autonomia: apropriação indistinta do poder decisório pelos diferentes atores nas políticas públicas.	Origem das proposições: identificação da iniciativa das proposições e sua congruência com o interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas.	Tomada de Decisão Coletiva sem Coerção; Entendimento
	Alçada dos atores: intensidade com que as administrações locais, dentro de determinado território, podem intervir na problemática planejada.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção
	Perfil da liderança: características da liderança em relação à condução descentralizadora do processo de deliberação e de execução.	Tomada de Decisão coletiva, sem Coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Possibilidade de exercer a própria vontade: instituições, normas e	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção

	procedimentos que permitam o exercício da vontade política individual ou coletiva.	
Bem comum: bem-estar social alcançado através da prática republicana.	Objetivos alcançados: relação entre os objetivos planejados e os realizados.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Aprovação cidadã dos resultados: avaliação positiva dos atores sobre os resultados alcançados.	Entendimento

Fonte: Cançado, Pereira e Tenório (2015, p.191-193).

Os critérios expostos auxiliaram na compreensão sobre a representação e a legitimidade nos processos de tomadas de decisão participativos (TENÓRIO *et al.*, 2008). Desta forma ao avaliar a cidadania deliberativa, por meio desses critérios de análise, foi possível identificar os traços da gestão social nos Conselhos de Saúde da Região Médio Norte Araguaia.

O quadro apresentado destaca determinadas categorias que devem ser seguidas quando se busca ter uma instituição que valoriza a cidadania, o espaço democrático e, conseqüentemente, a implementação de uma Gestão Social – que, de maneira geral, é o que se espera de um conselho.

Dessa forma será apresentada nos próximos capítulos a análise dos resultados a partir da identificação nas Categorias e Critérios da Cidadania Deliberativa, modelo proposto desenvolvido por pesquisadores sociais que fazem parte do Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS) vinculado à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE) da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro (CANÇADO *et al.*, 2011).

Com base na metodologia apresentada de acordo com o Quadro 1, e no cruzamento dos dados coletados abaixo, foi realizada a análise da pesquisa:

- Questionários aplicados via *Google Forms*;
- Nuvem de palavras formadas a partir de pergunta aberta aos respondentes;
- Apresentação de gráfico do tipo radar no final da análise.

Procedimentos para análise dos resultados

A coleta de dados está relacionada com o problema, a hipótese ou os pressupostos da pesquisa e tem por fim obter elementos para que os objetivos propostos na pesquisa possam ser alcançados (GIL, 2000).

Para análise dos dados coletados via questionário, foi utilizada a estatística descritiva para delinear os números. Cálculos de medidas de posição como moda,

média, variância, desvio padrão, coeficiente de variação foram realizados. Para Marconi e Lakatos (2021) a estatística descritiva utiliza de medidas para representar, de forma concisa e compreensível, a informação contida em um conjunto de dados, facilitando a elaboração de tabelas e de gráficos que melhor ilustram os resultados obtidos.

Na consolidação das informações relativas à primeira etapa da pesquisa os dados demográficos foram utilizados o software *Jamovi Cloud*, para apresentação dos dados correspondentes ao perfil dos Conselheiros que compõem a Região de Saúde Médio Norte Araguaia.

Foi incluída no questionário no *Google Forms* uma pergunta aberta no qual os respondentes tinham que dar a sua opinião. A pergunta foi: Considerando a cidadania deliberativa enquanto perspectiva do envolvimento dos cidadãos nos processos de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas. Qual a sua opinião enquanto membro (conselheiro) de um Conselho Municipal de Saúde, sobre o papel da cidadania deliberativa na democracia?

Para análise dos dados coletados pela pergunta aberta foi pela perspectiva de nuvem de palavras ou nuvem de *tags*. Considerando que a nuvem de palavras é utilizada para a categorização visual de sites, imagens, títulos e outras etiquetas ou rótulos. É, portanto, uma representação visual que oferece possibilidade de classificação hierárquica, quantitativa. Nesse trabalho, a nuvem de palavras foi utilizada para categorizar as palavras do texto, hierarquizada de maneira proporcional por incidência.

A nuvem de palavras oferece um modelo de classificação eficiente por ser um método em que a indexação pode ser definida como um conjunto de procedimentos com objetivo de expressar ou representar o conteúdo temático de documentos e suas linguagens com o intuito de uma recuperação posterior.

Ainda que receba diferentes nomenclaturas (indexação; catalogação de assunto; *tagging*; etiquetagem; etc.) o ato de representar um documento através de um conceito é de mesma natureza nos diferentes contextos – físico e digital (GUEDES; DIAS, 2010, p. 42). Usualmente a nuvem de palavras apresenta os itens de conteúdo de um website e revela, proporcionalmente, pelo tamanho da fonte, a quantidade aparente desse conteúdo.

4 FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

4.1 Aspectos conceituais

Antes da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública no Brasil era promovida por meio da intervenção em casos específicos de epidemias e endemias que afetavam a economia da época, ou estava acessível para aqueles cidadãos que estavam vinculados ao mercado formal de trabalho e com a carteira assinada (BRASIL, 2002).

De acordo com Pitombeira e Oliveira (2020), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi um movimento que contribuiu decisivamente para a inclusão na Constituição de 1988 do reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população. Segundo Rodriguez Neto (2003) a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco na história da saúde no Brasil, que forneceu as bases para elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo as autoras Moraes e Escorel (2012) as conferências são fóruns que conformam espaços de formação de opinião e vontade política e atuam na tematização da agenda pública. Uma forma de organização inovadora que trabalha com conflitos e interesses. Fórum de negociação política e de democracia direta, de manifestação de interesses divergentes e conflitos, que possibilitam a ampla divulgação de temários para discussão na sociedade em geral e interferem no rumo da política.

A conferência é um espaço de trocas de informação, experiência, cooperação e apoio mútuo, um tecido social comunicativo, como mencionado por Luz (2005).

As cinco conferências subsequentes à 8ª CNS caminharam no sentido de fomentar ações para a consolidação e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã” ou Constituição Federal (CF), que estabelece a saúde como “Direitos de todos e dever do Estado” e apresenta, na Seção II, como pontos básicos que as necessidades individuais e coletivas são

consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada (BRASIL, 1998).

Com a criação constitucional do SUS incorporou uma ampla gama de serviços organizados que constroem a compreensão da ideia do que seja saúde pública e as suas multifaces que integram de diversas formas o SUS, vai além do médico, remédio e estabelecimentos de saúde (PAIM, 2018).

O sistema é denominado "único" porque as diretrizes e princípios estabelecidos na Constituição devem ser seguidos de forma unívoca pelas três esferas de governo. Por ser um sistema, caracteriza-se como um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum (WESTPHAL, 2001).

Para Paim (2018), o Sistema Único de Saúde é mais do que simplesmente o significado dessas três palavras, é um estilo de vida e gestão pública adotada, um sistema especial de saúde, algo distinto, voltado para suprir os problemas e necessidades de saúde de uma determinada população.

Nesse sentido estabelece ainda, que o custeio do sistema deverá ser principalmente de recursos governamentais da União, Estados e Municípios, as ações governamentais, submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários, trabalhadores de saúde, do governo e prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Contudo, é importante ressaltar que essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988 foi – e ainda é – um movimento processual (PAIM, 2008).

O direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária traz intrinsecamente em sua constituição, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Em outras palavras, o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito (FLEURY, 1997).

O SUS é, portanto, expressão de uma política de Estado ancorada em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores, ideologia e filosofia), diretrizes (políticas e

organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais (SOUZA *et al.*, 2019).

Sendo que, após a criação do SUS o desafio passou a ser sua implementação, ou seja, sustentar o projeto da reforma sanitária no momento político e econômico adverso à ampliação de direitos sociais. De acordo com Paim (2008) a questão que se colocava aos gestores era como manter os interesses cristalizados no sistema de saúde, ao mesmo tempo, em que se mantêm os valores de uso e de troca entre os seres humanos, próprios da ordem social capitalista.

Nesse sentido, o SUS assume e consagra os princípios doutrinários ou princípios finalísticos da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde no sentido de superar o sistema de saúde herdado no período anterior à Constituição Federal de 1988 (SOUZA *et al.*, 2019).

Acrescentam-se ainda, os princípios organizativos ou princípios estratégicos, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, aos quais apontam como deve vir a ser constituído o sistema que se quer institucionalizar. Esses princípios organizativos são: a descentralização; a regionalização, a hierarquização e a participação social (SOUZA *et al.*, 2019).

Sendo que a descentralização aparece como uma redistribuição da responsabilidade quanto às ações e serviços de saúde entre as três esferas: federal, estadual e municipal (PAIM, 2018).

A partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Esses princípios e diretrizes, sucintamente especificados, norteiam a materialização do SUS no país mediante exercícios de suas funções, também estabelecidas na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, as quais são: regular, fiscalizar, controlar e executar.

Como destacado, o SUS regula as ações e serviços de saúde públicos e privados, estabelece o funcionamento dos equipamentos de saúde, os serviços necessários para atender as demandas da população em todos os níveis de atenção, os recursos humanos e materiais, a produção de medicamentos, regula também as portas de entrada e as áreas de abrangência do SUS (vigilância epidemiológica, sanitária e nutricional, saúde do trabalhador, meio ambiente e saneamento básico).

A fiscalização pode ser realizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (Decreto nº 1.651 de 1995) que tem o objetivo de verificar a execução do SUS, avaliar a estrutura dos processos e resultados alcançados de acordo com os parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade e verificar a regularidade dos procedimentos praticados tanto por instituições públicas quanto privadas.

O acompanhamento e a fiscalização dos recursos são realizados por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS), o qual foi estruturado para dar visibilidade aos gastos públicos, além de constituir uma fonte de informação para a sociedade e órgãos de fiscalização e controle e servir como meio de verificação do cumprimento da Constituição Federal (BRASIL, 2011).

A fiscalização no SUS também é realizada pelo Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e dos Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais (BRASIL, 2011).

Nesse sentido a descentralização da gestão tem por objetivo diminuir as desigualdades regionais em saúde por facilitar o acesso aos serviços (ARRETCHE, 2002).

Para isso, o SUS tem como diretriz constitucional a descentralização, ao mesmo tempo em que, também por conceituação constitucional (art. 198, caput), se constitui como o resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada (CAMPOS; SANTOS, 2015).

Como princípio do SUS, a descentralização visa extrair do centro do governo a responsabilidade de gestão e destinar competências, comando e recursos para cada esfera de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

[...] descentralização é, antes de tudo, um meio, um instrumento ou uma estratégia para que melhor sejam atingidos determinados fins. Foi na verdade como princípio estratégico e não como princípio finalístico que a descentralização do setor de saúde foi incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 (GUERRA, 2015, p. 22).

Essa estratégia de descentralização reconhece que o município é o principal responsável pela saúde da população, por isso a política de saúde passou pelo processo de municipalização, que transferiu para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para que elas passassem a exercer funções de coordenar, negociar, planejar, acompanhar, controlar avaliar e fiscalizar a saúde em nível local. Dessa forma, ao receber recursos das outras esferas governamentais, os

municípios possuem o dever de gerenciar, auditar, contratar, monitorar e avaliar as ações e serviços do SUS (GUERRA, 2015, p. 66).

Portanto, a descentralização enquanto política administrativa preza pela autonomia dos três entes federados e define as competências de cada um preservando a interdependência entre cada esfera de gestão e torna-se fundamental para redução das desigualdades territoriais. Desta forma, a regionalização é compreendida como elementar para universalidade e integralidade do atendimento (GUERRA, 2015, p. 54):

O Sistema Único de Saúde ao definir a regionalização como princípio de organização tem como objetivo conformar uma rede de serviços hierarquizada e atuando articulada em um território regional definido a partir de critérios que possibilite a assistência à saúde do cidadão de forma integral e mais próxima do nível local, respeitada a capacidade da rede de serviços e as potencialidades técnicas operativas. Um sistema de saúde organizado em regiões de saúde, apoiado na estratégia de fortalecimento da capacidade resolutiva capaz de negociar, articular as referências entre os municípios de forma que a população dessa área geográfica tenha suas necessidades atendidas.

A regionalização é um dos princípios que orientam a organização do Sistema Único da Saúde (SUS), definidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8080/90, e constitui um dos seus eixos estruturantes.

Apesar de estarem contidas já na Constituição Federal as bases do SUS, este só foi efetivado a partir de 1990, quando a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei nº 8080/1990) foi promulgada, regulamentando as diretrizes e princípios do SUS (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

Com isso, a Lei n. 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Foi esta lei que deu materialidade e operacionalização aos pressupostos da Constituição. A referida lei, além de definir o SUS orientou sobre a regulação em todo território nacional, as ações e serviços de saúde (PAIM, 2008), como está escrito na redação do Art. 4 “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Estas foram leis fundamentais que orientaram a operacionalização do Sistema Único de Saúde, visto que a primeira a Constituição Federal de 1988, definiu os objetos e atribuições do SUS, enquanto a segunda Lei n. 8080/90 definiu as regras gerais para a participação popular e financiamento.

No entanto, a oferta de ações e serviços do SUS foi organizada a partir da constituição de regiões de saúde, com o Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, estabelecendo um novo arranjo para a descentralização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas.

A região de saúde, ainda que inferida em razão do disposto no art. 198 da Constituição, não foi de imediato disciplinada. A Lei nº 8.080, de 1990, não dispôs sobre região de saúde como um instituto; tratou da regionalização, sem, contudo, disciplinar a região de saúde, o que somente ocorreu com o Decreto nº 7.508, de 2011, ainda que portarias ministeriais o tivessem feito, sem o mesmo peso e segurança jurídica de um decreto disciplinador da Lei nº 8.080, de 1990.

A questão mais relevante para o sistema foi à descentralização das ações e serviços de um ente federativo para outro. Era necessário primeiro descentralizar o que estava em nível governamental fora de sua vocação para depois ordenar as regiões de saúde (SANTOS, 2017).

Além do mais, ante o conceito global, integral da saúde das pessoas, que exige um conjunto interligado e complexo de atos sanitários de promoção, prevenção e recuperação, não há como um único ente que pode realizar sozinho da vacina ao transplante (SANTOS, 2017).

Como a Constituição não dividiu entre os entes federativos o que caberia a cada um na saúde, com a Lei nº 8.080, de 1990, repartindo essas atribuições de modo a não facilitar a definição das responsabilidades, restou para os entes federativos definir entre si, de modo nacional, estadual e regional as minúcias executivas na saúde, nas instâncias Intergestores, cabendo ao contrato organizativo de ação pública da saúde a fixação desses acordos interfederativos, restrito a cada região de saúde, conforme disposto no Decreto nº 7.508, de 2011, para garantir, com segurança jurídica, as responsabilidades conjugadas e autônomas ao mesmo tempo pela organização, execução, financiamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde (SANTOS, 2017).

O referido Decreto dispõe que, no âmbito regional temos as Comissões de Intergestores Regionais (CIR), que são instâncias de articulação Interfederativa ou intergovernamental constituídas nas suas respectivas regiões de saúde. No âmbito federal estão representadas pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT); no âmbito estadual pela Comissão de Intergestores Bipartite, a CIB (BRASIL, 2011).

As CIR's estão contidas em suas regiões de saúde, e essas se configuram como espaços geográficos contínuos, com identidades culturais, econômicas, sociais, nas áreas de comunicação, transporte e saúde (BRASIL, 2006).

Enquanto que a Regionalização e a Hierarquização estabelecem a articulação entre os gestores estaduais e municipais na aplicação das políticas, das ações e dos serviços de saúde, será a organização dos serviços de saúde em cada região de forma integrada, garantindo esses serviços de modo completo e com qualidade (PAIM, 2018).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada. É dessa integração que nasce o sistema único, sendo competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde (SANTOS 2017).

O princípio da hierarquização diz que o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população (LAVRAS, 2011).

O SUS foi organizado para que os seus usuários pudessem ser atendidos no nível de complexidade exigido pelas necessidades derivadas do processo saúde-doença. Como pontuado, essa diretriz do SUS não ocorre em sua plenitude, mas concretiza-se em maior ou menor grau nas distintas regiões do país, estando na dependência de diversos fatores, como a política, as condições econômicas, o aspecto cultural e a infraestrutura local da área da saúde (MISOCZKY, 2003).

Santos (2018) considera que são “inquestionáveis” os avanços do SUS em favor das necessidades da população, a exemplo, a atenção básica que pode chegar a 80% de atendimento às necessidades de saúde. O autor destaca a excelência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), dos serviços pré-hospitalares de urgência e emergência como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dos hemocentros, da área de vigilância sanitária, internacionalmente reconhecida, das especialidades no atendimento a pessoas com deficiência e doenças crônicas, do acesso livre e universal ao tratamento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, também, do serviço de transplantes, considerado um dos mais produtivos do mundo.

Para Lima *et al.* (2018, p. 1) também chama atenção para os avanços conquistados ao longo desses 30 anos de SUS. O autor destaca ainda, a cobertura do programa saúde da família, que atingiu mais de 60% da população e vem contribuindo para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares, e a ampliação do Programa Nacional de Imunizações que aumentou a cobertura vacinal, principalmente entre crianças e idosos. A política de saúde também tem logrado êxito na redução da prevalência de fumantes e na execução de estratégias para controle de epidemias.

Outros indicadores sobre o acesso aos serviços de saúde são mostrados na última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, a qual indica a saúde pública como referência para 71% dos brasileiros. Destacando as Unidades Básicas de Saúde como principal porta de entrada aos serviços do SUS. Os outros serviços mais procurados pela população são as emergências, os hospitais especializados e os ambulatoriais. A pesquisa ainda indica que menos de 25% da população brasileira possui acesso aos serviços privados (STOPA *et al.*, 2017).

Para subsidiar a construção de políticas públicas para o fortalecimento do SUS foi aprovada a Lei Complementar à Lei Orgânica da Saúde (8.142/1990) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. No qual institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Diante dessa realidade, os conselhos de saúde são reconhecidos como resultado da revitalização da sociedade civil durante o processo de redemocratização do país e uma derivação direta das exigências em prol da saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado (LABRA, 2005).

Esses conselhos são considerados uma estratégia institucional, que tem por finalidade não somente abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas reforçar a dinâmica social, no sentido de sua organização em associações de interesse, facilitando a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na justiça, na equidade, na solidariedade, na confiança e na tolerância seus princípios fundamentais (LABRA, 2005).

Atualmente, a maior expressão da democracia deliberativa no Brasil em relação à saúde tem sido os conselhos, notadamente em nível local, quando ocorre uma estreita vinculação; ao entre participação social e descentralização, contribuindo não só para a democratização do poder público como também para o fortalecimento de uma cidadania ativa. Nesses conselhos, Estado e sociedade se encontram no mesmo espaço de deliberação em que todos são reconhecidos como politicamente iguais. A proposta é de se constituírem em espaços públicos, deliberativos, inclusivos, de composição plural e paritária entre Estado e sociedade. Esse seria, portanto, o modelo virtuoso do conselho - o modelo da deliberação. O modelo vicioso seria o de usar este espaço público para defender interesses particulares, exercer o veto e não ampliar o processo de discussão e reconhecimento de divergentes posições (MONTEIRO; FLEURY, 2006).

Alguns estudos têm demonstrado entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos conselhos de saúde. A literatura sobre o tema indica que o funcionamento dos conselhos de saúde não é semelhante em todo o país, visto que muitas localidades apresentam inúmeras dificuldades para seu funcionamento (COTTA *et al.*, 1998; LABRA, 2002; CORREIA, 2005; VAN STRALEN *et al.*, 2006).

A participação social é condição legal em países democráticos pelo mundo e existem diferentes formas e mecanismos de exercê-la. Como exemplo, pode-se citar as experiências de alguns países: os conselhos setoriais existentes na Itália, França, Suécia, Noruega, Grã Bretanha, Alemanha e Espanha. Suécia, Grã Bretanha e EUA fazem círculos de estudo; conferências de consenso são usadas na Dinamarca e Grã Bretanha; jurados cidadãos e grupos de discussão, no Reino Unido e no Brasil existem os conselhos de políticas públicas e as conferências. Estas várias experiências são destacadas por autores como Liporoni (2010 apud GOMÀ; FONT (2001), STEWART (2001), NAVARRO YAÑES (2001a; 2001b), SUBIRATS (2001), GOMÀ; REBOLLO (2001), AVRITZER (2008)).

Estes são alguns dos exemplos que podem ser citados que fazem com que a sociedade civil seja consultada ou que discuta sobre assuntos específicos para serem deliberadas decisões em conjunto com o Estado.

Estes processos de discussão levam ao debate os assuntos de interesse da coletividade, e no caso brasileiro, para a fiscalização de políticas, o que confere legitimidade aos programas, projetos, ações. Estas diferentes formas de participação pelo mundo demonstram que existe um amplo número de pessoas

dispostas a participar, quando chamadas em qualquer processo consultivo ou deliberativo.

Na Espanha a cultura participativa se apresenta mais estruturada e organizada, mas no quesito comissões de participação cidadã ainda está em construção o que se leva a conclusão de que a legislação brasileira, neste quesito está mais avançada envolvendo propostas de elaboração, fiscalização e deliberação das políticas públicas (LIPORONI *et al.*, 2014).

