



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Alexandre Cunha dos Santos

**Avaliação da estruturação e funcionamento dos Conselhos Municipais de
Saúde do estado de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19**

Florianópolis,
2022

Alexandre Cunha dos Santos

Avaliação da estruturação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia FlemmingColussi

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos, Alexandre Cunha dos
Avaliação da estruturação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19 / Alexandre Cunha dos Santos ; orientador, Claudia Flemming Colussi, 2022.
124 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Conselho Municipal de Saúde. 3. Avaliação. 4. Participação Social. 5. COVID-19. I. Colussi, Claudia Flemming . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Alexandre Cunha dos Santos

Avaliação da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Titular

Prof (a), Dra. Josimari Telino de Lacerda
Instituição UFSC

Prof (a), Dra. Tânia Regina Krüger
Professora convidada

Suplente

Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski
Instituição UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dra. Claudia Flemming Colussi
Orientadora

Florianópolis, 2022

Este trabalho é dedicado aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, à minha mãe Fermina Vanda Cunha dos Santos e meu pai Alcir Alves dos Santos (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos orixás pela saúde e condições de estar realizando esta conquista.

Agradeço á minha orientadora Dra. Claudia Flemming Colussi por todo ensinamento, dedicação e carinho despendido durante esta jornada e ao Prof. Dr. Fernando Hellmann pelo incentivo e motivação para ingressar no programa de pós-graduação.

Agradeço aos conselheiros estaduais de saúde de Santa Catarina, gestão 2019-2022, e ao secretário executivo do conselho Jose Carlos da Cruz, por todo apoio e estímulo para realização desta obra.

Agradeço ao meu companheiro Guilherme Navarro, pelo apoio, compreensão e afeto, principalmente durante a realização do mestrado.

Agradeço aos amigos, em especial Ygor Oliveira e Agostinho Zancanaro Jr, que me apoiaram nos estudos e a seguir uma carreira nas áreas de pesquisa e educação.

Por fim aos meus familiares, que sempre estão presente em minha vida, mostrando o significado de ser família.

RESUMO

Ressaltando a importância da Participação Social no enfrentamento desta que foi uma das crises sanitárias mais graves do país, este estudo objetivou avaliar a atuação e o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de uma avaliação normativa desenvolvida através da aplicação de uma matriz avaliativa adaptada às atualizações normativas dos conselhos de saúde vigentes durante a pandemia. É composta por seis dimensões, trinta e três indicadores e quarenta e seis medidas, e foi aplicada em CMS de Santa Catarina, obtendo resposta de conselheiros de saúde e secretários executivos de 67 conselhos. O resultado geral sintético apontou uma situação “Regular”, apresentando as dimensões Estrutura do Conselho e Sistema de Planejamento no SUS com juízo de valor “Bom”; Representatividade, Dinâmica Organizacional e Autonomia, “Regular”; e Educação Permanente “Ruim”. Os achados evidenciam a forte fragilidade nos atributos relativos à paridade, comunicação, promoção da capacidade de atuação e autonomia, assim como demonstram as fortalezas nos componentes estruturais, formulativos e deliberativos. A realização de reuniões remotas dos CMS durante a pandemia mostrou-se como uma estratégia alternativa e de baixo custo, que permitiu a manutenção das atividades nesse período, com potencial de utilização rotineira.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Avaliação em saúde; Participação Social; Pandemia por COVID-19

Abstract

Emphasizing the importance of Social Participation in facing what was one of the most serious health crises in the country, this study sought to qualify these reflections from an evaluative study that aimed to evaluate the performance of Municipal Health Councils (CMS) during the pandemic of COVID-19. This is a normative assessment developed through the application of an evaluation matrix adapted to the normative updates of the health councils in force during the pandemic. It consists of six dimensions, thirty-three indicators and forty-six measures, and was applied in Santa Catarina CMS, obtaining a response from health counselors and executive secretaries, totaling 67 councils. The results showed a “Regular” situation, presenting the dimensions Council Structure and Planning System in the SUS with a “good” value judgment; Representativeness, Organizational Dynamics and Autonomy, as “Regular”; and Permanent Education as “Bad”. The findings show the strong fragility in the attributes related to parity, communication, empowerment and emancipation, as well as demonstrating the strengths in the structural, formulative and deliberative components. The holding of remote meetings of the CMS during the pandemic proved to be an alternative and low-cost strategy, which allowed the maintenance of activities during this period, with potential for routine use.