Observa-se profusa ampliação destas arenas de deliberação e debate no Brasil, desde a implantação do SUS. Evidências empíricas comprovam que os conselhos enfrentam enormes problemas de funcionamento, principalmente na legitimação e eficácia dessas arenas. Esse paradoxo é compreensível e coerente com o descompasso que as democracias maduras - como nas democracias europeias - levaram mais de um século para equacioná-lo, uma vez que, por um lado, tem-se a pouca adesão dos governantes e, por outro, a disseminação ainda capilar desses valores no seio da sociedade (LABRA, 2005).

Há uma clara expansão de arranjos institucionais que rompem com visões minimalistas da participação popular, que restringiam a ação política ao voto (SANTOS; AVRITZER, 2002).

Em 1991 cria-se a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB). A Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo (REIS *et al.*, 2012).

Em decorrência dessas novas necessidades as três esferas de governo que compõem a CIT, com participação do Conass e do Conasems, pactuaram responsabilidades na implementação de uma nova política de saúde – O Pacto pela Saúde –, definido, conforme já expresso, em três dimensões – o Pacto pela Vida, o Pacto Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b).

Apensar da ampliação dos canais de participação social, o que se constata é a ausência de políticas para o fortalecimento do sistema descentralizado e

participativo, a atuação da sociedade ficou reduzida à estratégia de governabilidade (BRAVO; MENEZES, 2013).

É interessante notar que o aspecto da articulação federativa também aparece entre as motivações governamentais para a realização das conferências atualmente. Em estudo feito por Souza e Pires (2012), a análise das justificativas dadas por gestores públicos para a utilização de conferências indica que, para além da mobilização social, há intenções ligadas à coordenação de políticas públicas nos três níveis da federação.

Em razão disso, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011) foi criada com a intenção de informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres como usuário do SUS. Ela é um esclarecimento de seis princípios de cidadania destacados a partir da legislação. A maioria desses princípios relaciona-se ao atendimento médico. Quanto à participação e ao controle social, o documento declara o direito de acesso às devidas instituições onde podem ser feitas sugestões, reclamações e denúncias, além do direito de participar de conferências, conselhos de saúde e conselhos gestores, seja como representante, seja indicando seus representantes.

O controle social, portanto, é caracterizado como uma expressão mais viva da participação da sociedade na gestão da saúde e ressaltado, também, pelas normas operacionais básicas de 1993 e 1996 do Ministério da Saúde (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Reconhecendo-se a gestão participativa como uma das estratégias transversais para a consolidação do SUS, foi criada em 2003 a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, tendo como primeiro secretário o sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, um dos construtores do ideário da Reforma Sanitária brasileira (COELHO, 2012).

Em Brasil (2007) relata que a SGEP foi responsável por formular a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PNGEP) – PARTICIPASUS. Como também diz que segundo essa política, a SGEP tem a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS.

A participação política da sociedade significa que ela mesma defina o que deve ou não ser objeto de políticas públicas e os rumos que essas políticas irão tomar. Essa concepção diverge de outra forma de orientação da sociedade, na qual

setores com recursos e hegemonia apontam o caminho a ser seguido pelas classes populares (VALLA, 1998).

Comparando modelos de participação em saúde da Itália, Inglaterra e Brasil, Serapioni e Romaní (2006) afirmam que o fato de países tão diferentes buscarem por participação social deve-se às mudanças na relação Estado/sociedade e à percepção que esse é um fator fundamental para a qualidade de vida, porém sua prática ainda é incipiente, pois existe uma dificuldade de estruturação desse conceito.

Segundo (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017) o Ministério da Saúde, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde estão consolidadas pela Portaria/ GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o pacto firmado entre os gestores das três esferas de governo do SUS e conforma-se num conjunto de reformas institucionais com o objetivo de promover inovações no processo de gestão, com vista a alcançar maior eficiência e qualidade em relação às metas e objetivos a serem alcançados.

Nesse sentido, conforme os autores (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012) o Pacto pela Saúde é uma política para resolução dos desafios e dificuldades do sistema de saúde.

Vale ressaltar que, nas diferentes regiões e estados do país, a adesão ao Pacto se deu de forma irregular conforme apresentado no Quadro 02. Estados como o Ceará, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e o Mato Grosso do Sul obtiveram índices surpreendentes logo neste período, dois anos após a publicação da portaria regulamentadora. Segundo Tajra *et al.* (2013) alguns registros da literatura afirmam que o ano de 2008 foi o momento de maior concordância com a nova proposta do governo.

Segundo Nota Técnica Nº 08/2012 do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) / Ministério da Saúde (MS), foram registradas 2.509 adesões municipais com portaria publicada em todo o país, que corresponderia a 55,13% das adesões do período compreendido entre 2007 e o mês de março de 2012. Proporcionalmente, as regiões sudeste e sul obtiveram os maiores destaques em 2008. Outros resultados isolados, como o caso do Ceará na região nordeste, apresentaram maturidade na gestão pública logo neste período e comprovaram sua vocação por inovação, compromisso e entusiasmo relacionado ao processo de administração pública

gerencial (TAJRA *et al.*, 2013). O Quadro 02 demonstra o registro do percentual de municípios por tipo de gestão, de acordo com estados e região.

Quadro 2 - Adesão ao Pacto de Saúde por Estados Brasileiros

Região	Total de Municípios	Tipo de Gestão		
		Sem Adesão (%)	Plena do sistema (%)	Pacto pela Saúde (%)
Norte				
Rondônia	52	30,8	5,8	63,5
Acre	22	86,4	0,0	13,6
Amazonas	62	82,3	16,1	1,6
Roraima	15	60,0	0,0	40,0
Pará	143	68,5	31,5	0,0
Amapá	16	87,5	12,5	0,0
Tocantins	139	66,9	5,0	28,1
Nordeste				
Maranhão	217	51,6	7,8	40,6
Piauí	224	96,4	3,6	0,0
Ceara	184	4,9	0,0	95,1
Rio Grande do Norte	167	13,8	0,0	86,2
Paraíba	223	85,2	13,0	1,8
Pernambuco	185	82,7	12,4	4,9
Alagoas	102	51,0	6,9	42,2
Sergipe	75	93,3	6,7	0,0
Bahia	417	86,6	4,8	8,6
Sudeste				
Minas Gerais	853	8,8	0,8	90,4
Espirito Santo	78	25,6	44,4	50,0
Rio de Janeiro	92	62,0	18,5	9,5
São Paulo	645	0,2	0,2	99,7
Sul				
Paraná	399	2,5	0,0	97,5
Santa Catarina	293	63,1	3,4	33,4
Rio Grande do Sul	496	97,0	3,0	0,0
Centro-Oeste				
Mato Grosso do Sul	78	0,0	0,0	100,0
Mato Grosso	141	44,7	1,4	53,9
Goias	246	66,3	4,1	29,7
Distrito Federal	1	100,0	0,0	0,0

Fonte: Adaptado pela autora da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2012.

Uma pesquisa com os principais atores que participaram da formulação do Pacto, tendo como *locus* principal a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), permitiu identificar os diferentes pontos de vista presentes na arena federativa, as motivações dos diferentes atores, os conflitos federativos, divergências e colisões (MENICUCCI *et al.*, 2017).

De acordo com a lei em questão, o SUS tem duas instâncias colegiadas: os conselhos de saúde – em caráter permanente e deliberativa, e as Conferências de Saúde – que, de forma ordinária, devem acontecer a cada 04 anos em todas as esferas de governo (DE SOUSA SANTOS; CHAUI, 2016).

As conferências têm por função definir as diretrizes gerais para a política de saúde; regulamentação dos conselhos de saúde nacional, estadual e municipais, definido o caráter permanente e deliberativo desses fóruns, a representação paritária e o papel de formulador e controlador da execução da política de saúde, regulamentando também a transparência (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

Com relação à Lei n. 8142/90 ela resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para os municípios e estados pudessem receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, planos de saúde, relatórios de gestão. Contrapartida de recursos e planos de cargos e salários (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

As Conferências Nacionais de Saúde foram criadas com a função de atuar como mecanismo de controle das instâncias estaduais e, no transcorrer do tempo, foram se transformando em espaços democráticos de mobilização social. Ao longo dos anos, elas desempenharam papel relevante nas conquistas no campo da saúde pública brasileira (COELHO, 2012).

A cada nova Conferência tem sido constatado por meio de registros um aumento importante da participação da sociedade civil, fenômeno que garante a definição de políticas de saúde cada vez mais democráticas. As Conferências são fóruns privilegiados que a sociedade civil possui para discutir e apontar soluções para os problemas que envolvem a saúde da população brasileira (SOUZA, 2008).

A gestão participativa no Sistema Único de Saúde e a apropriação do direito à saúde é um desafio constante, pois a ampliação do controle social sobre o Estado depende, em última instância, da participação da sociedade na definição e no exercício dos direitos de cidadania, também da cultura de participação que se cria tanto nos espaços institucionalizados quanto nas relações interpessoais (CAVALHEIRO; ZENI, 2012).

Sendo assim, fortalecer o controle social e a gestão participativa, enquanto política de um governo democrático popular representa o compromisso de identificar, desencadear e fortalecer dispositivos que promovam a participação da população (CORREIA, 2000).

É nos espaços das Conferências que a sociedade se articula para garantir os interesses e as necessidades da população na área da Saúde e assegurar as

diversas formas de pensar o SUS, assim como para ampliar, junto à sociedade, a disseminação de informações sobre o Sistema, para fortalecê-lo (SOUZA, 2008).

Sabe-se que cada conferência se diferencia no caráter decisório, na natureza da interação entre Estado e sociedade, na forma de regulação, no poder de agenda dos atores, na integração com outras instituições participativas, na metodologia de debate e também na forma de encaminhamento, acompanhamento e execução das deliberações (SOUZA, 2008). No Quadro 03 demonstra o consolidado das CNS de 1941 a 2019.

Quadro 3– Consolidado das CNS de 1941 a 2019

Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Ano	Tema	Acontecimentos relevantes CNS
1ª CNS	1941	1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.	Realizou-se num período em que os setores de educação e saúde eram de responsabilidade de um mesmo Ministério de Educação e Saúde (MES), pretendia construir uma compreensão sobre os problemas sanitários compartilhados entre os gestores estaduais e os do nível federal.
2ª CNS	1950	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.	Trataram de temas como malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há relatório conhecido da 2ª conferência.
3ª CNS	1963	1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.	O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta.
4ª CNS	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde.	Focalizaram na identificação das necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde.
5ª CNS	1975	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das	A principal contribuição da 5ª conferência foi às propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde.

		Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais	
6ª CNS	1977	1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde e 4. Política Nacional de Saúde.	O diferencial dessa conferência foi à reintrodução de um debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde.
7ª CNS	1980	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.	Essa CNS foi a última das realizadas durante o regime militar, já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país.
8ª CNS	1986	1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. Financiamento setorial.	O ponto forte dessa CNS foi à pauta da Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor saúde. Grande marco na história das conferências nacionais de saúde teve a participação da população nas discussões. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988, como nas leis orgânicas da saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142-90. Os delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.
9ª CNS	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações.	Debate importante realizado sobre a descentralização – defesa dos municípios como atores no cenário setorial; a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do Inamps – que ocorreu no ano seguinte.
10ª CNS	1996	1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6 Atenção integral à saúde.	Os participantes da 10ª conferência manifestaram desavença com o Ministério da Saúde em relação à publicação da portaria relativa à Norma Operacional n. 01/06, pelo fato do seu conteúdo não ter sido negociado previamente.

11ª CNS	2000	Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.	Contaram com a participação de 2.500 delegados, os debates foram travados em 180 grupos de trabalho, tendo sido apresentadas 296 proposições relativas aos 22 subtemas tratados.
12ª CNS	2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersetorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5. A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde.	Sendo precedida por cerca de 3.100 conferências municipais e 27 estaduais. Foram apresentadas 723 diretrizes relativas aos 10 eixos temáticos tratados, além de 90 moções de caráter geral. O relatório da 12ª conferência teria levado um ano para ser publicado.
13ª CNS	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.	Os debates em torno desses eixos temáticos geraram 691 resoluções e 157 moções.
14ª CNS	2011	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro.	
15ª CNS	2015	Tema central: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro	Defesa da democracia e o financiamento público da saúde. A 15ª CNS ainda prevaleceu com o formato burocrático.
16ª CNS	2019	Tema central: Democracia e Saúde	Referência à “8ª+8” marcou o resgate da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Fonte: Dados da Pesquisa, Elaboração Própria (2022).

Importante relatar que o número resoluções aprovadas por conferência não parou de aumentar após a 8ª conferência, como é demonstrado no quadro 04.

Quadro 4 – Quantidade de Recomendações ou Resoluções Por CNS

Conferência	Quantidade de temas debatidos em cada CNS	Número de recomendações ou resoluções
1ª	4	-
2ª	1	-
3ª	4	31
4ª	1	-
5ª	5	79
6ª	4	54
7ª	1	139
8ª	3	49
9ª	3	253
10ª	6	362
11ª	5	296
12ª	10	713
13ª	3	857
14ª	1	351
15ª	1	596
16ª	1	329

Fonte: Dados da Pesquisa, Elaboração Própria (2022).

Se tais números refletem, por um lado, a complexidade crescente da sociedade e dos interesses presentes nas conferências, eles podem revelar, por outro, as possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexecutabilidade de tantas resoluções.

É interessante, ainda, contrastar o número de resoluções das duas últimas conferências com o da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cuja importância histórica foi indiscutivelmente maior e cujas resoluções tiveram um impacto profundo sobre a política nacional de saúde. Essa crescente pulverização das deliberações, que abrangem praticamente todo o aspecto de ações implementadas pelo sistema, torna difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e não permite identificar as prioridades (CONASS, 2009a).

Afinal, as conferências foram definidas como instâncias colegiadas para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (BRASIL, 1990, art. 1º).

Ressalta-se que apenas em 2011, a Lei nº 8080/90 foi devidamente regulamentada, por meio do Decreto nº 7.580/11, o qual dispõe sobre a organização do SUS o planejamento, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa (BRASIL, 2011).

Desde a sua criação, o SUS se estruturou com base em Normas Operacionais, Portarias e Resoluções, que lhe outorgaram um arcabouço normativo, conceitual e funcional que persiste até hoje, com atualizações e melhorias (DA SILVA JUNIOR *et al.*, 2020).

A primeira Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/ SUS 01/91), nº 258, de 7 de janeiro de 1991, foi editada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e publicada no Boletim de Serviço daquele Instituto. (CONASS, 2003). Essa norma instituiu o pagamento por produção de serviços, equiparando prestadores públicos e privados na compra e venda de serviços. Apesar de esse fato ser desfavorável para o sistema de saúde, os municípios apoiaram aquela NOB, por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União sem a intermediação dos estados (PESTANA *et al.*, 2004).

A NOB 01/92, editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência - INAMPS (PT 234/02) segue, em linhas gerais, a NOB 01/01 e mantém intocados os mecanismos de pagamento por produção de serviços, à exceção das internações hospitalares.

Seguiu-se a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 – NOB/SUS 01/93 –, editada pela Portaria GM/MS nº 545/93, que formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que teve como tema “A municipalização é o caminho” e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão ao instituir formas de gestão municipal e estadual: Incipiente, Parcial e Semiplena (SAUTER *et al.*, 2012).

Essa Norma também estabeleceu a transferência de recursos de forma regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em Gestão Semiplena; habilitou os municípios como gestores; instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação e articulação entre os gestores das

três esferas de governo na condução do SUS. Com as mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93, desencadeou-se ampla discussão no setor saúde que levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96, que promoveu um avanço no processo de descentralização, pois criou novas condições de gestão para os municípios e estados, definiu as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefiniu competências de estados e municípios (CONASS, 2003).

A NOB 01/96 modificou as condições de gestão ao estabelecer duas formas de habilitação dos municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, sendo que para os estados estabeleceu a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual (SAUTER *et al.*, 2012).

De acordo com Carvalho *et al.* (2001) 63% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma modalidade de gestão em 2006. Entretanto, segundo os autores, essa transferência de recursos significou, de fato, descentralização de recursos apenas para os municípios que assumiram mais responsabilidades, sem Condição de Gestão Semiplena (3% dos municípios), correspondendo a municípios de médio e grande porte. Dessa forma, o processo de descentralização, por meio da municipalização, transferiu para os municípios recursos e responsabilidades.

A descentralização dos serviços de saúde para os municípios (denominada Municipalização Autárquica) trouxe vantagens e desvantagens ao sistema de saúde. Entre as vantagens, destaca-se a expansão dos serviços municipais de saúde, como objetivo de prover, no município, o maior número de serviços de saúde (PESTANA *et al.*, 2004).

Para Carvalho *et al.* (2001) e Pestana *et al.* (2004), a Municipalização Autárquica obteve fortalecimentos inquestionáveis: a radicalização do processo de descentralização, com a conseqüente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; maior democratização do setor; melhoria do acesso às ações e serviços, tanto na atenção básica quanto de serviços mais complexos; e êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

No entanto, Carvalho, *et al.* (2001) e Pestana *et al.* (2004) dizem que os avanços não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados, nem o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS.

As desvantagens foram à fragmentação e a baixa qualidade dos serviços de saúde, pois o município expandia a assistência à saúde com pouca economia de escala e de escopo e, ainda, sem criar nenhuma articulação regional dos serviços de saúde (PESTANA *et al.*, 2004).

Em suma, as heterogeneidades observadas intrarregionalmente e entre regiões desvelam diferenças que podem estar relacionadas a diferentes fatores, como desenvolvimento tecnológico, aprendizado institucional prévio na trajetória de organização do sistema de saúde, background cultural e institucional, entre outros (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a regionalização, quando implantada de forma sistêmica, tem conseguido melhorar os sistemas de saúde, a exemplo do Canadá, na década de 90 (SHIMIZU *et al.*, 2020 apud CHURCH; BARKER, 1998), que, impulsionado pela crise fiscal e pelo desejo de controlar melhor os gastos em saúde, as autoridades regionais de saúde consolidaram e racionalizaram os serviços hospitalares, principalmente, após a distribuição de recursos menos custosos e mais coletivos, ao invés de serviços institucionais e agudos mais caros.

Outros países têm adotado a regionalização, não só para a racionalização dos custos, mas para garantir que a assistência seja dada em tempo oportuno e com qualidade (SHIMIZU *et al.*, 2020 apud HTWAY; CASTEEL, 2015; MOGHRI; *et al.*, 2016; MORGAN *et al.*, 2016).

As Normas Operacionais Básicas conduziram a uma política de investimentos na saúde em que o relevante era dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente com muitos hospitais sem condições técnicas para funcionar, incluindo aqui a falta de Serviços de Diagnóstico e Terapia, levando à fragmentação, à ineficiência e a menor qualidade dos serviços prestados (PESTANA *et al.*, 2004).

Santos (2018) analisa esses 30 anos como um período de perturbações da ordem política, econômica e social com escancaradas promiscuidades entre público e privado em que o capitalismo financeiro e globalizado arrefece os direitos individuais e sociais de quem nem chegou a vivê-los. Conforme afirma o autor, é fundamental banir o dilema saúde fiscal versus saúde das pessoas, a sociedade não pode abdicar do SUS em troca da saúde como mercadoria pela qual poucos podem pagar. “Sem SUS, é barbárie sanitária” (SANTOS, 2018, p. 2049).

Assim, quando afirma na Exposição de Motivos do Decreto n. 9.759/2019 a intenção de reduzir os grupos de pressão, a percepção é que se está claramente

reduzindo o potencial deliberativo e de legitimidade democrática conferida por meio da busca do consenso nos debates do campo político.

Os conselhos gestores operam na estrutura institucionalizada do Estado e por meio de seus membros procura-se participar da construção das decisões estatais e fiscalizá-las frente aos poderes políticos. A partir dessa consideração, quando se reduz unilateralmente esses meios e instrumentos de participação, percebe-se uma intenção de monopolizar a tomada de decisões da agenda do governo, em prejuízo da democracia deliberativa e de uma gestão administrativa consensual. Com efeito, na prática há um enfraquecimento dos canais e processos decisórios dos conselhos gestores por meio de ações de caráter arbitrário e que violam o espírito de participação social preconizado pela Constituição Federal de 1988 (QUADROS *et al.*, 2021).

Atualmente, a federação brasileira é conformada pela União, por 26 (vinte e seis) Estados, pelo Distrito Federal e por 5.568 (cinco mil quinhentos e sessenta e oito) municípios (IBGE, 2021).

4.2 Regionalização da Saúde no Tocantins

No Brasil, a regionalização foi criada como estratégia de descentralização da oferta de assistência à população com possibilidade de resolução de grande parte dos agravos e doenças, o mais próximo possível das residências das pessoas (VIANA *et al.*, 2015).

Há que se destacar que algumas regiões do país iniciaram o processo de regionalização mais tardiamente, portanto ainda enfrentam a fragmentação do sistema de saúde provocada pela descentralização municipal. O Pacto pela Saúde instituiu os Colegiados de Gestão Regional como instância organizadora da regionalização solidária e cooperativa (BERZOINI, 2010).

Nos termos do Decreto n.º 7.508/2011, a Região de Saúde tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (SHIMIZU, 2013).

Nesse sentido o Pacto pela Saúde veio substituir a lógica anterior, de regulamentação da descentralização das responsabilidades e dos recursos no SUS, que se baseava em processos de habilitação de Estados e Municípios segundo critérios estabelecidos por normas operacionais federais.

Assim, o Pacto pela Saúde tem implicações importantes nas relações intergovernamentais na saúde, ao financiamento e à regionalização no SUS. A

regionalização é bastante enfatizada na normativa do Pacto, que propôs a conformação dos Colegiados de Gestão Regional como uma estratégia importante para fortalecer a conformação e o planejamento integrado de redes de atenção regionalizadas.

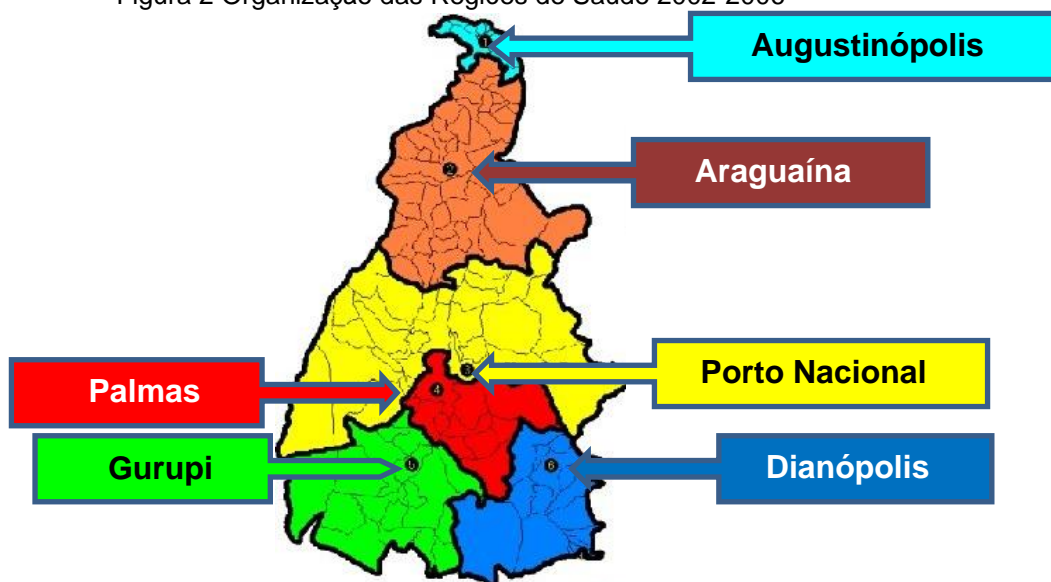
Esses Colegiados de Gestão Regional, devem se constituir num espaço de decisão conjunta por meio da “identificação, definição de prioridade e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações de serviços de saúde, integrada e resolutiva” (BRASIL, 2006).

O Tocantins foi um dos estados que aderiram ao Pacto pela Saúde por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), em 2006, com alguns avanços alcançados, sobretudo, no processo de planejamento estadual consoantes às necessidades regionais (BERZOINI, 2010).

Trata-se, pois, do mais novo Estado brasileiro, criado em 1988. O Território tocantinense é composto de 139 municípios, a sua maioria de pequeno porte, com menos de 5.000 habitantes, com necessidade de apoio econômico e social com 92,8% dos municípios possuem até 20.000 habitantes, destes, 54,26% possuem menos que 5.000 habitantes (TOCANTINS, 2015).

A 1.ª regionalização no Estado do Tocantins ocorreu em 2002 com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), aprovada na Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), onde se definiram o Plano Diretor de Regionalização – PDR composto por duas macrorregiões Araguaína e Palmas, seis microrregiões (TOCANTINS, 2015).

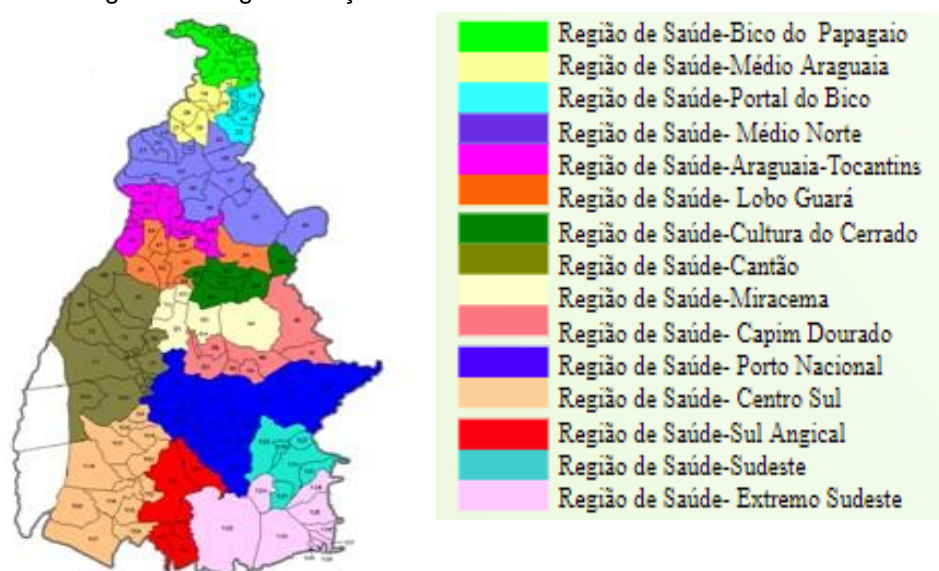
Figura 2 Organização das Regiões de Saúde 2002-2006



Fonte: Adaptado pela autora Plano Estadual de Saúde - PES, 2012.

Em 2006 o Tocantins foi o 1º Estado a aderir ao Pacto pela Saúde, que compreende um conjunto de compromissos estabelecidos entre os gestores de saúde nas três esferas de governo, com o objetivo de fortalecimento do SUS e organização das ações e serviços de saúde fundamentada no perfil epidemiológico, sócio econômico e cultural, nesse sentido foi estabelecendo o 2º redesenho da Regionalização das ações e serviços de saúde que operacionalizou por meio da conformação de 15 Regiões de Saúde no ano de 2007 (TOCANTINS, 2015).

Figura 3 - Regionalização da Saúde 2007-2012



Fonte: Tocantins, 2012.

Com a publicação da Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006, fundamentou-se o Pacto pela Saúde, mantendo o fortalecimento das diretrizes de regionalização bem como a cooperação entre as três esferas governamentais, organizadas por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e executado pelas regiões de saúde. Dessa forma, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) se estabelecem como cogerentes regionais (BERNER, 2019).

Conforme Tocantins (2015) a constituição dos CGR, teve início em 2007, realizaram-se oito oficinas regionalizadas, com a presença das secretárias municipais de saúde dos 139 municípios do Estado e outros órgãos Estaduais e Municipais. A pauta dessas oficinas enfatiza três produtos:

1. Definição das Regiões de Saúde a luz do Pacto e a conformidade de um novo desenho da Regionalização da Saúde do Estado com 15 Regiões de Saúde e

02 Macrorregiões: Norte e Centro-Sul, em substituição ao antigo desenho NOAS de 06 micro regiões e 02 Macro Regionais uma Macro Norte e outra Centro-Sul;

2. Criação de 15 Colegiados de Gestão Regionais CGR's;
3. Elaboração dos Planos Regionais de Saúde e Planos Diretor de Investimento.

A 1ª Reunião de CGR no Estado do Tocantins ocorreu no município de Pedro Afonso, no dia 31/08/2007, e teve como pauta prioritária a organização do Plano Regional de Saúde e do Plano Operativo da antiga região de Pedro Afonso, atual Região de Saúde Cultura do Cerrado; esse feito foi considerado um marco histórico para o Tocantins (TOCANTINS, 2013).

No final do ano de 2007, entre os meses de outubro a dezembro, ocorreram todas as reuniões em todos os CGR, com exceção do município de Porto Nacional; foram implantadas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite por meio da portaria n.º 3.264 de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a).

Em 2008, foi implantada a Gerência Técnica de Regionalização (GTR), cujo objetivo era efetuar o acompanhamento do processo de implementação e articulação dos CGR com o apoio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Tocantins (COSEMS – TO). Com a regulamentação da portaria n.º 2.691 de 19 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007b), que estabelece as condições de transferência de recursos financeiros federais ao incentivo para apoiar as ações de Regionalização no SUS, o Estado do Tocantins, em 2008, passa a receber incentivo de R\$20.000,00 (vinte mil reais), por cada CGR, sendo transferido em parcela única, anual, ao Fundo Estadual de Saúde e, no caso de região intra-municipal, ao Fundo Municipal de Saúde, instituído com o objetivo de custeamento das ações desenvolvida para a saúde no Estado (TOCANTINS, 2013).

Contudo no ano de 2011, essa portaria foi revogada passando a ser considerada para fins de regramento a Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Participa SUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS (LOPES, 2014).

Sendo que na portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011 no seu Art. 7º esclarece que:

A transferência dos recursos de que trata este Capítulo será efetuada de forma automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, em **parcela única**, conforme valores a serem definidos anualmente em ato específico, observados critérios de população e número de Municípios por Estado, quando aplicável (**grifo nosso**).

Sendo o incentivo de custeio para implantação, implementação e fortalecimento das CIR's e do sistema de planejamento do SUS, passou a ser de R\$ 1.032.225,00 (um milhão trinta e dois mil e duzentos e vinte cinco reais) (TOCANTINS, 2012).

Com esse apoio financeiro, segundo Tocantins (2013) houve um aumento significativo nas reuniões ordinárias dos CGR, intensificando o processo de adesão ao Pacto pela Saúde. Esse movimento refletiu em um processo de intensa atividade o que fortaleceu e qualificou, ainda mais as decisões compactuadas, viabilizando a participação do COSEMS nos assuntos inerentes ao fortalecimento da regionalização.

Segundo Berner (2019) a responsabilidade do processo de articulação do funcionamento dos Conselhos de Intergestores Regionais do Tocantins (CIRTO) é da coordenação de regionalização da Secretaria da Saúde – Sesau -TO. Assim, os CGR e os CIR são compostos por todos os secretários municipais de saúde de cada região. As decisões são aprovadas em reuniões por consenso da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Tocantins (CIB-TO). A portaria n.º 206 de 01 de junho de 2009 constitui representantes da COSEMS denominados como apoiadores estaduais. Por meio da portaria 224 de 23 de março de 2012 (TOCANTINS, 2012b), ficou estabelecida a participação da Sesau nas CIR a partir de então com a presença de todos os diretores gerais e diretores de hospitais de referência do Estado, sendo assim, pactuava-se um novo corpo diretivo para as discussões inerentes à representação estaduais de cada região. As reuniões e discussões nas CIR aconteciam em conjunto com a CIB-TO, a cada dois meses, em diferentes municípios.

De acordo com Tocantins (2015) foram estabelecidos vários estudos nas reuniões da Câmara Técnica de Gestão da CIB, em articulação com gestores municipais e técnicos do estado, que compuseram o 3º redesenho de Regionalização definindo as novas regiões de saúde passando de 15 para 8, aprovadas consoante a Resolução CIB-TO Nº 161/2012, através de critérios que

definiram o recorte regional, de ações e serviços de saúde mínimos para composição da Região em 05 eixos:

- **Atenção primária** - 80% de cobertura ESF e suficiência da AB na região;
- **Urgência e emergência** - 1 Pronto Socorro funcionando 24 hs todos os dias da semana com cirurgia geral e atendimento obstétrico de risco habitual (cesárea) na região;
- **Atenção psicossocial** - pelo menos 1 CAPS I na região;
- **Atenção ambulatorial especializada e hospitalar** - atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas;
- **Vigilância em saúde** - equipe de vigilância constituída legalmente no município.

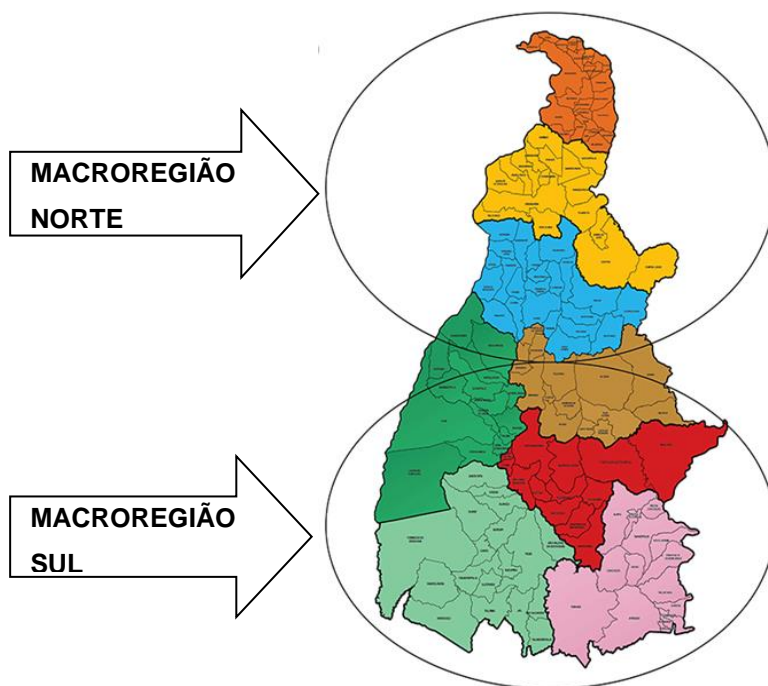
A Conformação de 02 (duas) Macrorregiões de Saúde no Estado do Tocantins, sendo uma denominada Macrorregião Norte e a outra Macrorregião Centro Sul e o Cronograma do Planejamento Regional Integrado (PRI) de acordo com a Resolução CIT N°. 23, de 17 de agosto de 2017 e Resolução CIT N°. 37, de 22 de março de 2018 foram aprovados pela Resolução CIB/TO N°. 143, de 19 de julho de 2018.

Macrorregiões de saúde do estado do Tocantins resolução CIT n° 37/2018 e resolução CIB/TO n° 143/2018.

Importante destacar que o ponto de corte para a definição da macrorregião foi à questão da cobertura assistencial:









1. Materno infantil, Gestação de Alto Risco (Ambulatorial e hospitalar)
UTIN Neonatal tipo II UCI Neo;
2. Serviço de cardiologia: cirurgia cardíaca e
3. Oncologia: Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica e Tratamento Radioterápico.

Figura 4 - Regionalização da Saúde a Partir de 2012



Fonte: Adaptado pela autora, Tocantins, 2015.

Legendas das Regiões de Saúde

	Bico do Papagaio		Médio Norte Araguaia		Cerrado Tocantins Araguaia
	Cantão		Capim Dourado		Amor Perfeito
	Ilha do Bananal		Sudeste		

De acordo com Cardoso *et al.* (2016) um pilar essencial para a boa governança nas CIR's é a participação popular, entendida como um processo que garante o direito da sociedade de participar das gestões públicas. Sendo que essa participação favorecer a negociação, pois quando esses espaços têm uma regularidade desenvolve entre os atores a responsabilidade de pactuar, monitorar e avaliar o planejamento regional.

Nesse sentido Ramos (2012) destaca que as discussões relativas ao planejamento regional são fundamentais para a regionalização e devem ser feitas nos amplos espaços para construção e encaminhamento de propostas de forma coletiva.

Os avanços dos CGR e CIR do Tocantins estão, em um curto período, relacionados aos gestores municipais e aos representantes estaduais que têm

despertado para força do Colegiado/Comissões e têm contribuído expressivamente para o fortalecimento das regiões de saúde, encaminhando demandas em busca de solução por parte da Sesau-TO, discutindo os problemas regionais e encontrando soluções entre si, sugerindo e encaminhando pontos de pauta (TOCANTINS, 2013).

Segundo estudo de Shimizu, *et al.* (2017) destacou que os gestores relatam a importância do COSEMS no auxílio das pactuações e do fortalecimento das ações na CIR. A colaboração do COSEMS, nesse espaço de deliberação, tem ajudado os gestores a gerir redes de atenção à saúde, fluxos assistenciais e a contornar os “vazios” existentes no Estado. Nesse sentido, o protagonismo dos COSEMS tem sido estratégico na construção da governança nas regiões de saúde, consonante ao encontrado em literatura.

4.3 Região de Saúde Médio Norte Araguaia

A regionalização da saúde tal como está configurada traz como diretrizes a ampliação da cobertura e qualidade dos serviços de saúde; aprimoramento da gestão hospitalar, fortalecimento das ações de promoção e prevenção, aprimoramento da gestão participativa, promoção da educação permanente, prestação de apoio aos municípios nos processos de trabalho na atenção primária, ampliação do acesso da população aos medicamentos (TOCANTINS, 2016).

Nesse sentido a Região Médio Norte Araguaia possui 17 (dezessete) municípios, dentre eles a referência na região, que é o município de Araguaína, no anexo 2 apresenta a legenda dos pontos de atenção da região. A região ocupa 11,61% do território e abriga 19,17% da população do Estado, tendo uma densidade populacional de 9,24 habitantes/km² (IBGE, 2020). Cinco municípios têm população menor que 5.000 habitantes. A maior distância até a referência (Araguaína) até o município de Campos Lindos, com 226,8 km (IBGE, 2020).

Figura 5- Região de Saúde Médio Norte Araguaia



Fonte: Adaptado pelo autor – Tocantins, 2015, os significados dos pontos de atenção encontram no Anexo 2.

Distribuição da população entre o gênero masculino e feminino da Região do Médio Norte Araguaia (17 municípios), demonstrada na figura 06.

- População Total **289.506**
- População Homens **146.413**
- População Mulheres **143.093**

A Tabela 1 demonstra a população por municípios, Região Médio Norte Araguaia de 2010 e 2015.

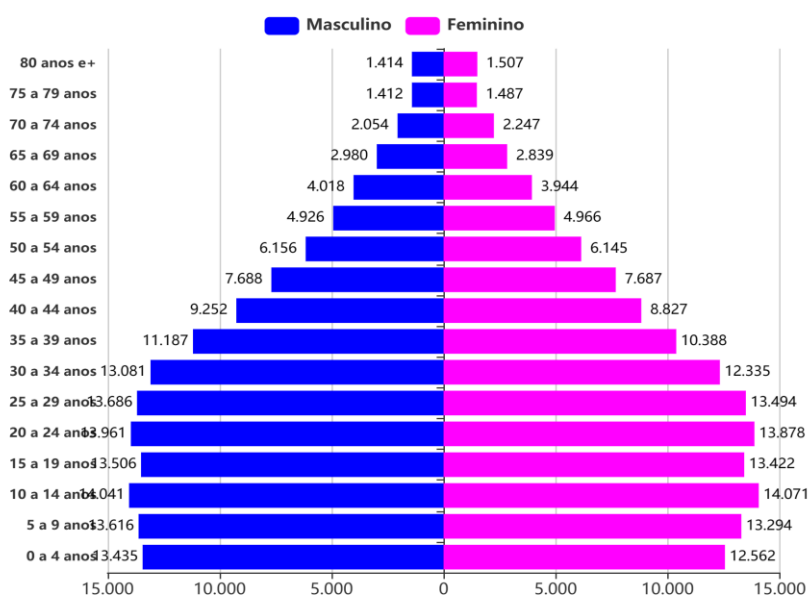
Tabela 1 – Comparativo populacional 2010 e 2015 e estimativa 2021

Municípios	População 2010	População 2015	População Estimada 1º julho de 2021
Aragominas	5.882	5.910	5.705
Araguaína	150.484	170.183	186.245
Araguanã	5.030	5.151	5.856
Babaçulândia	10.424	10.736	10.668
Barra do Ouro	4.123	4.460	4.673
Campos Lindos	8.139	9.408	10.505
Carmolândia	2.316	2.507	2.627
Darcinópolis	5.273	5.833	6.250

Filadélfia	8.505	8.848	8.892
Goiatins	12.064	12.813	13.169
Muricilândia	3.152	3.433	3.623
Nova Olinda	10.686	11.513	12.014
Pau D'Arco	4.588	4.814	4.885
Piraquê	2.920	3.031	3.038
Santa Fé do Araguaia	6.599	7.232	7.678
Wanderlândia	10.981	11.566	11.783
Xambioá	11.484	11.709	11.500
Total	262.650	289.147	309.111

Fonte: Adaptado IBGE, Censo Demográfico 2010, DPE e COPIS.

Figura 6 - População Entre Gênero Masculino e Feminino Região Médio Norte Araguaia
População Geral



Fonte: Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) e IBGE.

Demonstrativo pela tabela 02 do percentual da população por situação do domicílio e gênero, por município da Região de Saúde Médio Norte Araguaia.

Na pirâmide etária apresenta o lado esquerdo do gráfico a população masculina, enquanto o lado direito a população feminina e o topo a população idosa (mortalidade) e a base população jovem (natalidade).

Nesse sentido observando o gráfico pode-se dizer que na Região Médio Norte Araguaia tem uma população adulta na faixa dos 20 a 34 anos com uma taxa de natalidade alta na Região e a expectativa de vida é de mais de 80 anos.

Tabela 2 – Percentual por Domicílio Urbano e Rural e Sexo

População dos Municípios/Região de Saúde - Médio Norte Araguaia	Total	Média de Distribuição percentual (%)			
		Situação do domicílio		Sexo	
		Urbana	Rural	Homem	Mulher
Região Médio Norte Araguaia	262 650	61,41	38,59	52,38	47,62
Tocantins	1 383 445	65,55	34,45	52,04	47,96
Aragominas	5 882	37,91	62,09	53,35	46,65
Araguaína	150 484	94,98	5,02	48,90	51,10
Araguanã	5 030	67,32	32,68	51,37	48,63
Babaçulândia	10 424	47,29	52,71	53,15	46,85
Barra do Ouro	4 123	53,02	46,98	53,24	46,76
Campos Lindos	8 139	59,21	40,79	52,39	47,61
Carmolândia	2 316	78,76	21,24	52,07	47,93
Darcinópolis	5 273	66,17	33,83	52,63	47,37
Filadélfia	8 505	65,11	34,89	52,56	47,44
Goiatins	12 064	41,02	58,98	52,11	47,89
Muricilândia	3 152	57,11	42,89	52,57	47,43
Nova Olinda	10 686	69,86	30,14	52,18	47,82
Pau D'Arco	4 588	63,21	36,79	53,60	46,40
Piraquê	2 920	38,42	61,58	55,68	44,32
Santa Fé do Araguaia	6 599	66,28	33,72	51,78	48,22
Wanderlândia	10 981	53,44	46,56	51,43	48,57
Xambioá	11 484	84,80	15,20	51,44	48,56

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Resultado do Universo.

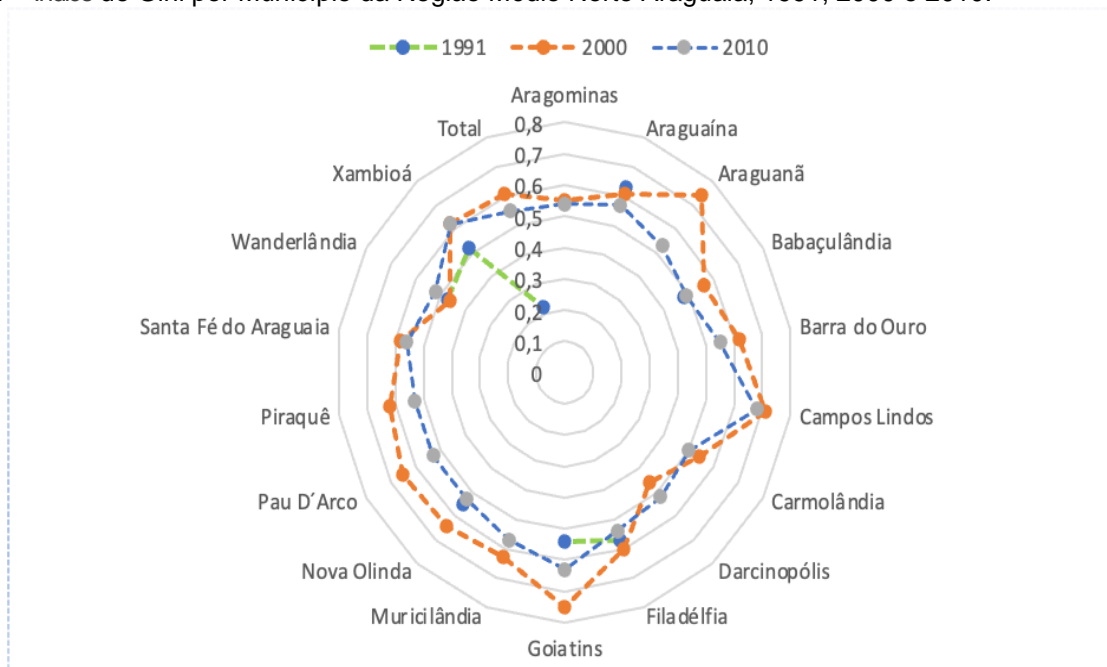
O índice de Gini é uma medida de desigualdade econômica, ou seja, mostra quão concentrada é a renda de uma determinada população. Quando o índice está mais próximo de 1, maiores são as desigualdades, maior é a concentração de renda. Quando o índice está mais próximo de zero, menores as desigualdades – as pessoas usufruem renda muito parecida.

Tabela 3 – Índice de Gini por Município da Região Médio Norte Araguaia, 1991, 2000 e 2010.

Município/Região de Saúde - MÉDIO NORTE ARAGUAIA	1991	2000	2010
Aragominas	-	0,55	0,54
Araguaína	0,63	0,61	0,57
Araguanã	-	0,74	0,53
Babaçulândia	0,48	0,56	0,49
Barra do Ouro	-	0,62	0,55
Campos Lindos	-	0,71	0,68
Carmolândia	-	0,54	0,50
Darcinópolis	-	0,46	0,52
Filadélfia	0,57	0,60	0,54
Goiatins	0,54	0,75	0,63
Muricilândia	-	0,63	0,57
Nova Olinda	0,55	0,64	0,53
Pau D'Arco	-	0,65	0,53
Piraquê	-	0,62	0,53
Santa Fé do Araguaia	-	0,58	0,56
Wanderlândia	0,47	0,46	0,52
Xambioá	0,52	0,62	0,62
Total	0,22	0,61	0,55

Fonte: IBGE/2010.

Figura 7 - Índice de Gini por Município da Região Médio Norte Araguaia, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A referência em Saúde para a Região do Médio Norte Araguaia é o principal Hospital de Referência Estadual de Araguaína (Hospital Regional Araguaína) e Palmas (Hospital Geral de Palmas) (TOCANTINS, 2015).

A partir do contexto apresentado, a instituição dos conselhos municipais de saúde assume uma importância estratégica para a execução de ações de políticas públicas. Em uma perspectiva que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (CORTES, 2002; VAN STRALEN *et al.*, 2006).

Nesse sentido Conselho de Saúde para Fleury (2014) retrata a responsabilização do nível local, permite a formação de novas alianças, e novas lideranças, introduzindo novos padrões técnicos e profissionais para a formulação de políticas, e ao mesmo tempo, renovando o universo da tomada de decisão.

Refletindo em um sentimento de pertencimento e na ampliação da capacidade de participação cidadã nos processos decisórios contribuem para o fortalecimento do desenvolvimento local (CANÇADO; SAUSEN; VILLELA, 2013).

Os Conselhos de Saúde têm o importante papel de constituir-se como instâncias de ação política, com a finalidade de ampliar o controle e a participação

social na gestão do SUS, juntamente com outros instrumentos participativos. Mais do que atender a esse preceito jurídico-institucional, os Conselhos de Saúde foram criados, no âmbito do SUS, também para servir de canal de vocalização de denúncias e demandas populares por saúde nas localidades (PINHEIRO, 2001).

A partir desta premissa, a relação dos conselhos municipais está atrelada à gestão social, que pode ser definida como a gestão realizada pela sociedade e para a sociedade (CANÇADO; TENÓRIO; PEREIRA, 2011).

5.GESTÃO SOCIAL

O contexto de surgimento do SUS surgiu e se alinha ao período caracterizado por grandes conquistas sociais, depois de um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período. Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania, como os conselhos de saúde (GOUVEIA *et al.*, 1999).

No período supracitado o Brasil vivenciava um maior protagonismo social nas decisões governamentais desde o período anterior a 1988, com o surgimento de movimentos sociais que dividiam suas ações entre processos reivindicatórios – moradia, saúde e creche, entre outras demandas – e promoviam ações contra o regime militar, organizando manifestações pela democracia mesmo nos anos da ditadura (SADER, 2001).

Nesse sentido os sujeitos políticos participavam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuíam em especial, a partir das suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber. Sendo assim, esses movimentos possibilitaram um novo período histórico no Brasil e também estimulou o pensamento crítico em saúde uma cidadania que busca, na ampla participação e controle social da sociedade civil, incorporar a solidariedade como princípio, meio e fim de uma política social – neste caso, a saúde (CHAUI, 1993).

Essas pressões de tais movimentos tinham característica local: cobravam de prefeitos respostas aos seus anseios e abriam canais de diálogo com várias prefeituras. Foi assim que nasceram programas de administração participativa em pequenos municípios como: Icapuí, no Ceará, Janduís, no Rio Grande do Norte (Almeida, 1993), e Lages, em Santa Catarina (Souto, 1991), entre outros. Nesses locais, a gestão municipal discutia as prioridades na alocação de recursos com as

comunidades prestava contas de seus gastos, publicando a execução orçamentária em local aberto à população. Era uma iniciativa de orçamento participativo com políticas de transparência, sem que ainda se tivesse o sentido que esses termos possuem nos dias hoje (TENÓRIO *et al.*, 2021).

Esses processos participativos influenciaram a elaboração da Carta Magna de 1988, Constituição Cidadã, nasceu promovendo a abertura de instrumentos de participação social no orçamento e nas políticas públicas, como a realização de audiências públicas e a criação de conselhos gestores de políticas públicas. Constitucionalizou-se direitos sociais e promoveu uma saudável combinação entre instrumentos da democracia representativa e da democracia direta, como plebiscito, referendo e iniciativa popular (TENÓRIO *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, é possível promover um alinhamento com o conceito de Gestão Social (GS), ela foi frequentemente utilizada para promover as relações entre o Estado, mercado e sociedade civil, e por consequência, adquirindo uma figura cada vez mais rígida (MELO, 2019).

Descrita no Brasil inicialmente por Tenório, a GS caracteriza-se por promover e valorizar a sociedade civil como protagonista nas relações entre os três importantes segmentos sociais – Estado, Mercado e Sociedade Civil (TENÓRIO, 2005; BOULLOSA; SCHOMMER 2008). O campo da GS foi marcado por grandes discussões principalmente pela difícil consensualidade na definição do termo. Nos primórdios da discussão acerca do tema, Tenório (2006) lamentou a abordagem deturpada e reducionista em que a GS estava sendo interpretada.

E nesse caminhar da construção do fortalecimento dos processos participativos, iniciou a construção do conceito de GS, inicialmente, pela análise dos pares de palavras: Estado-sociedade e capital-trabalho, que foram invertidas na sua ordem para: sociedade-Estado e trabalho-capital, ressaltando a importância da sociedade e do trabalho como protagonistas destas relações. Ampliando a discussão, insere-se o par de palavras: sociedade-mercado, que representa o processo de interação da sociedade civil organizada com o mercado, onde também a sociedade deve ser protagonista (TENÓRIO, 2008a, 2008b).

Importante ressaltar que tal inversão não é para diminuir a importância do Estado e/ou de seus respectivos governos ou do capital ou empresas privadas, mas sim destacar a função da sociedade civil (da cidadania organizada) e do trabalho (cidadão trabalhador) nessa interação. A definição de gestão social deve estar apoiada na compreensão da inversão desses pares dessas palavras, bem como do

conceito de cidadania deliberativa, sendo uma categoria intermediadora da relação entre os pares de palavras. Desta maneira o autor, destaca a importância do indivíduo na ação discursiva e, nessa mesma prática, produz, molda e modifica seu contexto social e político (TENÓRIO *et al.*, 2017).

As primeiras contribuições da GS no Brasil foram feitas pelo autor Fernando Tenório na década de 1990, compelido pelo perecimento das teorias organizacionais tradicionais que ao longo do tempo foram sendo reeditadas e retransmitidas como conhecimento monológico anglo saxônico nas universidades em especial nos cursos de Administração com base nos preceitos históricos de Taylor e Ford (TENÓRIO; ROZENBERG, 1997; TENÓRIO, 1998; TENÓRIO, 1999; CANÇADO *et al.*, 2011). No entanto Tenório (2009) esclarece que a inquietação para o entendimento do tema teve início em 1992 após sua participação no seminário ocorrido na Bolívia.

O autor relata que o termo deriva de um texto de Giorgio Rovida, “A revolução e a guerra na Espanha (1919)” que trata de experiências autogestionárias na guerra civil espanhola, sendo que na obra a gestão social aparece com o significado de democracia proletária de caráter local (TENÓRIO, 2010).

No início, ainda em 1990, as primeiras concepções da GS foram ainda muito superficiais devido à escassez de estudos e discussões que tratavam do assunto. Era um conceito restrito a questões relacionadas ao que posteriormente convencionou-se chamar de terceiro setor (TENÓRIO, 2009). No Brasil, percebe-se que as primeiras contribuições relevantes datam de 1990, com o Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS), vinculado à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) (CANÇADO *et al.*, 2011).

Em 1992 de acordo com Tenório *et al.* (2011) no Seminário Iberoamericano de Desarrollo de Profesores em Gerencia Social ocorrido na cidade de Santa Cruz de La Sierra na Bolívia, o conceito de GS foi relacionado a questões associadas a Políticas Públicas e ao Terceiro Setor. E o resultado desses debates, ocorridos durante esse evento foi o surgimento de novas expectativas para área da GS.

Cançado *et al.* (2011) destaca o lançamento do livro Pobreza: un tema impostergable – Nuevas respuestas a nível mundial compilado por Bernardo Kliksberg, provavelmente segundo Cançado *et al.* (2011), o primeiro texto latino-americano que trata do tema gestão social.

Nesse livro a gestão social é entendida como gestão de políticas públicas sociais (CANÇADO *et al.*, 2011). Deste modo o “[...] o termo gestão social tem sido confundido quase exclusivamente com gestão de políticas e/ou programas sociais” (TENÓRIO; SARAIVA, 2006, p. 124). Essa redação no livro contribuiu para início de um debate no entendimento sobre GS a partir dos anos 1990 no Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento – CLAD, e continuou no Instituto de Desenvolvimento Social do Banco Interamericano de Desenvolvimento (TENÓRIO; SARAIVA, 2006).

De acordo com Kliksberg (1994), a GS era compreendida como gestão de políticas públicas sociais. Isso, devido a grande pressão histórico-social exercida por parte das vultosas forças sociais que exigiram novas soluções governamentais, inovações às ciências e as tecnologias administrativas, além de habilidades gerenciais mais modernas capazes de atender as novas necessidades de uma sociedade democrática. O autor resume essa situação pela expressão “democratizar a democracia” (KLIKSBURG, 1988, p. 60), ou seja, a busca por uma democracia não meramente eleitoral, mas, com mecanismos que favoreçam a participação ativa dos cidadãos. Não obstante, exige também a definição de características organizacionais (como controle social), a garantia plena dos direitos da população diante do Estado e por fim, a viabilização de canais intervenção a atividade estatal.

Nesse sentido Maia (2005) compreende que a gestão social é uma construção social e histórica, constitutiva da tensão entre os projetos societários de desenvolvimento. Singer (1999) afirma que gestão social diz respeito às ações que intervêm nas diferentes áreas da vida social para a satisfação das necessidades da população. Nessa perspectiva a gestão social é viabilizada pelas políticas e práticas sociais articuladas e integradoras das diversas demandas e organizações populares, universidades, entidades não-governamentais e governo (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Já Carvalho (1999) faz uma relação entre gestão social e gestão das ações públicas, viabilizadas a partir das necessidades e demandas apontadas pela população, por meio de projetos, programas e políticas públicas, que assegurem respostas efetivas à realidade das maiorias. Dando ênfase ao protagonismo da sociedade civil, no sentido da identificação das necessidades e demandas, assim como proposição e controle de ações e políticas, a serem assumidas pelo Estado. Dowbor (1999) defendeu que a gestão social precisa de articulação entre empresários, administradores públicos, organizações não-governamentais,

sindicatos, pesquisadores, movimentos sociais, universidades e representantes comunitários entre outros.

No ano de 1997 o pesquisador Fernando Tenório participou do Curso de Directivos em Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales nos Estados Unidos promovido pelo Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social (INDES) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), fato esse que contribuiu de forma significativa a percepção do campo de estudo da GS, resultando na primeira publicação nacional na Revista de Administração Pública (RAP) o artigo “Gestão social: uma perspectiva conceitual”. (CANÇADO *et al.*, 2011).

Nesse artigo o pesquisador destaca o entendimento de GS e do grupo de pesquisadores que faziam parte do Programa de Estudos em Gestão Social da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro. Até essa publicação, o entendimento vigente da GS estaria associado exclusivamente, à condução de políticas sociais compensatórias. Defendia-se o entendimento de uma gestão ampliada na qual o processo decisório estaria ligado ao diálogo consciente, compreendido, e representado por diferentes atores sociais (TENÓRIO, 2009).

Dessa forma o conceito de GS desde 1990 refere-se, quando relacionado a temas que envolvam o aparelho burocrático público, ao processo de tomada de decisão que ocorre em uma esfera pública onde interagem a sociedade e o Estado com o objetivo de promover uma administração pública. E tratando-se de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento, o processo de implementação dessas políticas somente teria significado, na perspectiva da gestão social, se os usuários das políticas também participassem do processo. Desenvolvimento não significa apenas concessão, mas, também, a promoção de prática de uma cidadania deliberativa. (TENÓRIO, 2015).

Neste aspecto, a gestão social sugere um novo paradigma de interação entre Estado e sociedade (BOULLOSA; SCHOMMER, 2008). Nesse modelo, o Estado revê sua suposta posição de poder na condução de processos de transformação social e assume a complexidade de atores e de interesses em jogo como definidora dos próprios processos de construção de bens públicos. Nessa visão, o público corresponde a um espaço de interações entre diversos interesses que, articulados, definem valores e interesses comuns com uma ênfase maior na gestão democrática e na participação dos cidadãos na gestão pública, procurando fomentar a busca por valores e interesses compartilhados. Nessa nova configuração o gestor público tem

papel preponderante, e acima de tudo deve ser considerado como um cidadão-trabalhador ou gestor público cidadão, aquele que trabalha para a cidadania (DENHARDT; DENHARDT, 2000).

Esta percepção, embora ainda presente nos textos sobre gestão social, já apresenta indícios de que não consegue dar conta do que o próprio termo tem de potencial teórico e analítico (CANÇADO *et al.*, 2011). Para os autores Cançado, Tenório e Pereira (2011, p. 697) que tentam avançar na definição de um conceito de gestão social ao definirem-na como “a tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e no entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposta e na emancipação enquanto fim último¹”.

A partir desse cenário, o tema da gestão social foi desenvolvido por meio de questões associadas, como cidadania, desenvolvimento local, administração pública e terceiro setor, sendo que o fundamento da discussão baseia no processo gerencial dialógico, inspirado na teorização habermasiana, na qual a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (TENÓRIO, 2006).

Sendo assim, o lugar que torna possível a gestão social é a esfera pública, que, segundo Tenório (2005), contempla, envolve o Estado, a sociedade civil e também o mercado – conceito bem mais amplo do que o delineado por Habermas. Para os autores Aguiar-Barbosa e Chim-Miki (2019) constatam que houve uma evolução do conceito, estando ele atualmente em um estado de maturação, com uma trajetória futura em busca de consenso entre os pesquisadores.

Contudo, Tenório e Araújo (2021) refletem sobre a GS e sua inconclusão, incontestável, da sua participação como tema nos debates da academia brasileira, entretanto, os autores ressaltam, que não é consensuado nesse espaço o entendimento sobre sua compreensão, incluindo também o desconhecimento por grande parte da mesma academia. Desta maneira, manter a discussão sobre GS na pauta acadêmica, se alinha à ideia de um conceito gerencial mais próximo do

¹ Em textos mais recentes, como Cançado, Silva Jr e Cançado (2017), a Emancipação enquanto categoria teórica da GS deixou de ser vista como “fim último” da gestão social, mas parte da gestão dialética negativa entre Interesse Bem Compreendido e Emancipação na Esfera Pública. Tema que será abordado mais à frente.

significado republicano de *res publica* (coisa pública). Tenório (2012) reconhece algumas dessas limitações quando afirma que a realidade ultrapassa o entendimento desejado pelo conceito de gestão social e que o caminhar da história política brasileira é destacado por momentos que o interesse de poucos, sobressai no anseio de muitos, provocando uma desigualdade entre os cidadãos e camuflando a cultura decisória (deliberativa).

Sendo assim, a participação do cidadão, mais ativamente permeia vários processos de democratização das políticas públicas, possibilitam, por exemplo, na participação cidadã no desenho da implementação das mesmas em muitos casos, ocorriam em governos municipais estimulados por decisão política dos chefes do Executivo. Experiências de Orçamento Participativo como as de Porto Alegre, Recife e Belo Horizonte, para falar em algumas grandes capitais, transformaram-se em vitrines de governos de esquerda (TENÓRIO; TEIXEIRA, 2021).

No âmbito federal, as grandes conferências de saúde, educação, segurança alimentar, assistência social, entre outras, mobilizaram representantes de segmentos sociais de diversas regiões do país, que possibilitaram o redesenho de políticas públicas nessas áreas (TENÓRIO; TEIXEIRA, 2021).

Segundo Tenório *et al.* (2017), a prática da GS nos conselhos municipais, significaria que a importância de tais arranjos institucionais estariam consolidados na medida em que todos os conselheiros assim como a população de uma maneira geral, fossem envolvidos em suas discussões e deliberações.

Entretanto o autor destaca ainda que, o setor público não está fundamentado como democracia de fato, que ainda que representativa, tem que ir, além disso, que motive os cidadãos a terem uma participação mais ativa por meio dos arranjos institucionais deliberativos, como os conselhos. Para o autor a preocupação com o bem comum, com a *res publica*, e faz a reflexão que no planejamento brasileiro, prevalece ainda o patrimonialismo (TENÓRIO, 2012).

Nesse sentido os diferentes, por suas características sociais e ou étnicas, que não se adequam à lógica do mercado - não têm acesso à escolaridade, ou a graus mais elevados de escolaridade, não conseguem emprego ou bons empregos - não conseguem exercer a cidadania plena, ativa; têm, a cada dia, o seu “direito a ter direito” negado (ARENDRT, 1998, p. 330 apud MAZZUOLI, 2003).

Arendt, ao conceituar cidadania, trata da igualdade em dignidade e em direitos:

A cidadania é o direito a ter direitos, pois a igualdade em dignidade e direitos dos seres humanos não é um dado sendo esse construído da convivência coletiva, que requer o acesso ao espaço público e este acesso ao espaço público que permite a construção de um mundo comum através do processo de asserção dos direitos humanos (ARENDR, apud MAZZUOLI, 2001, p. 01).

Conforme esta concepção, os direitos não são dados, mas construídos dentro de uma comunidade política. Logo, a cidadania é uma conquista alcançada por meio de um processo conflituoso de negociação e debate pelo qual os sujeitos adquirem autonomia e se tornam atores políticos: dignos de respeito e reconhecimento. (ARENDR apud MAZZUOLI, 2003).

Sendo assim, os movimentos sociais são muitos e diversos em consequência, dentre muitos fatores, do processo histórico de amadurecimento da cidadania e construção da democracia, da diversidade do País e de interesses dos distintos atores. Esses diversos movimentos sociais expressam diferentes formas de luta, de acordo com as dificuldades para a reprodução social da vida que os atores enfrentam nos ambientes físicos, político e cultural em que estão imersos (COELHO, 2012).

Uma das mais importantes características de um estado democrático é a participação. Para Cançado, Tenório e Pereira (2011) a participação é uma característica central que permeia todas as discussões inerentes ao campo da GS. Em consonância, Iwamoto e Cançado (2020) evidenciam que a participação na Esfera Pública é o que define a natureza política do governo democrático.

Segundo Campos e Silva (2020) os objetos de intervenção da gestão social, caracterizando a relação gestão de quê, se apresentam por meio de fenômenos heterogêneos e constituem-se em instrumentos institucionalizados ou de não participação política. Nesse sentido identificar uma nova possibilidade de aproximação teórica pode representar um passo agregador na construção da Gestão Social.

Projeta-se que isso talvez se deva ao emprego da palavra social como um adjetivo que qualifica o substantivo gestão, que passa a ser entendida como espaço privilegiado de relações sociais. Nesse sentido, trata-se de uma gestão voltada para o social, definida, antes, pela sua finalidade (DO CARMO GUERRA *et al.*, 2014). Autores como Tenório, Cançado e Pereira, recorrendo a tradições, paradigmas e a outros autores exemplo de Aristóteles, Marx, Weber, Tocqueville, Horkheim, Adorno, Habermas, Popper, Khun, Lakatos, Feyerabend, Chalmers, Guerreiro Ramos,

Boaventura de Souza e Pedro Demo, propõem a constituição de um campo próprio de reflexão e de práticas (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2013).

É nesse contexto que os conselhos e as conferências de saúde se tornaram dispositivos democráticos de inclusão e gestão social. A sociedade civil por meio da participação popular recebe a condição de sujeito da política de saúde ao mesmo tempo em que agente ativo da sua produção (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013).

A participação popular na elaboração de políticas públicas se faz então primordial, sendo que a para Vieira (2013) a saúde não deve ser feita em um processo 'sobre' e 'para' o povo, mas deve ser construída 'pelo' e 'com' o povo.

Quando se pensa política de saúde, as condições objetivas predisponentes de mobilizações são: sistema de saúde com cobertura insuficiente e qualidade precária e diferenças nas condições de saúde segundo a classe social (COELHO, 2012).

Considerando a tomada de consciência dessa situação, o reconhecimento da possibilidade de enfrentá-la, o compartilhamento da história pessoal com outros indivíduos (construção de identidade), o sentido de pertencimento e a participação comunitária levam às ações transformadoras. A resistência brota da própria necessidade que as pessoas têm de sobreviver, de não serem oprimidas pelo cansaço, pela doença e pelo poder hegemônico (VALLA; STOTZ, 1994).

Assim, surge a politização de demandas, na qual a saúde passa a ser vista como um direito social, as reivindicações, e também a construção de princípios relacionados ao conceito ampliado de saúde, à gratuidade, à equidade e à participação ampla nas decisões. Dessa forma, a consciência sanitária colabora na ampliação dos limites da cidadania, configurando-se como causa e consequência de uma consciência social (VALLA; STOTZ, 1994).

Considerando isso, a participação é um determinante fundamental da democracia, segundo Teixeira *et al.* (2014) é diminuir a distância entre sociedade e política, compreendendo esta como algo constante na vida de todos. Só assim entende-se que políticas públicas não são iniciativas exclusivas do aparelho estatal, mas fruto de interlocução e pactuação entre atores sociais com diversidade de interesses e necessidades.

Fischer (2002) indica que o campo da gestão social é o campo do desenvolvimento social, que se constitui como um processo social, a partir de múltiplas origens e interesses, mediados por relações de poder, de conflito e de aprendizagem.

Tenório (2012) explica que a cidadania deliberativa é a concepção de cidadania mais adequada quando se estuda sob a perspectiva do envolvimento dos cidadãos nos processos de planejamento e implementação de políticas públicas.

Perante a revisão do conceito de Gestão Social apresentada entende-se o alinhamento conceitual teórico da proposta desta pesquisa. O intuito é contribuir para compreensão da participação dos Conselheiros de Saúde da Região do Médio Norte Araguaia a partir da visão da GS.

Para isso, a pesquisa foi estruturada a partir do conceito de Cidadania Deliberativa, subdivida em 06 (seis) Categorias. Esse conceito foi desenvolvido no Brasil pelo Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS) na Fundação Getúlio Vargas (FGV) e está presente na obra de Tenório (2012)², sendo elencadas abaixo:

- 1ª categoria, Processo de Discussão, analisa como funciona o debate e a tomada de decisão na esfera pública, pressupondo oportunidades iguais de participação no ouvir e fazer-se ouvir, por meio de um diálogo aberto entre os agentes.
- 2ª categoria, Inclusão, é formada por critérios que buscam identificar a participação de conjunto diversificado de atores, especialmente daqueles outrora excluídos de processos participativos.
- 3ª categoria, Pluralismo, investiga a variedade, os interesses e as formas de atuação dos diferentes atores para garantir um espaço democrático de debate.
- 4ª categoria, Igualdade Participativa, contém análises sobre a efetividade da abertura e transparência do espaço de deliberação.
- 5ª categoria, Autonomia, por meio de seus diferentes critérios, ilustra as formas de atuação dos agentes quanto à tomada de posição própria e o grau de empoderamento permitido pelo processo participativo.
- 6ª categoria, Bem Comum, com seus dois critérios, investiga os resultados e a forma como se atingem os resultados coletivos.

² Parte do processo aconteceu durante Estágio Pós-doutoral do Professor Tenório no Institute for Government and Public Policy (IGOP) da Universidad Atónoma de Barcelona.

Serão utilizadas essas categorias como parâmetro para a análise e identificação da Gestão Social nos Conselhos de Saúde da Região do Médio Norte Araguaia, considerando a gestão social como um processo gerencial decisório deliberativo que procura atender as necessidades e promover o desenvolvimento de um determinado local (TENÓRIO, 2016).

A gestão social nos conselhos representa uma valiosa contribuição para a representatividade da sociedade civil organizada na esfera pública, ampliando o conhecimento e dá credibilidade às políticas de gestão.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análise sociodemográfica

Após o encerramento do período destinado à coleta de dados (16/08/2022 – 07/10/2022). Obteve-se 35 (trinta e cinco) questionários respondidos.

Para realização da pesquisa, foi utilizada a metodologia da amostragem intencional. Segundo Richardson (2007) a amostra intencional é representativa do universo pesquisado posto que os sujeitos-tipo (aqueles que representam a característica típica da população) possuem algo em comum, no caso da pesquisa são todos Conselheiros de Saúde Municipal.

Sendo assim, dos 17 (dezessete) Conselhos Municipais de Saúde que compõem a Região de Saúde Médio Norte Araguaia, a amostra intencional foi estabelecida de forma a contar com 04 (quatro) participantes por CMS, refletindo ao final 68 (sessenta e oito) participantes.

Tivemos a adesão de 11 (onze) CMS a pesquisa, correspondendo a 67,70% do total e com 35 (trinta e cinco) respondentes refletindo em 53% do total.

Quadro 5– Municípios participantes e não participantes.

Municípios da Região Médio Norte Araguaia		Município participou Pesquisa	que da	Município que não participou Pesquisa
1	Araguaína	x		
2	Araguanã			x
3	Aragominas	x		
4	Babaçulândia			x
5	Barra do Ouro			x
6	Campos Lindos	x		
7	Carmolândia			x
8	Darcinópolis			x
9	Filadélfia	x		
10	Goiatins			x
11	Muricilândia	x		
12	Nova Olinda	x		
13	Pau D'Arco	x		
14	Piraquê	x		
15	Santa Fé do Araguaína	x		
16	Wanderlândia	x		
17	Xambioá	x		

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Na consolidação das informações relativas à primeira etapa da pesquisa os dados demográficos, foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o software *Jamovi Cloud*, para apresentação dos dados correspondentes ao perfil dos Conselheiros que compõem a Região de Saúde Médio Norte Araguaia.

Foi demonstrado que os membros do Conselho são na sua maioria do gênero feminino 62,9%, e na sua maioria são servidores públicos municipais (Quadro 6) e 42,9% com nível superior completo. Os respondentes têm a faixa etária entre 41 – 50 anos 37,1%.

Quadro 6 – Categoria profissional e gênero

Categoria	Gênero Masculino 37,15%	Gênero Feminino 62,85%
Servidor Público Federal	01	-
Servidor Público Estadual	03	03
Servidor Público Municipal	07	15
Empregado CLT	01	-
Autônomo	-	01
Aposentado	01	02
Desempregado	-	01

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Importante mencionar que foi questionado o tempo de conhecimento dos membros em relação às atividades do Conselho Municipal de Saúde havendo um empate das respostas entre 06-10 anos (31,4%) e 10-15 anos (31,4%), com 11 (onze) respostas cada.

A primeira constatação é o fato de a maioria dos respondentes serem a faixa entre 41 – 50 anos, e assim, não é um espaço de atuação de jovens de 18 a 29 anos, o que leva a uma reflexão de que são pessoas que já passaram por mais vivências na vida, onde podemos pressupor que tiveram mais oportunidades de desenvolver sua percepção enquanto cidadão na sociedade.

O que relaciona a segunda constatação da majoritariamente os respondentes tem uma experiência entre seis a quinze anos de atuação no Conselho. E tem uma qualificação mais elevada no ensino com 42,9% com nível superior completo. O que permite ainda, a construção de um olhar mais apurado, sobre o desenvolvimento das políticas de saúde e da legislação em que está alicerçada. Proporcionando, então, o entendimento da importância da luta pelo direito à saúde e pela melhoria dos serviços.

6.3 Análise da Gestão no Conselho

Serão demonstradas as questões de análise do questionário aplicado com base nos critérios de Cidadania Deliberativa. Em cada categoria, foram relacionadas afirmações referentes aos critérios correspondentes, no qual o respondente tinha que fazer a escolha em relação ao funcionamento do CMS.

De acordo com os dados coletados, as respostas obtidas foram codificadas da seguinte forma: NSA - Não se Aplica = 0; DT - Discordo Totalmente = 1; DP - Discordo Parcialmente = 2; CP - Concordo Parcialmente = 3; CT - Concordo Totalmente = 4.

A primeira categoria a ser analisada será do **Processo de discussão**, que abrange o maior número de critérios 07 (sete). Essa categoria tem o propósito de analisar como é a operacionalização do conselho em relação aos seus debates, no qual tem impacto direto no processo de tomada de decisão; parte-se, então, do pressuposto de que todos os integrantes possuem igualdade de oportunidades para ouvir e se fazer ouvido pelos demais integrantes (VILLELA, 2012).

Feitas essas pontuações, o primeiro critério a ser analisado dessa categoria é **Canais de Difusão**, sendo utilizada a seguinte afirmação aos participantes da pesquisa: Existem e são utilizados canais adequados/formas adequadas de acesso à informação para a mobilização dos potenciais participantes.

Houve a avaliação dos respondentes de 97,1% como atendidas de parcialmente ou totalmente, em relação à afirmação citada acima. Considerando a comunicação realizada por *e-mail* pelo (a) secretário (a) do Conselho e grupos de aplicativo *WhatsApp* atendem as atividades internas e sendo esses canais de mobilização suficientes.

Considerando que a prática mais utilizada para divulgação da pauta e das discussões de temas, é o *e-mail*, sendo encaminhado com antecedência para cada membro do Conselho ler e se inteirar dos assuntos a serem discutidos em plenária. Houve 2,9% dos respondentes que discordaram parcialmente dessa forma de divulgação por meio de canais digitais, como forma de comunicação mais utilizada. Segue abaixo o Quadro 7 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 7– Frequência critério canais de difusão

Critério: Canais de difusão Afirmção: Existem e são utilizados canais adequados/formas adequadas de acesso à informação para a mobilização dos potenciais participantes.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	16	45,7%
Concordo Parcialmente	18	51,4%
Discordo Parcialmente	1	2,9%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

O próximo critério analisado é a **Qualidade da Informação** foi feita a seguinte afirmação aos participantes: Tenho acesso às informações com diversidade, clareza e utilidade.

Nesse critério 77,1% dos respondentes concordaram totalmente e 22,9% concordaram parcialmente com a afirmação. Nesse sentido, os respondentes avaliam que em relação ao ambiente interno e à qualidade da comunicação, no que tange a questão de exposição de pautas e detalhamento de prestações de contas, as informações são expostas de forma clara. Segue abaixo o Quadro 8 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 8 - Frequência critério qualidade da informação

Critério: Canais de difusão Afirmção: Tenho acesso às informações com diversidade, clareza e utilidade.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	27	77,1%
Concordo Parcialmente	8	22,9%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Seguindo a sequência **Espaços de Transversalidade** para essa análise foi feita a seguinte afirmação: Os pontos de vista diferentes são respeitados e o debate é fomentado.

Assim, o resultado dos questionários é bastante uniforme onde 82,9% concordaram totalmente na questão da transversalidade no Conselho que atuam e 17,1% concordaram parcialmente, não havendo discordância nesse quesito.

Sendo espaços de discussão transversais entendido pelos respondentes como os que estão circunscritos dentro do conselho (comissões e câmaras

temáticas). Sendo a composição desses espaços tem contemplado a representação de diversos segmentos setoriais desde: Pastoral da Criança, Associação de Barqueiros, Colônia de Pescadores e Lideranças quilombolas e indígenas. Contudo, essa grupalidade fica restrita à questão da interatividade no espaço do CMS.

Fora desse espaço instituído no CMS não há registro de integração com outros conselhos setoriais. Embora alguns CMS busquem entre si, essa prática de troca de saberes de maneira informal. Segue abaixo o Quadro 9 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 9 - Frequência critério espaços de transversalidade

Critério: Espaços de Transversalidade Afirmção: Os pontos de vista diferentes são respeitados e o debate é fomentado.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	29	82,9%
Concordo Parcialmente	6	17,1%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

O critério da **Pluralidade do Grupo Promotor** diz respeito do compartilhamento da liderança para reunir e/ou mobilizar potenciais atores. A afirmação colocada aos participantes foi: A liderança é compartilhada entre os diversos atores.

Nesse quesito respondente dos CMS da Região Médio Norte Araguaia apresentou certa maturidade institucional, pois 65,7% concordam totalmente e 34,3% concordam parcialmente, na garantia do espaço de participação dos conselheiros e o rodízio de funções dentro do Conselho, o que promove por meio desse mecanismo o desenvolvimento e fortalecimento do CMS. Segue abaixo o Quadro 10 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 10– Frequência pluralidade do grupo promotor

Critério: Pluralidade do Grupo Promotor Afirmção: A liderança é compartilhada entre os diversos atores.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	23	65,7%
Concordo Parcialmente	12	34,3%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Nesse critério dos **Órgãos existentes** a análise é sobre a existência de instalação de comissões temáticas e/ou grupos de trabalho específicos. Foi feita a seguinte afirmação aos participantes: São aproveitados outros órgãos e estruturas já existentes, evitando a duplicação de estruturas.

. Nesse sentido, 22,8% concordaram parcialmente, 68,6% concordaram totalmente, 2,9% discordaram parcialmente e 5,7% discordaram totalmente. Segue abaixo o Quadro 11 com a frequência das respostas dos participantes:

Sobre esse critério observou a diversidade nas realidades vivenciadas pelos CMS da Região Médio Norte Araguaia. Constatou a existência de estruturas que são destinados exclusivamente à avaliação das políticas públicas no qual o conselho, tem que fazer a deliberação e emitir parecer. Sendo essas, instituídas na redação do estatuto do CMS, garantindo o funcionamento de comissões permanentes (fixas), podendo, também, ser efetivadas por áreas temáticas e/ou temporárias, com a finalidade de atender uma determinada demanda.

Existem comissões permanentes constatadas nos CMS: comissões de orçamentos e finanças, comissão de acompanhamento de contratos, convênios e financiamentos, comissão de avaliação de planejamento, comissão de visitas e fiscalizações, comissão de análises das contas do Fundo Municipal de Saúde.

Há, ainda, comissões temporária e/ou temática com data de início e término das ações a serem executadas: Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde Mental que estão programadas para acontecer em 2023 e iniciou em 2022. E comissão para eleição da mesa diretora do CMS, que terminando o processo eleitoral é dissolvida.

Contudo, a constituição de comissões seja permanente ou temporária, não é um processo de trabalho instituído nos Conselhos Regionais de Saúde, sendo a principal justificativa para ausência de o município ser “pequeno”, e não ser preciso a formação de comissão. Segue abaixo o Quadro 11 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 11– Frequência órgãos existentes

Critério: Órgãos Existentes Afirmção: São aproveitados outros órgãos e estruturas já existentes, evitando a duplicação de estruturas.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	24	68,6%
Concordo Parcialmente	8	22,8%
Discordo Parcialmente	1	2,9%
Discordo Totalmente	2	5,7%
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Avançando para análise do critério dessa categoria os **Órgãos de acompanhamento** foi colocada a seguinte afirmação aos participantes: Existe um órgão que faz o acompanhamento das decisões relativas ao Conselho, desde sua elaboração até a implementação, garantindo a coerência e fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa.

A quantidade de 42,9% dos respondentes informou que concordam parcialmente com a afirmação, 51,4% concordaram totalmente e 5,7% dos respondentes discordaram parcialmente da afirmação colocada.

Uma ferramenta utilizada para acompanhamento das decisões relativas ao Conselho e instituída nesses espaços é a confecção do livro para registro dos atos, que são deliberados nas plenárias. A existência de uma relação de confiança entre os atores e a utilização de uma ferramenta de controle que garante esta coerência o registro escrito, a ata. Ficando constatado que os CMS fazem uso desse registro inclusive, registro fotográfico das plenárias como forma de validar ainda mais, o processo de trabalho realizado durante as deliberações.

Sendo esse registro escrito assinado pelos presentes validando todas as informações contidas e servindo de instrumento para acompanhamento interno e externo das ações realizadas no CMS. Segue abaixo o Quadro 12 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 12 – Frequência órgãos de acompanhamento

Critério: Órgãos de Acompanhamento Afirmção: Existe um órgão que faz o acompanhamento das decisões relativas ao Conselho, desde sua elaboração até a implementação, garantindo a coerência e fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	18	51,4%
Concordo Parcialmente	15	42,9%
Discordo Parcialmente	2	5,7%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes		100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Esse próximo critério é o último dessa categoria, a **Relação com outros processos participativos**. Foi realizada a seguinte afirmação para os participantes: Existe interação com outros sistemas/instâncias/colegiados/conselhos participativos já existentes na região.

Dos 4,3% dos respondentes informaram da existência dessa interação com outros conselhos municipais envolvendo outras temáticas, no sentido de alinhar direcionamento entre essas instâncias participativas com assuntos que envolvem direta ou indiretamente cada conselho: (Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), Conselho Municipal de Educação (CME), Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência (CMPD).

Sendo esse um ponto de comunicação e trocas de saberes, muito importante para cidadania deliberativa, segundo Tenório (2012). Na saúde é primordial a pluralidade de ideias para o desenvolvimento local (Região de Saúde), considerando a importância da complementariedade entre os assuntos de segurança pública, educação, trabalho e emprego, assistência social e trânsito. Segue abaixo o Quadro 13 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 13 – Frequência relação com outros processos participativos.

Critério: Relação com outros processos participativos. Afirmação: Existe interação com outros sistemas/instâncias/colegiados/conselho participativos já existente na região	Contagens	% do Total
Concordo Parcialmente	15	42,9%
Concordo Totalmente	18	51,4%
Concordo Parcialmente	15	42,9%
Discordo Parcialmente	2	5,7%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

A próxima categoria a ser analisada será da **Inclusão**, de acordo com Tenório (2012), avalia como a situação em questão dá “voz” e inclui os atores locais na abertura de espaços, na aceitação e na valorização da cidadania.

Para isso, será analisada essa categoria de acordo com os 03 (três) critérios: **Abertura dos espaços de decisão, Aceitação social, política e técnica, Valorização cidadã.**

Iniciando pela **Abertura dos espaços de decisão** que no sentido desse critério são considerando os processos, mecanismos, instituições que favoreçam a

articulação dos interesses dos cidadãos ou dos grupos envolvidos, considerando a participação de forma equitativa na tomada de decisão. A afirmação colocada aos participantes para esse critério foi: Todos têm igual oportunidade de participação na tomada de decisão.

Os respondentes indicaram na pesquisa que o CMS da Região Médio Norte Araguaia toma as decisões com a participação de todos os atores que comparecem às reuniões. Dando chance igual a todos de participação na tomada de decisão.

Com um percentual de 22,9% concordaram parcialmente que há essa abertura nos espaços de decisão e 77,1% concordaram totalmente. Contudo, a participação nesse espaço de decisão ainda é tímida, considerando a percepção de todos em compreender o seu papel nos conselhos; baixa frequência nas sessões dos conselhos; poucas ações de caráter deliberativo. Pontos esses que podem fragilizar os espaços de decisão.

Segue abaixo o Quadro 14 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 14 – Frequência Abertura dos espaços de decisão

Critério: Abertura dos espaços de decisão Afirmção: Todos têm igual oportunidade de participação na tomada de decisão	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	27	77,1%
Concordo Parcialmente	08	22,9%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Seguindo tem o critério da **Aceitação social, política e técnica** onde os atores que participam opinam, discutem, votam. E existindo dúvidas a respeito das pautas a dessem debatidas essas, são esclarecidas. Foi colocada a seguinte afirmação aos participantes: Eu concordo com as metodologias participativas empregadas no Conselho.

Nesse critério 82,9% concordam totalmente e 17,1% concordam parcialmente. Nesse quesito os CMS reconhecem a necessidade da utilização de estratégia para mobilização social, política e técnica para impulsionar e qualificar a participação.

Uma alternativa percebida foi de realização de ações (mobilizações). Essas ações podem ser programadas como visitas técnicas para monitoramento de andamento de obras ou acompanhamento na prestação de serviços.

Podendo ser também realizada por meio de ações via demanda espontânea. Com a finalidade de fiscalização que verifica a real necessidade da população e suas angústias em relação à saúde pública. Como por exemplo: visitas nas Unidades de Pronto Atendimento à Saúde (UPAS), Postos de Saúde e andamento de obras. Com essa atitude constatou a identificação dos cidadãos com o CMS e aceitação social.

Na tentativa de evidenciar se existe alguma representação que hoje participa dos conselhos, mas que historicamente fora excluída. Constatou-se que nas reestruturações de alguns conselhos realizados nos últimos anos, os CMS estão tomando o cuidado de inclusão de novos atores, de chamar os integrantes que historicamente não participavam, como pessoas com deficiência e associações.

Outra evidência constatada na parte técnica foi a busca por capacitação e ações de educação permanente na formação dos conselheiros, entendendo como uma estratégia válida para alavancar a participação e fomentar potenciais participantes. Segue abaixo o Quadro 15 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 15 – Frequência Aceitação social, política e técnica.

Critério: Aceitação social, política e técnica Afirmção: Eu concordo com as metodologias participativas empregadas no Conselho	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	29	82,9%
Concordo Parcialmente	06	17,1%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Na **Valorização Cidadã** foi realizada a seguinte afirmação: Existe valorização da participação. Os respondentes na pesquisa se posicionaram da seguinte forma: 22,9% concordaram parcialmente, 74,3% concordaram totalmente e 2,9% discordaram parcialmente.

Sobre essa perspectiva observou a constância dos representantes em estimular os membros envolvidos no processo participativo, como também a busca em melhorar a atuação do grupo.

A utilização dos espaços de debate, como locais de promoção e fomento a discussão de pautas que estão relacionadas ao desenvolvimento da cidadania e

desenvolvimento loco/regional. Segue abaixo o Quadro 16 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 16 – Frequência Valorização cidadã

Critério: Valorização cidadã Afirmção: Existe valorização da participação	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	26	74,3%
Concordo Parcialmente	08	22,9%
Discordo Parcialmente	01	2,9%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Fazendo uma contextualização até o momento das categorias e critérios com a incidência e frequência a nuvem de palavras. Constata-se que a maioria dos respondentes reconhece a importância da participação como ferramenta fundamental à cidadania, pois se percebe certo grau de maturidade institucional nas respostas, muito em decorrência da experiência acumulada ao longo do mandato atual e anteriores.

Fato constatado pela pesquisa que mostra a majoritariedade do tempo dos respondentes no CMS de 06 a 11 anos, podendo assim, uma relação entre tempo no CMS e reconhecimento do papel social desempenhado.

Seguindo essa análise constata a presença praticamente unânime na compreensão da importância do papel do cidadão que participa dos negócios públicos (fiscalizando, denunciando, sugerindo melhorias etc.) e sua influência para a melhora daquele serviço.

Analisando o contexto das palavras pode verificar que nesse espaço público de discussão do CMS, os respondentes reconhecem a importância da sua participação no conselho, acreditam que são os locais onde tudo se inicia e se organiza.

Seguindo para a próxima análise da **Categoria Pluralismo** de acordo com Cançado, Pereira e Tenório (2015), os atores devem vir de diferentes departamentos e repartições, bem como devem atender ao perfil de conselheiro. Essa categoria tem 02 (dois) critérios a serem analisados na pesquisa: **Participação de diferentes atores** e **Perfil dos atores**.

No critério sobre a **Participação de diferentes atores** foi analisado a partir da multiplicidade dos respondentes, com a avaliação de participação de associações, movimentos, organizações e cidadãos não organizados no processo

de decisão, a opinião sobre a participação de diferentes atores. Foi feita a seguinte afirmação: Existe atuação de associações, movimentos, organizações e cidadãos não organizados no processo de decisão.

A composição do CMS mostra que é um espaço aberto para participação onde 65,7% concordaram totalmente, 31,4% concordaram parcialmente e 2,9% discordaram parcialmente. Segue abaixo o Quadro 17 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 17 – Frequência Participação de diferentes atores.

Critério: Participação de diferentes atores. Afirmação: Existe atuação de associações, movimentos, organizações e cidadãos não organizados no processo de decisão.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	23	65,7%
Concordo Parcialmente	11	31,4%
Discordo Parcialmente	01	2,9%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

No critério sobre o **Perfil dos atores** na pesquisa foi colocada a seguinte afirmação: Os atores têm experiência em processos democráticos de participação.

Os respondentes indicaram com 28,6% concordaram parcialmente com a afirmação enquanto 68,6% concordaram totalmente e 2,9% discordaram parcialmente.

Nesse sentido em relação ao perfil CMS, constatou que a maioria dos conselheiros está no conselho de 6 a 11 anos, 42,9% dos conselheiros tem nível superior completo, e com uma multiplicidade de agentes organizados (entidades representativas), fazendo parte: Conselho Tutelar, Sindicato Patronal, Igreja Católica, Igreja Evangélica, Pastoral da Criança, Representante da Comunidade Quilombola, Colônia de Pescadores, Lideranças Indígenas, Loja Maçônica, Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Tocantins, Conselho Regional de Medicina Veterinária, Conselho Regional de Odontologia, Conselho Regional de Enfermagem, Hospital (gestão estadual), Secretaria Municipal de Saúde. Segue abaixo o Quadro 18 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 18 – Frequência Perfil dos atores.

Critério: Perfil dos atores. Afirmação: Os atores têm experiência em processos democráticos de participação.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	24	68,6%
Concordo Parcialmente	10	28,6%
Discordo Parcialmente	01	2,9%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

A próxima categoria a ser analisada será da **Igualdade Participativa**, que para Tenório (2012), busca a avaliação da isonomia das oportunidades e de atuação efetiva dos atores locais nos processos de tomadas de decisão. Essa categoria é avaliada por 03 (três) critérios: **Forma de escolha de representantes, Discurso dos representantes e Avaliação participativa**.

O método utilizado pelos CMS para escolherem os representantes foi analisado pelo critério de **Forma de escolha de representantes**. A afirmação colocada para os participantes foi: Os representantes são escolhidos de acordo a manter a paridade entre os membros do Conselho.

Os respondentes indicaram que 88,36% concordaram totalmente, 5,7% concordaram parcialmente, 2,9% discordaram parcialmente e 2,9% colocou que não se aplica essa afirmação.

Sendo assim, foi constatada por meio pesquisa que a escolha de representantes que integram o CMS é basicamente a mesma. Que segue o rito de indicação por parte do segmento representativo, por meio de documento formal para o Presidente do CMS. Essa indicação é encaminhada para discussão e aprovação em plenária pelos demais membros do CMS. Após decisão de aprovação, esse novo membro tem uma acolhida com informações gerais sobre o exercício da função e o seu papel a ser desempenhado.

No entanto, houve a constatação de outra forma de inclusão de novos representantes. Por meio de convite por parte do CMS para entidade participar com a indicação de um membro.

Observou uma dificuldade de se encontrar e manter os representantes da sociedade civil. Apesar da indicação de representantes pelas entidades, há ainda a necessidade de liberação do trabalho para participar das reuniões, um ponto importante na análise, a assiduidade nas plenárias. Segue abaixo o Quadro 19 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 19 – Frequência Forma de escolha de representantes.

Critério: Forma de escolha de representantes. Afirmação: Os representantes são escolhidos de acordo a manter a paridade entre os membros do Conselho.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	31	88,36%
Concordo Parcialmente	02	5,7%
Discordo Parcialmente	01	2,9%
Discordo Totalmente	0	-
Não se aplica	01	2,9
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

No que se refere ao critério **Discursos dos representantes** foi feita a seguinte afirmação aos participantes: Eu valorizo os processos participativos. Foi obtido na pesquisa a 85,7% concordaram totalmente, 11,4% concordaram parcialmente e 2,9% discordaram parcialmente com a afirmação.

Demonstrando que há igualdade participativa nos processos deliberativos entre os representantes. Nesse sentido existe o respeito pelo direito de fala, com a escuta qualificada pelos demais representantes em plenária. Segue abaixo o Quadro 20 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 20 – Frequência Discursos dos representantes.

Critério: Discursos dos representantes. Afirmação: Eu valorizo os processos participativos.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	30	85,7%
Concordo Parcialmente	04	11,4%
Discordo Parcialmente	01	2,9%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Quando se analisa o critério **Avaliação participativa** na pesquisa ecoou uma mesma fala sobre a importância do papel do Conselho no município e região que representam, inclusive na nuvem de palavras. Foi apresentada a seguinte afirmação aos participantes: Eu acompanho e avalio as políticas públicas aprovadas.

Ficando constatado o autoconhecimento do seu papel, desdobrando na valorização dos processos participativos exercidos por eles no conselho, isto é, caracterizam como importantes esses espaços de discussão para o desenvolvimento da cidadania.

Sendo um dos critérios a ter concordância de 80% total e 20% parcial dos respondentes da pesquisa, não havendo discordância nesse item. Segue abaixo o Quadro 21 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 21 – Frequência Avaliação participativa.

Critério: Avaliação participativa. Afirmção: Eu acompanho e avalio as políticas públicas aprovadas.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	28	80%
Concordo Parcialmente	07	20%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

A penúltima categoria é **Autonomia**, onde são avaliadas as formas de atuação dos conselheiros quanto à tomada de posição própria e o grau de promoção de participação de maneira a contribuir para o controle social e a efetividade das políticas públicas na área da saúde. A categoria Autonomia, para Tenório (2012), analisa a identificação da capacidade de avaliação e resolução dos problemas locais pela sociedade, têm 04 (quatro) critérios que fazem parte dessa análise: **Origem das proposições, Alçada dos atores, Perfil da liderança e Possibilidade de exercer a própria vontade.**

Com relação à **Origem das proposições** foi feita a seguinte afirmação para os participantes: As propostas podem ser feitas por qualquer representante e, em geral estão baseadas no interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas.

Sendo constatada que a origem das proposições visa atender as demandas da sociedade civil organizada representada, refletindo das respostas dos respondentes. Nas respostas 25,7% dos respondentes concordaram parcialmente, 71,4% concordaram totalmente e 2,9% discordaram parcialmente.

Isso quer dizer que, os respondentes têm condições legais de sugerir políticas voltadas à resolução de alguma demanda no seu território. Contudo, grande parte das proposições são originárias do executivo municipal (plano de governo) que dão sustentação às discussões para elaboração do Plano Plurianual (PPA). Segue abaixo o Quadro 22 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 22 – Frequência Origem das proposições.

Critério: Origem das proposições Afirmção: As propostas podem ser feitas por qualquer representante e, em geral estão baseadas no interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	25	71,4%
Concordo Parcialmente	09	25,7%
Discordo Parcialmente	01	2,9%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Sobre o critério da **Alçada dos atores**, foi feita a seguinte afirmação: Eu posso intervir na problemática planejada. Nesse critério os respondentes se posicionaram com 74,3% concordaram totalmente, 20% concordaram parcialmente, 5,7% discordaram totalmente.

Constatou-se que a concordância entre os respondentes na atuação direta na proposição das políticas e na participação das decisões, e que o CMS de fato funciona, pois as decisões tomadas não são alteradas por outros órgãos ou instâncias. Porém, houve 5,7% dos respondentes discordaram totalmente levando a conclusão que há certa dificuldade na proposição de matérias.

Entendendo assim, que o espaço de discussão no CMS é o lugar apropriado para expor, levar as demandas da sociedade e compartilhar, sendo um espaço de todos. Segue abaixo o Quadro 23 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 23 – Frequência Alçada dos atores.

Critério: Alçada dos atores Afirmção: Eu posso intervir na problemática planejada.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	26	74,3%
Concordo Parcialmente	07	20%
Discordo Totalmente	02	5,7%
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Quando se refere ao critério do **Perfil da liderança** foi analisado como os respondentes visualizam, na gestão do CMS a condução do diálogo e democrática no consenso geral nas plenárias. Foi colocada a seguinte afirmação aos participantes: As lideranças conduzem de forma descentralizadora o processo de deliberação e de execução.

Neste critério, dos respondentes, 65,7% concordam totalmente e 34,3% concordam parcialmente, não havendo discordância nesse item. Foi constatado que a liderança é exercida de forma descentralizada, ou seja, a liderança abre o debate, propicia a participação dos segmentos da comunidade representada no CMS e legitima a decisão, com votação de aprovação, não aprovação e abstenção a propositura apresentada em plenária. Segue abaixo o Quadro 24 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 24 – Frequência Perfil da liderança.

Critério: Perfil da liderança. Afirmação: As lideranças conduzem de forma descentralizadora o processo de deliberação e de execução.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	23	65,7%
Concordo Parcialmente	12	34,3%
Discordo Totalmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

De acordo com o critério de **Possibilidade de exercer a própria vontade**, foi colocada a seguinte afirmação aos participantes: Eu posso falar livremente de acordo com os procedimentos instituídos, assim exerço a vontade política individual e coletiva.

Constatou-se que os respondentes informaram que 17,1% concordaram parcialmente, 80% concordaram totalmente e 2,9% discordaram totalmente com a afirmação. Assim, existe na sua maioria a possibilidade de os respondentes exercerem a própria vontade, sendo ela de forma individual, corporativa, institucional, setorial, profissional, ou seja, não existe impedimento no exercício da vontade política individual ou coletiva, sendo a mesma respeitada. Segue abaixo o Quadro 25 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 25 – Frequência Possibilidade de exercer a própria vontade

Critério: Possibilidade de exercer a própria vontade Afirmação: Eu posso falar livremente de acordo com os procedimentos instituídos, assim exerço a vontade política individual e coletiva.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	28	80%
Concordo Parcialmente	06	17,1%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	01	2,9%
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

A última categoria de acordo com Tenório (2012) é do **Bem Comum**, que busca identificar a melhoria das condições de vida da comunidade analisada a partir das políticas públicas tramitadas nos conselhos. Essa categoria tem 02 (dois) critérios: **Objetivos alcançados** e **Aprovação cidadã dos resultados**.

No critério dos **Objetivos alcançados** analisa se aquilo que se propõem no CMS, que se projeta e planeja, em linhas gerais, é o que se executa, pois tem haver com o interesse da comunidade, são políticas públicas que realmente vão ao encontro dos interesses da sociedade. Para isso, foi feita a seguinte afirmação aos participantes: Os objetivos planejados são os realizados.

Houve uma concordância por parte dos respondentes de 51,4% na sua totalidade e 48,6% parcialmente, em dizer que objetivos planejados são alcançados. Observou que esta situação é reconhecida pelos respondentes, isto é, os mesmos admitem que os resultados alcançados da execução das políticas públicas tramitadas nos CMS são relevantes ao bem comum, pois vem ao encontro das necessidades do coletivo, buscam suprir algumas carências, e contemplar demandas oriundas do território. Segue abaixo o Quadro 26 com a frequência das respostas dos participantes:

Quadro 26 – Frequência Objetivos alcançados.

Critério: Objetivos alcançados Afirmção: Os objetivos planejados são os realizados.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	18	51,4%
Concordo Parcialmente	17	48,6%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Em relação à **Aprovação cidadã dos resultados** foi feita a seguinte afirmação: Eu avalio positivamente os resultados alcançados. Houve uma concordância por parte dos respondentes de 88,6% na sua totalidade e 11,4% parcialmente, não havendo discordância entre os respondentes. Quer dizer, com relação a tudo o que tem sido feito e elaborado, são ganhos para a sociedade se atingem os resultados coletivos, avalia o bem-estar social está sendo alcançado, por meio da prática republicana. Segue abaixo o Quadro 27 com a frequência das respostas dos participantes:

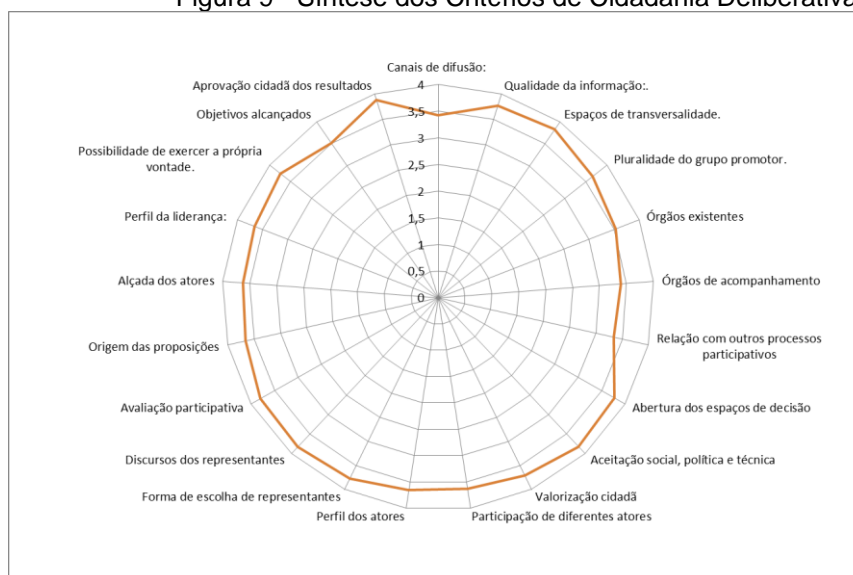
Quadro 27 – Frequência Aprovação cidadã dos resultados.

Critério: Aprovação cidadã dos resultados. Afirmação: Eu avalio positivamente os resultados alcançados.	Contagens	% do Total
Concordo Totalmente	31	88,6%
Concordo Parcialmente	4	11,4%
Discordo Parcialmente	0	-
Discordo Totalmente	0	-
Total de respondentes	35	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

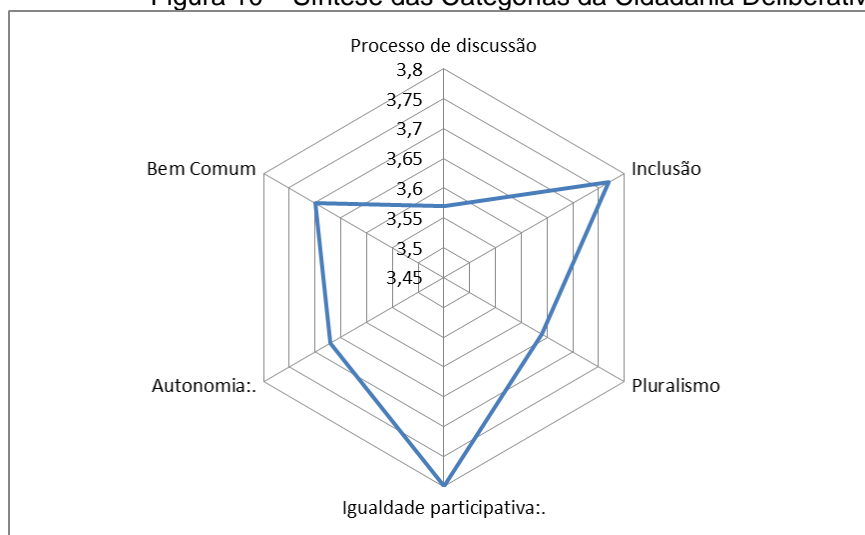
Em seguida, apresenta-se a Figura 9 com a síntese dos Critérios da Cidadania Deliberativa, e Figura 10 com as Categorias da Cidadania Deliberativa, utilizando o gráfico tipo radar para mostrar os dados:

Figura 9 - Síntese dos Critérios de Cidadania Deliberativa



Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Figura 10 – Síntese das Categorias da Cidadania Deliberativa



Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

De acordo com as Figuras 9 e 10, destaca-se que os critérios e categorias em sua maioria atendem, ou, pelo menos, aproximam-se do nível máximo de satisfação da Cidadania Deliberativa.

De acordo com os dados coletados, as respostas obtidas foram codificadas da seguinte forma: NSA - Não se Aplica = 0; DT - Discordo Totalmente = 1; DP - Discordo Parcialmente = 2; CP - Concordo Parcialmente = 3; CT - Concordo Totalmente = 4.

Sendo assim, na Figura 9, observa-se que houve homogeneidade na concordância entre os questionamentos envolvidos nesta pesquisa, observou-se uma média de 3,67. Com base nas respostas dos questionários via *Google Forms*, considerando as notas de 0 a 4.

Em relação às categorias, a Figura 10 que demonstra a Igualdade Participativa satisfaz totalmente a Cidadania Deliberativa de acordo com os respondentes, precisando ainda propor mecanismos de mudanças, no que se refere ao pluralismo e aos processos de discussão. No entanto, ainda, identificam-se boas pontuações para Inclusão, Autonomia e o Bem Comum.

No geral as seis categorias foram atendidas, possuindo pontuação acima de três pontos, e com uma média de 3,67, isso reflete o entendimento dos respondentes, conforme destacam os estudos de Vilella (2012), de Tenório (2012) e de Cançado, Pereira e Tenório (2015).

Outro objetivo proposto para o estudo foi de analisar a percepção dos respondentes sobre a temática da **Gestão Social**, obedecendo a seguinte ordem: **Tomada de Decisão Coletiva, Sem Coerção; Entendimento; Dialogicidade; Transparência e Inteligibilidade.**

Nesse sentido constatou-se que a linguagem é acessível a todos os participantes, fator primordial para o entendimento e posterior tomada de decisão, de maneira consciente.

A participação de cada membro do conselho preserva o diálogo, e a coordenação das falas são alternadas na intencionalidade de que todos possam compreender e serem compreendidos, com a finalidade de chegar a um entendimento com os demais, sobre a pauta que está sendo debatida em plenária. Fato imprescindível na Gestão Social.

Ainda, diante da percepção dos respondentes a abordagem participativa para o desenvolvimento, demonstrou no estudo importante em uma sociedade democrática, pois, somente nestas condições a tomada de decisão poderia ser

acatada, como tal, e ação de comunicação se faria presente neste modelo de gestão com base no interesse comum, isto é, o grupo procura alcançar o que interessa ao coletivo.

Contudo, é importante destacar pesquisa como de Uallace Carlos Leal Santos (2021), quando faz o recorte de em um Conselho Municipal de Saúde, que foi percebido que mesmo com a busca pela construção de uma gestão participativa, em alguns momentos ocorrem insinuações com o centralismo. Sendo importante haver nessas situações uma mediação qualificada da plenária, com a finalidade de construir uma participação democrática dos atores sociais nos Conselhos Regionais de Saúde Municipal.

É importante dizer que ainda, dos desafios encontrados na realização do presente trabalho, que estão ligados ao momento em que vivemos a partir da pandemia de Covid-19, que iniciou no ano de 2020 e perdura até o momento de conclusão deste trabalho.

Fato esse confirmado pelo Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Tedros Ghebreyesus quando diz: "[...] a respeito da pandemia em curso e determina que o evento continua a constituir uma emergência de saúde pública de preocupação internacional [...]" (UOL, 2023).

A estratégia utilizada junto aos CMS da Região Médio Norte Araguaia, foi motivar a participação por meio de ferramentas tecnológicas no *GoogleForms*.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação se propôs a analisar os Conselhos de Saúde da Região Médio Norte Araguaia sob a perspectiva da Gestão Social, por meio das características da Gestão Social, buscando especificamente os seus níveis e características presentes nos Conselhos dessa Região de Saúde.

A pesquisa foi iniciada com um mapeamento dos municípios que compõem a Região de Saúde do Médio Norte Araguaia, por terem um papel primordial para o desenvolvimento de políticas públicas para a Região Norte do Estado do Tocantins.

Tendo em vista que a democracia deliberativa realizada nesses espaços constitui um aperfeiçoamento da experiência democrática de viés participativo, pois ela deve buscar a construção consensual das decisões tomadas com base em um discurso livre e racional, contemplando os critérios de cidadania deliberativa: do processo de discussão, da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum, fontes de legitimidade da deliberação pública e premissas da cidadania deliberativa. Por isso, o estudo foi realizado a partir da visão da Gestão Social.

Pois bem, buscamos e apresentamos conceitos daquilo que foi proposto a ser estudado, primeiramente as metodologias cabíveis para o entendimento desta pesquisa, sendo de caráter quantitativo, com pesquisa documental, questionários, com a finalidade de buscar compreender e tratar sobre as contribuições da gestão social, seguindo a seara do desenvolvimento regional discutido e estudado no programa de Mestrado.

Iniciou-se por meio das fundamentações teóricas deste estudo, relacionando os diversos conceitos de gestão social existentes, mas baseando principalmente no apresentado por Cançado; Tenório e Pereira (2011, p.99), que falam que “Gestão Social é a tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto e na emancipação enquanto fim último.” Esta conceituação foi essencial para a apresentação investigativa do nosso estudo.

Sendo assim, foi pontuada desde a evolução histórica, aos preceitos legais que regem as atribuições de um conselho de saúde, tendo em vista que a saúde foi o setor pioneiro ao deflagrar um processo de inclusão institucional de espaços de representação da sociedade na formulação das políticas públicas.

Nesse contexto, o setor de saúde se destaca através dos Conselhos e Conferências de Saúde, na representatividade no conselho de saúde sendo considerada por muitos estudos, um limite a ser superado nesses espaços democráticos, para que funcionem com visibilidade, ampliação e participação das representações sociais, como também na defesa do SUS.

Ao olhar para o cenário brasileiro, é importante considerar que a democracia instituída pela Constituição Federal de 1988 abre espaço para a participação popular e revela sua potência no contexto pós-regime militar pela via das associações, coletivos, colegiados, fóruns populares etc.

Nessa pesquisa foi utilizada a análise com base no referencial teórico, desta forma foi possível estabelecer algumas conclusões sobre o desempenho dos conselhos enquanto espaços de discussão e deliberação das políticas públicas.

Na formação da nuvem de palavras utilizada na pesquisa, demonstrou-se o reflexo do sentimento dos respondentes em relação a sua atuação no CMS, da importância do papel de conselheiro, enquanto cidadão frente ao CMS.

Nesse sentido, a pesquisa demonstrou que houve homogeneidade na concordância entre os questionamentos envolvidos nesta pesquisa, observou uma média de 3,67 (em 4,0 possíveis). Com base nas respostas nos questionários *Google Forms*, revelando por meio do tratamento dos dados resultados positivos na perspectiva da Gestão Social, e atendendo os critérios de Cidadania Deliberativa.

Contudo é importante mencionar as limitações na coleta de dados da pesquisa, sendo que algumas aconteceram no decorrer da pesquisa e precisam ser destacadas:

1. Baixa adesão dos membros em participar da pesquisa mesmo sendo disponibilizada de forma digital; embora tentando contato com todos, por meio dos canais possíveis de comunicação (e-mail, whatsapp, telefone);
2. Apresentação de forma presencial da pesquisa nas plenárias, dificuldade de agenda em alguns municípios, vários cancelamentos por falta de quórum;
3. Apesar de a pesquisa ter alcançado a quantidade de 11 (onze) municípios dos 17 (dezessete) da Região Médio Norte Araguaia, consideramos ao final que conseguimos parcialmente os resultados em relação à Região.

Por fim, sugere-se que novas pesquisas possam ser feitas em outros Conselhos de Saúde de outras Regiões do Estado, utilizando as mesmas

metodologias com as teorias apresentadas para possíveis comparações dos dados obtidos, aumentando a base teórica e compartilhando conhecimentos dos temas abordados.

Os resultados alcançados nessa pesquisa serão compartilhados com os CMS, em apresentação em plenária, ou disponibilização via arquivo digital, encaminhado ao *e-mail* institucional do CMS da Região, com o objetivo de contribuir para o processo de formação continuada para os Conselhos.

Considerando que os conhecimentos, mesmo que distintos devem ser integrados, Tenório (2005, p.115) ressalta ainda que se uma pessoa é capaz de pensar sua experiência, ela é capaz de produzir conhecimento: “[...] participar é repensar o seu saber em confronto com outros saberes. Participar é fazer ‘com’ e não ‘para’, [...] é uma prática social”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5, de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988>>. Acesso em 28/07/2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o SUS. 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf Acesso em: 17 mai. 2022.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. DECRETO Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. IBGE. Áreas Territoriais. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto> Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde (2006). Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde (2007a). Portaria n.º 3.264 de 27 de dezembro de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
Acesso em: 20 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde (2007b). Portaria n.º 2.691 de 19 de outubro de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
Acesso em: 20 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf
Acesso em 18 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 18 ago. 2017. Disponível em: Acesso em: 20 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União. 26 mar 2018. Disponível em: Acesso em: 20 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS – Participa SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf
f Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf> Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf> Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm#:~:text=D1651&text=D ECRETO%20N%C2%BA%201.651%2C%20DE%2028,do%20Sistema%20%C3%9A nico%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 16 jan. 2022.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28/07/2021.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.> Acesso em 28/07/2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Seção 1, p.43-51. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 28 jul. 2021.

_____. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 28 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76p. 1v. (Série A. Normas e Manuais Técnicos: Pactos pela Saúde 2006). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. As Conferências Nacionais: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009a. (CONASS documenta; 18). Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf Acesso em: 18 mai.2022.

_____. IBGE: ÁREAS TERRITORIAIS. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em 28/07/2021.

ALMEIDA, M. A. (1993). Estudos de gestão: Icapuí e Janduí. São Paulo: Instituto Pólis. Disponível em: <https://polis.org.br/publicacoes/estudos-de-gestao-icapui-e-janduis/> Acesso em: 24 mai. 2022.

ARENDDT, Hanna apud MAZZUOLI, Valério de Oliveira. Direitos humanos e cidadania: à luz do novo direito internacional. Campinas: Minelli, 2003. Disponível em:

<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redes.virtual.bibliotecas:livro:2002;000652450>
Acesso em: 25 mai. 2022.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. Educação & Sociedade, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/wwqJXkLSM4GMwcfP3pZfKB/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 17 mai. 2022.

AVRITZER, Leonardo; SANTOS, Boaventura de Sousa. Para ampliar o cânone democrático. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 39-82, 2002. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo04/Biblioteca/Artigos_pdf/2003-11-03-santos-pt.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

BARBOSA, Amanda de Paula Aguiar; MIKI-ADRIANA, Adriana Fumi Chim. Nível De Consenso Sobre O Conceito De Gestão Social: Uma Análise De Co Palavras. Encontro da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em administração, 43, 2019, São Paulo. Disponível em: http://www.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=MjYzMTc= Acesso em: 25 mai. 2022.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.

_____, L. Análise de conteúdo. Edições 70: São Paulo, 2011. 279p.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Editora Vozes Limitada, 2017. Disponível em: <https://ia800207.us.archive.org/28/items/BAUERM.W.GASKELLG.PesquisaQualitativ>

aComTextolImagemESom/BAUER%2C%20M.W.%3B%20GASKELL%2C%20G.%20
Pesquisa_Qualitativa_Com_Texto_Imagem_e_Som.pdf Acesso em: 26 mai. 2022.

BERNER, Carlos Vicente. Análise do processo de implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Tocantins a partir da Reforma do Estado nos anos 90. Revista da CGU, v. 11, n. 19, p. 18-18, 2019. Disponível em: 116-1000-1-PB (1).pdf Acesso em: 20 mai. 2022.

BERZOINI, Leonardo Pimentel. Análise do pacto pela saúde como política de saúde no Brasil e da sua influência na estruturação do Sistema Único de Saúde em cinco estados brasileiros. 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6928> Acesso em: 18 mai. 2022.

BOULLOSA, R.F; SCHOMMER, P.C. (2008): Limites da Natureza da Inovação ou Qual o Futuro da Gestão Social? In: Encontro da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em administração, 23, 2008, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-C2887.pdf> Acesso em: 24 mai. 2022.

BOUSQUAT, Aylene et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00099118, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35suppl2/e00099118/> Acesso em: 18 mai. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. Serviço Social & Sociedade, p. 126-150, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/NkpLbcXZf5mPHkHrksGGXnf/?lang=pt&format=pdf> Acesso: 18 mai. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, SANTOS, Lenir. SUS Brasil: a região de saúde como caminho SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnYCNndj/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 29/07/2021.

CAMPOS, M. de S.; SILVA, L.L. Gestão Social, Economia e Solidariedade: Habermas, Polanyi e o paradigma do mercado autorregulado. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 44, 2020, on-line. *Anais eletrônicos [...]. Maringá: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2020.* Disponível em: <http://www.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=Mjg5MTQ=>>. Acesso em: 25 mai. 2022.

CANÇADO, Airton Cardoso; TENÓRIO, Fernando Guilherme; PEREIRA, José Roberto. Gestão social: reflexões teóricas e conceituais. *Cadernos Ebape. br*, v. 9, n. 3, p. 681-703, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/mMHMPWFCXyg7hF3NcBSnyyx/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 24 mai. 2022.

_____, A. C., PEREIRA, J. R. e TENÓRIO, F. G. (2015) *Gestão social: epistemologia de um paradigma*, (2 ed.) CRV, Curitiba. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/airton-canado-livro-gestao-social-epistemologia-de-um-paradigmapdf-pdf-free.html>. Acesso em: 17 mai.2022.

_____, Airton Cardoso; PEREIRA, José Roberto; TENÓRIO, Fernando Guilherme. *Fundamentos teóricos da gestão social. DRd-Desenvolvimento Regional em debate*, v. 5, n. 1, p. 4-19, 2015.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão et al. Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. *Enfermagem Brasil*, v. 15, n. 4, p. 227-235, 2016. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/502>

Acesso em: 20 mai. 2022.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 mai. 2022.

CARVALHO, Brígida G.; MARTIN, Gilberto B.; CORDONI JR, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. *Bases da saúde coletiva*, v. 2, 2001. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Alguns apontamentos para o debate. In: RICO, Elizabeth de Melo; RAICHELIS, Raquel (Orgs.). *Gestão Social—uma questão em debate*. São Paulo: Educ/IEE/PUCSP, 1999.p. 19-29. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277037654_19_Gestao_social_-_reconhecendo_e_construindo_referenciais Acesso em: 25 mai. 2022.

CAVALHEIRO, Andressa Fracaro; ZENI, Bruna Schlindwein. As conferências de saúde no Brasil: a cidadania ativa como condição de possibilidade para a efetivação do direito fundamental à saúde. *UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE—UNESC PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO-PROPEX UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS—UNACSA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-UNASAU*, p. 138, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/2494/1/Colet%C3%A2nea%20Direito%20Sanit%C3%A1rio%20e%20Sa%C3%BAde%20Coletiva%20v1.pdf#page=139> Acesso em: 18 mai. 2022.

CHAUÍ, Marilena de Souza. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez, 1993. 367p. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001417962> Acesso em: 24 mai. 2022.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 138-151, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4Wt8xWdgTMWXNkyqBmkpR7G/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 mai. 2022.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 111-135, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qycmp/pdf/correia-9788575415221.pdf>. Acesso em: 17/05/2022.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. In: Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. 2005. p. 280-280. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-931752> Acesso em: 17 mai. 2022.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Editora Fiocruz, 2000. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qycmp> Acesso em: 18 mai. 2022.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Faria; MUNIZ, José Norberto. Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. In: Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. 1998. p. 148-148.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-407257>
Acesso em: 17 mai. 2022.

DA SILVA JUNIOR, Fernando José Guedes; DE GALIZA, Francisca Tereza; DE SOUSA MONTEIRO, Claudete Ferreira (Ed.). Políticas, epidemiologia e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS): possibilidades e desafios do cenário brasileiro. Editora CRV, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luis-Lopes-Junior/publication/344730014_Sistema_Unico_de_Saude_resgate_historico_e_politico/links/5fd051bfa6fdcc697bef7ade/Sistema-Unico-de-Saude-resgate-historico-e-politico.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

DE CARVALHO LIPORONI, Andréia Aparecida Reis; RAMOS, Andres Cernadas; DE SOUZA LEHFELD, Neide Aparecida. A participação social através dos conselhos de saúde no Brasil e Espanha. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/-planejamentoeanalisedepoliticaspUBLICAS/isippedes/andraia-liporoni.pdf> Acesso em: 18 mai. 2022.

DENHARDT, Robert B.; DENHARDT, Janet Vinzant. O novo serviço público: Servir em vez de dirigir. *Revisão da administração pública*, 2000, 60.6: 549-559. Disponível em: file:///C:/Users/Servidor/Downloads/The_New_Public_Service_Serving_Rather_Than_Steerin.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

DE NORONHA, José Carvalho; PEREIRA, Telma Ruth. Princípios do sistema de saúde brasileiro. 2013.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura; CHAUÍ, Marilena. Direitos humanos, democracia e desenvolvimento. Cortez Editora, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4604349/mod_resource/content/1/Direitos_Humanos_Democracia_e_Desenvolvi-1.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

DE SOUZA, Clóvis Henrique Leite; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Conferências nacionais como interfaces sócio estatais: seus usos e papéis na perspectiva de gestores federais. *Revista do Serviço Público*, v. 63, n. 4, p. 499-518, 2012. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/109> Acesso em: 18 mai. 2022.

DILASCIO, Karla Sessin; ROSSI, Charles Borges; SINISGALLI, Paulo Antônio de Almeida. Técnica de Análise da Participação Social em Conselhos: Operacionalizando Conceitos. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 27, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/vM5D36CdBJmMZrTkYQmYrhm/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 23 fev. 2023.

DO CARMO GUERRA, Júnia Fátima; DE SOUSA TEODÓSIO, Armindo dos Santos. Pesquisa Qualitativa em Gestão Social: uma análise da produção de conhecimento em estudos de caso. *Revista Gestão & Tecnologia*, v. 14, n. 3, p. 160-176, 2014. Disponível em: <http://revistagt.fpl.emnuvens.com.br/get/article/view/444> Acesso em: 25 mai. 2022.

DOS SANTOS, Fernanda Marsaro. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. 2012.

DOWBOR, Ladislau. A gestão social em busca de paradigma. In: RICO, Elizabeth de Melo; RAICHELIS, Raquel (Orgs.). *Gestão social – uma questão em debate*. São Paulo: Educ/IEE/PUCSP, 1999.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, p. 25-41, 1997. Disponível em: https://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/saude48-saude_e_democracia.pdf#page=26 Acesso em: 17 mai.2022.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos avançados*, v. 13, p. 139-146, 1999. Disponível em: SciELO - Brasil - SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social Acesso em: 20 mai. 2022.

GUERRA, D. M. Descentralização e regionalização da assistência à saúde no estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
Acesso em: 10 dez. 2015.

IWAMOTO, Helga Midori; CANÇADO, Airton Cardoso. GESTÃO SOCIAL: a contribuição potencial de uma tradição de pesquisa brasileira para o debate internacional sobre Terceiro Setor. *Revista Observatório*, v. 6, n. 4, p. a17pt-a17pt, 2020. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/11104/1791>
6 Acesso em: 25 mai. 2022.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: um círculo virtuoso? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 47-55, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5qSpb9zMyQpKC8kPp9P8xQj/?format=pdf&lang=es>
Acesso em: 17 mai. 2022.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. 2005. p. 353-383. Disponível em: <file:///C:/Users/andreiateixeira/Downloads/29-Texto%20do%20artigo-7662-2-10-20071107.pdf> Acesso em: 17 mai. 2022.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt> Acesso em: 17 mai. 2022.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & saúde coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vYzbD5NkckJvMhFYFBRTyhJ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 mai. 2022.

LIMA, Luciana Dias de et al. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 34. e001171. 2018. p. 1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vzRfCDsP6rP6NNDFxxHpht/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 mai. 2022.

LIPORONI, Andréia Aparecida Reis de Carvalho. Os caminhos da participação e do controle social na saúde: estudo das realidades do Brasil e Espanha. 2010. 253 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/106131>. Acesso em: 18 mai. 2022.

LOPES, MCR, Matta GC. SUS, gestão participativa e equidade. In: Guizardi FL, Nespoli G, Cunha LMS, Machado F, Lopes M organizadores. *Políticas de Participação e Saúde*. 1ª ed. Recife: Editora Universitária UFPE; 2014. p. 305-324. Disponível em: *Políticas de Participação e Saúde SUS, Gestão Participativa.pdf* (fiocruz.br) Acesso em: 20 mai. 2022.

LUZ, Madel T. Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. In: *Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2005. p.

174-174. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-422445>
Acesso em: 17 mai.2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. Ed. 9°. São Paulo: Editora Atlas, 2021.

MAIA, Marilene. Gestão Social–Reconhecendo e construindo referenciais. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 4, n. 1, p. 1-18, 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/andreiateixeira/Downloads/19_Gestao_social_-_reconhecendo_e_construindo_refe%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/andreiateixeira/Downloads/19_Gestao_social_-_reconhecendo_e_construindo_refe%20(1).pdf) Acesso em: 25 mai. 2022.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. Direitos humanos, cidadania e educação. Uma nova concepção introduzida pela Constituição Federal de 1988. Jus Navigandi, Teresina, ano 5, n. 51, out. 2001. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/2074/direitos-humanos-cidadania-e-educacao>. Acesso em: 25 mai. 2022.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, no prelo. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Q4pjzsHDZYpTBzhZYgYQg3k/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/374763874/Desafio-Do-Conhecimento-Minayo>
Acesso em: 26 mai. 2022.

MISOCZKY, Maria Ceci. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. Saúde em Debate, v. 27, n. 65, p.

336-47, 2003. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf#page=161 Acesso em: 17 mai. 2022.

MONTEIRO, Maria Gabriela; FLEURY, Sonia. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. *Saúde em Debate*, v. 30, n. 73-74, p. 219-233, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309008.pdf> Acesso em: 17 mai. 2022.

MORAIS, Iris Lessa de; ESCOREL, Sarah. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde: inovação e desafios institucionais, 2003 a 2007. In: *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012. p. 253-281. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Vm9qDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA253&dq=MORAIS,+I.+L.+D.,+%26+Escorel,+S.+\(2012\).+A+Secretaria+de+Gest%C3%A3o+Estrat%C3%A9gica+e+Participativa+do+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde:+inova%C3%A7%C3%A3o+e+desafios+institucionais,+2003+a+2007.+In+Pol%C3%ADticas+de+sa%C3%BAde+no+Brasil:+continuidades+e+mudan%C3%A7as+\(pp.+253-281\).+SciELO-Edi&ots=-gviuCsYJm&sig=abKkvZQsm15uk-j_BhHBw3oP01w#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Vm9qDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA253&dq=MORAIS,+I.+L.+D.,+%26+Escorel,+S.+(2012).+A+Secretaria+de+Gest%C3%A3o+Estrat%C3%A9gica+e+Participativa+do+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde:+inova%C3%A7%C3%A3o+e+desafios+institucionais,+2003+a+2007.+In+Pol%C3%ADticas+de+sa%C3%BAde+no+Brasil:+continuidades+e+mudan%C3%A7as+(pp.+253-281).+SciELO-Edi&ots=-gviuCsYJm&sig=abKkvZQsm15uk-j_BhHBw3oP01w#v=onepage&q&f=false) Acesso em: 17 mai. 2022.

NUNES, C. O. Cidadania e Desenvolvimento Local: O conselho municipal de saúde de Palmas-TO sob a perspectiva da gestão social. 2018. 80 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2018.

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://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 mai. 2022.

_____, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv> Acesso em: 17 mai. 2022.

PATTON, Michael Quinn. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 2002. 688 p. Disponível em: <https://aulasvirtuales.files.wordpress.com/2014/02/qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf> Acesso em: 26 mai. 2022.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. CEP, v. 30130, n. 007, 2004. Disponível em: https://conselhosaudetp.webnode.com.br/_files/200000227-d45e9d5587/Pacto_de_Gest%C3%83%C2%A3o%5B1%5D.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. Ciência & saúde coletiva, v. 25, p. 1699-1708, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hxkLHrVqkZ5Hy6ZVK9pZmtb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 mai. 2022.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. R. Pinheiro & RA Mattos, Cuidado: as fronteiras da integralidade, p. 23-38, 2013. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf#page=23> Acesso em: 25 mai. 2022.

RAMOS, Adriana Roese. Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde. 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/52625/000852377.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 20 mai. 2022.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. Unifesp. São Paulo. s/d. v. 4, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf Acesso em: 18 mai. 2022.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério; TEMPORÃO, José Gomes; SCOREL, Sarah. Saúde: promessas e limites da Constituição. In: Saúde: promessas e limites da Constituição. 2003. p. 260-260. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-931811> Acesso em: 17 mai.2022.

SADER, Eder. Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80). In: Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80). 2001. p. 329-329. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-490373> Acesso em: 24 mai. 2022.

SAMPAIO, Rafael Cardoso; LYCARIÃO, Diógenes. Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação. 2021. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6542/1/Analise_de_conteudo_categorial_final.pdf Acesso em: 26 mai. 2022.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1281-1289, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7M3PKSBdctVSpkvJTYy5Rdz/?lang=pt&format=html> Acesso em: 17 mai. 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 mai. 2022.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Águida Wichrowski. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 265-274, 2012. Disponível: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/528> Acesso em: 18 mai. 2022.

SERAPIONI, Mauro; ROMANÍ, Oriol. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hrPZ5fydrQ5W4M7yNkdN3Yx/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 mai. 2022.

SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5PvTNwTTfRSXwXRtJFXTwCd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 mai. 2022.

_____, Helena Eri; RAMOS, Maíra Catharina; DE CARVALHO, André Luís Bonifácio. Os desafios da regionalização em saúde no Tocantins, Brasil. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 9, n. 3, p. 517-534, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/15945> Acesso em: 18 mai. 2022.

SINGER, P. Alternativas da gestão social diante da crise do trabalho. In: RICO, E. M.; RAICHELIS, R. (Org.). *Gestão Social uma questão em debate*. São Paulo: EDUC; IEE, 1999, p. 55-67.

SOUTO, A. L. S. (1991). Lages: um jeito de governar. São Paulo: Instituto Pólis. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Lages.html?id=y7hMAAAAMAAJ&redir_esc=y Acesso em: 24 mai. 2022.

SOUZA, Clóvis Henrique Leite de. Partilha de poder decisório em processos participativos nacionais. 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/5718> Acesso em: 18 mai. 2022.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n8/2783-2792/en>. Acesso em: 17 mai. 2022.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WXYjCqkTjPcd6ngPPrbZtnP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 mai. 2022.

TAJRA, Fábio Solon et al. Responsabilidades de gestão em auditoria: análise do pacto pela saúde em estados brasileiros. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/6732> Acesso em: 18 mai. 2022.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, v. 38, n. SPE, p. 52-68, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rkxdpDKTbkQfb6x56PzHcPg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 mai. 2022.

TENÓRIO, Fernando G. A trajetória do programa de estudos em gestão social (PEGS). *Revista de Administração Pública*, v. 40, n. 6, p. 1145-1162, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/tTy8F6rnJWG75RfwzZrGLDp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 20 mai. 2022.

_____, F. G. (Re) Visitando o conceito de gestão social. *Desenvolvimento em Questão*, Ijuí, v. 3, n. 5, p. 101-123, jan./jun. 2005. Disponível em: https://www.ufjf.br/virgilio_oliveira/files/2014/10/Texto-17-Ten%C3%B3rio-2005.pdf Acesso em: 24 mai. 2022.

_____, F. G.; SARAIVA, H. J. Escorços sobre gestão pública e gestão social. In MARTINS, P. E. M.; PIERANTI, O. P. *Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo*. 2 Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006, 340p. Disponível em: https://www.academia.edu/491527/Escor%C3%A7os_sobre_gest%C3%A3o_p%C3%BAblica_e_gest%C3%A3o_social Acesso em: 24 mai. 2022.

_____, F. G. Inovando com democracia: ainda uma utopia. *Novos Cadernos NAEA*, Universidade Federal do Pará, v. 21, n°1, p.149-162, dez. 1999. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/214> Acesso em: 24 mai. 2022.

_____, Fernando G. *Gestão social, um conceito não-idêntico? Ou a insuficiência inevitável do pensamento. Gestão social: aspectos teóricos e aplicações*. Ijuí: Ed. Unijuí, p. 23-36, 2012. Disponível em: http://sites.ufca.edu.br/gestaosocial/wp-content/uploads/sites/95/2018/08/CapituloFernandoTen%C3%B3rio_Gest%C3%A3o_SocialUmConceitoN%C3%A3oConceitual.pdf Acesso em: 25 mai. 2022.

_____, Fernando Guilherme; ARAÚJO, Edgilson Tavares de. Mais uma vez o conceito de gestão social. *Cadernos EBAPE. BR*, v. 18, p. 891-905, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cebape/a/C7cmxJrNFmcp98xJHhbKxDv/abstract/?lang=pt>

Acesso em: 25 mai. 2022.

_____, Fernando Guilherme; KRONEMBERGER, Thais Soares. Gestão social e conselhos gestores Vol. 3. Editora FGV, 2017.

_____, Fernando Guilherme; TEIXEIRA, Marco Antônio Carvalho. O conceito de gestão social e a democracia regressiva no Brasil após 2016. *Administração Pública e Gestão Social*, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/10767> Acesso em: 25 mai. 2022.

_____, Fernando Guilherme; ROZENBERG, Jacob Eduardo. Gestão pública e cidadania: metodologias participativas em ação. *Revista de administração pública*, v. 31, n. 4, p. 101 a 125-101 a 125, 1997. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/7882/6551>. Acesso em: 17 mai. 2022.

_____, Fernando Guilherme. Tem razão a gestão social. *Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração*, 2013, 3: 1-17. Disponível em: < http://sites.ufca.edu.br/gestaosocial/wp-content/uploads/sites/95/2018/08/TemRaz%C3%A3oaGest%C3%A3oSocial_FernandoTen%C3%B3rio2012.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2022.

_____, Fernando Guilherme. *Gestão social: metodologia, casos e práticas: metodologia, casos e práticas*. Editora FGV, 2015. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=YBqHCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=info:iNASi0MlnRwJ:scholar.google.com&ots=wQw8Vk3l0n&sig=d1NNo6ArGb7YNquxOeyNMR3ckpE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 17 mai. 2022.

_____, F. G. Um espectro ronda o terceiro setor, o espectro do mercado: ensaios de gestão social. Ijuí: Ed. Unijuí, 2008a..

_____. F. G. Gestão de ONGs: Principais Funções Gerenciais. Fernando Guilherme Tenório (org.) Rio de Janeiro: FGV Editora, 2008b.

TOCANTINS. Secretaria de Saúde do Tocantins. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. (2015). Plano Estadual de Saúde 2016-2019/ Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. Palmas. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/330945/> Acesso em: 18 mai. 2022.

_____ (2012b). Secretaria de Estado da Saúde. Portaria n.º 224 de 23 de março de 2012. Disponível em: <https://central.to.gov.br/download/9220> Acesso em: 20 mai. 2022.

_____. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. Regionalização Solidária e Cooperativa Comissões Intergestores Regional do Tocantins: Uma construção histórica. Palmas – TO. 2013. 171p.

_____. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. Plano de Trabalho do Incentivo Financeiro de Custeio para a Implementação e Fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS. Palmas – TO. 2012. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/244711/> Acesso em: 20 mai. 2022.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB/TO N.º. 143, de 19 de julho de 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/412126/#:~:text=RESOLUÇÃO - CIB%2FTO N.º.as> Resoluções CIT N.º. Acesso em: 20 mai. 2022.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/56558612/TRIVINOS-Augusto-Nibaldo-Silva-Introducao-a-pesquisa-em-ciencias-sociais-a-pesquisa-qualitativa-em-educacao-Sao-Paulo-Atlas-1987> Acesso em: 26 mai. 2022.

SANTOS, U. C. L. Gestão Social e Desenvolvimento Moral no Conselho Municipal de Saúde de Araguaína-TO: Triênio: 2018-2020. Araguaína, 2021. 169f. Dissertação (Mestrado Acadêmico) – Universidade Federal do Tocantins. Campus Universitário de Araguaína – Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, 2021.

UOL. Covid-19 continua sendo pandemia e emergência não acabou, conclui OMS... – Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2023/01/30/covid-19-continua-sendo-pandemia-e-emergencia-nao-acabou-conclui-oms.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 30 jan. 2023.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. S07-S18, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/1998.v14suppl2/S07-S18/pt/> Acesso em: 18 mai. 2022.

VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro. Educação, saúde e cidadania. In: *Educação, saúde e cidadania*. 1994. p. 142-142. Disponível em: <https://www.victorvincentvalla.com.br/publicacoes/> Acesso em: 18 mai. 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, n. 3, p. 621-632, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cbrB6fQ47zqgHv3L7pffmpj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 mai. 2022.

VIANA, Ana Luiza D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 413-422, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf> Acesso em: 09 abr. 2022.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. A cidadania na república participativa: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107508> Acesso em: 25 mai. 2022.

VITAL, Adriano Fraga Rodrigues. et al. DEMOCRACIA DELIBERATIVA, CIDADANIA E GESTÃO SOCIAL: ANÁLISE NO CONSELHO DE TRÂNSITO, TRANSPORTES E SEGURANÇA DE GURUPI. *Revista eletrônica do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado. Santa Catarina-SC*. 2019.

WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. In: *Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS*. 2001. p. 272-272. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-307496> Acesso em: 17 mai. 2022.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.



APÊNDICE A - TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa Conselhos de Saúde na Região de Saúde Médio Norte Araguaia no Tocantins: uma visão a partir da Gestão Social, com o objetivo de descrever e discutir a efetividade da gestão social presente nas deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Médio Norte Araguaia.

A intencionalidade de estudar essa temática é o papel que os Conselhos de Saúde têm como instâncias de ação política, com o intuito de ampliar o controle e a participação social na gestão do SUS, juntamente com outros instrumentos participativos.

Para este estudo adotaremos a aplicação de questionários aos Conselheiros de Saúde (titulares e suplentes), via *Google Forms* sua participação consistirá em responder ao roteiro de entrevista enviado para o e-mail via *Google Forms*. No entanto os riscos ou possíveis danos poderão ser amenizados pela garantia ao acesso dos resultados individuais sempre que solicitados, assegurar que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados mediante a realização do teste piloto da pesquisa, ser sensível e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto dos sujeitos, minimizar desconfortos e interrupções garantindo local reservado e liberdade para não responder questões que os sujeitos considerem constrangedoras, assegurar a confidencialidade e a privacidade garantindo-lhe a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, assegurar a suspensão do estudo imediatamente ao perceber

algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento, garantir a divulgação pública dos resultados, bem como o retorno dos mesmos aos sujeitos, assegurar a inexistência de conflito de interesses entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, assumir o compromisso de comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, que nesse caso, tende a contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, e assegurar o anonimato dos sujeitos na descrição e discussão do estudo.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O(A) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e, a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pela pesquisadora. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, no Laboratório de Saúde Coletiva, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos no Laboratório de saúde coletiva do Curso de Medicina de Campus de Araguaína da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu,___, fui informado(a) dos objetivos, métodos e benefícios da pesquisa - Conselhos de Saúde na Região de Saúde Médio Norte Araguaia no Tocantins: uma visão a partir da Gestão Social, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas

dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via via email deste termo de consentimento livre e esclarecido consentido, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do participante: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável: Andreia Ribeiro C. Teixeira

Endereço: Av. Brasil, quadra 20, Lote 07 nº 444, St. Coimbral, Araguaína-TO.

CEP: 77826-566

Fone: (63) 99250-5581

E-mail: andreia.dfto@gmail.com



APÊNDICE B - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. O (A) Sr. (a) Conselheiro (a) de Saúde de qual município:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aragominas | <input type="checkbox"/> Araguaína | <input type="checkbox"/> Araguañã |
| <input type="checkbox"/> Babaçulândia | <input type="checkbox"/> Barra do Ouro | <input type="checkbox"/> Campos Lindos |
| <input type="checkbox"/> Carmolândia | <input type="checkbox"/> Darcinópolis | <input type="checkbox"/> Filadélfia |
| <input type="checkbox"/> Goiatins | <input type="checkbox"/> Muricilândia | <input type="checkbox"/> Nova Olinda |
| <input type="checkbox"/> Pau D'Arco | <input type="checkbox"/> Piraquê | <input type="checkbox"/> Santa Fé do Araguaia |
| <input type="checkbox"/> Wanderlândia | <input type="checkbox"/> Xambioá | |

2. O (A) Sr. (a) Conselheiro (a) de Saúde é:

- Titular
- Suplente

3. O (A) Sr. (a) Conselheiro (a) de Saúde está em qual faixa etária:

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- acima de 50 anos

4. Gênero:

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer

5. Qual é o nível mais alto do ensino que o (a) sr.(a) cursou?

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Médio Técnico (profissionalizante)
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Pós Graduação
- Outros

6. Qual a principal ocupação profissional atualmente do(a) Sr. (a):

- servidor público (municipal)
- servidor público (estadual)
- servidor público (federal)
- Autônomo
- Empregado CLT
- Desempregado
- aposentado(a)
- Outro. Qual _____

7. Quanto tempo o (a) Sr. (a) tem conhecimento da existência do Conselho de Saúde no seu município?

- 02 – 05 anos
- 06 – 10 anos
- 10 – 15 anos
- 16 – 25 anos
- mais de 25 anos
- não sabe

8. O (A) Sr. (a) representa no Conselho de Saúde:

- Governo
- Prestador de Serviço de Saúde
- Trabalhador de Saúde
- Usuário

9. Pergunta Aberta - Sua opinião é valiosa para esse estudo agradecemos a sua participação.

Considerando a cidadania deliberativa enquanto perspectiva do envolvimento dos cidadãos nos processos de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas. Qual a sua opinião enquanto membro (conselheiro) de um Conselho Municipal de Saúde, sobre o papel da cidadania deliberativa na democracia?

Gestão Social no Conselho:

1. Em relação ao funcionamento do Conselho, observe as afirmações abaixo.

	Afirmação	NSA	DT	DP	CP	CT
1.1	Canais de difusão: Existem e são utilizados canais adequados/formas adequadas de acesso à informação para a mobilização dos potenciais participantes.					
1.2	Qualidade da informação: Tenho acesso às informações com diversidade, clareza e utilidade.					
1.3	Espaços de transversalidade: Os pontos de vista diferentes são respeitados e o debate é fomentado.					
1.4	Pluralidade do grupo promotor: A liderança é compartilhada entre os diversos atores.					
1.5	Órgãos existentes: São aproveitados outros órgãos e estruturas já existentes, evitando a duplicação de estruturas.					
1.6	Órgãos de acompanhamento: Existe um órgão que faz o acompanhamento das decisões relativas ao Conselho, desde sua elaboração até a implementação, garantindo a coerência e fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa.					
1.7	Relação com outros processos participativos: Existe interação com outros sistemas/instâncias/colégiados/conselhos participativos já existentes na região.					
2.1	Abertura dos espaços de decisão: Todos têm igual oportunidade de participação na tomada de decisão.					
2.2	Aceitação social, política e técnica: Eu concordo com as metodologias participativas empregadas no Conselho.					
2.3	Valorização cidadã: Existe valorização da participação.					
3.1	Participação de diferentes atores: Existe atuação de associações, movimentos, organizações e cidadãos não organizados no processo de decisão.					
3.2	Perfil dos atores: Os atores têm experiência em processos democráticos de participação.					
4.1	Forma de escolha de representantes: Os representantes são escolhidos de acordo a manter a paridade entre os membros do Conselho					
4.2	Discursos dos representantes: Eu valorizo os processos participativos.					
4.3	Avaliação participativa: Eu acompanho e avalio as políticas públicas aprovadas.					
5.1	Origem das proposições: As propostas podem ser feitas por qualquer representante e, em geral estão baseadas no interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas.					
5.2	Alçada dos atores: Eu posso intervir na problemática planejada.					
5.3	Perfil da liderança: As lideranças conduzem de forma descentralizadora o processo de deliberação e de execução.					
5.4	Possibilidade de exercer a própria vontade: Eu posso falar livremente de acordo com os procedimentos instituídos, assim exerço a vontade política individual e coletiva.					
6.1	Objetivos alcançados: Os objetivos planejados são os realizados.					
6.2	Aprovação cidadã dos resultados: Eu avalio positivamente os resultados alcançados.					

LEGENDA	
CT - Concordo Totalmente	CP - Concordo Parcialmente
DT - Discordo Totalmente	DP - Discordo Parcialmente
NSA - Não se aplica	

**ANEXO 1 - OFÍCIO ENCAMINHADO AOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

OFÍCIO Nº 10/2022 – PPGDR/UFT

Palmas, 25 de agosto de 2022.

À Sra. XXXXXXX.

Presidente do CMS.

Assunto: Coleta de Pesquisa com os membros do CMS.

Município de XXXXXXX (TO)

Prezada Presidente,

Após cumprimentá-la cordialmente, venho informar que estamos com uma aluna do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Tocantins no curso de Mestrado Profissional – Andreia Ribeiro Couto Teixeira, que está iniciando uma pesquisa com os Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Médio Norte Araguaia, no qual iremos detalhar informações sobre a pesquisa nos próximos parágrafos.

O objetivo da pesquisa é realizar um mapeamento (estudo) no ponto de vista da cidadania deliberativa, enquanto perspectiva do envolvimento dos cidadãos nos processos de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas. Quer dizer, estudar os 17 (dezesete) Conselhos da Região de Saúde Médio Norte Araguaia e poder responder no final da pesquisa: De que forma a participação dos CMS da Região de Saúde Médio Norte Araguaia contemplam os princípios do processo de discussão, inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum, fontes de legitimidade da deliberação pública e premissas da cidadania deliberativa?

E para isso, é primordial que a coleta dessas informações contemple todos os Conselhos Municipais de Saúde, para isso a proposta da coleta de dados

será por meio de entrevista e/ou pesquisa no qual será abordado a principio 01 (um) representante de cada segmento que compõem o Conselho sendo esses:

- 01 representante dos usuários;
- 01 representante dos trabalhadores em saúde;
- 01 representante dos fornecedores ;
- 01 representante da gestão.

Esclarecemos ainda, que se pretende demonstrar o produto dessa pesquisa nas plenárias agendadas a partir do 1ª semestre de 2023, de todos os Conselhos de Saúde da Região de Saúde do Médio Norte Araguaia, como forma de dar devolutiva e visibilidade ao produto dessa pesquisa.

Uma questão importante são os aspectos éticos que ressalto que todos os sujeitos da pesquisa (conselheiros de saúde), ao serem convidados a participarem da pesquisa serão informados e esclarecidos com linguagem acessível, acerca do contexto, propósito, natureza, métodos, procedimentos, possíveis danos e resultados esperados do estudo.

Assim como, informados também do seu direito à recusa e a desistências durante o processo da pesquisa. Todos que manifestarem o desejo de participar da pesquisa deverão assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).


Sendo impressos em duas vias, devidamente assinadas pelo pesquisador, e entregue uma ao participante (Conselheiro de Saúde). Salienta-se que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes e do Conselho de Saúde no qual está sendo realizada a coleta de dados. Os mesmos serão identificados por algarismos alfanuméricos em todos os procedimentos e processos da pesquisa.

E por último dizer que, a maior expressão da democracia deliberativa no Brasil em relação à saúde tem sido os conselhos, notadamente em nível local, quando ocorre uma estreita vinculação; entre participação social e descentralização, contribuindo não só para a democratização do poder público como também para o fortalecimento de uma cidadania ativa.

Sendo o que tinha para expor, aguardando a colaboração habitual desse Conselho na contribuição da construção desse estudo sobre a nossa Região de Saúde do Médio Norte Araguaia.

Segue abaixo endereço do link para acessar o questionário:
<https://forms.gle/9hnnGQqtwE9gfQDq6>

Atenciosamente,



Airton Cardoso Cançado – Mat. 1534125
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
Em Desenvolvimento Regional

ANEXO 2

MAPA DA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA E OS PONTOS DE ATENÇÃO