Key words: Health Councils; Health Evaluation; Social Participation; COVID-19

Lista de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Estrutura..... | 43 |
| Quadro 2 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Representatividade. | 43 |
| Quadro 3 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Organizacional. | 44 |
| Quadro 4 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Planejamento. | 46 |
| Quadro 5 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Autonomia. | 47 |
| Quadro 6 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Educação Permanente..... | 48 |
| Quadro 7 - Classificação dos Parâmetros e Valores segundo suas medidas, indicadores e dimensões da Matriz Avaliativa da Atuação dos CMS durante a pandemia da COVID-19 | 51 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| CEB | Comunidades Eclesiais de Base |
| CEP | Comitê de Pesquisa e Ética |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COES | Centro de Operações Especiais em Saúde |
| CS | Controle Social |
| DOESC | Diário Oficial do Estado de Santa Catarina |
| DOU | Diário Oficial da União |
| EA | Estudo de Avaliabilidade |
| LDO | Lei de Diretrizes Orçamentárias |
| ML | Modelo Lógico |
| MRSB | Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro |
| NOB96 | Norma Operacional Básica 01/96 |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PMS | Plano Municipal de Saúde |
| PPA | Plano Plurianual de Saúde |
| RAG | Relatório Anual de Gestão |
| RQA | Relatório Quadrimestral de Saúde |
| SC | Estado de Santa Catarina |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. OBJETIVOS | 17 |
| 2.1. OBJETIVO GERAL | 17 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 3.1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL | 18 |
| 3.1.1. Modelos de participação | 18 |
| 3.1.2. Formas de participação no regime de governo democrático | 19 |
| 3.2. HISTÓRICO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE BRASILEIRA | 22 |
| 3.3. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE | 25 |
| 3.3.1. Componentes da organização dos Conselhos Municipais de Saúde | 27 |
| 3.3.1.1. <i>Componente estrutural/funcional</i> | 27 |
| 3.3.1.2. <i>Componente atributivo</i> | 28 |
| 3.3.2. Atuação dos Conselhos Municipais de Saúde | 29 |
| 3.4. ESTADO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE | 32 |
| 3.5. AVALIAÇÃO EM SAÚDE | 35 |
| 4. METODOLOGIA | 41 |
| 4.1. MODELO AVALIATIVO | 41 |
| 4.2. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS | 49 |
| 4.2.1. Coleta dos dados | 49 |
| 4.2.2. Análise dos dados | 50 |
| 5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA | 53 |
| 6. ARTIGO | 54 |
| RESUMO | 55 |
| ABSTRACT | 56 |

| | |
|--|------------|
| Introdução | 57 |
| Metodologia..... | 58 |
| Resultados | 63 |
| Discussão..... | 68 |
| Considerações finais | 71 |
| Referências | 71 |
| 7. CONCLUSÃO | 75 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 76 |
| 9. APÊNDICE | 83 |
| APÊNDICE A – Formulário online da Avaliação..... | 83 |
| 10. ANEXOS | 115 |
| ANEXO 1 – Matriz Avaliativa Vieira (2010) | 115 |
| ANEXO 2 – Declaração de ciência e concordância e apoio do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina | 118 |
| ANEXO 3 –Parecer consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa..... | 119 |

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Estimados(as) leitores(as), compartilho aqui com vocês a principal motivação desta obra, que se deu em função da minha atuação nos últimos dez anos como Conselheiro Estadual de Saúde em Santa Catarina, na representação de portadores de patologias pelo segmento de usuários. Nos últimos dois mandatos, atuei como coordenador da Comissão de Legislação no SUS, e recebia constantemente demandas dos Conselhos Municipais de Saúde relacionadas à aplicabilidade das normativas de estruturação e das atribuições dos conselhos, situação esta que ficou mais densa durante a pandemia da COVID-19. Ao buscar na literatura obras relacionadas a este aspecto, notei a grande precariedade de informação, a qual motivou a realização desta obra. Ao realizar esta pesquisa, busquei uma aproximação com as diferentes realidades dos Conselhos Municipais de Saúde na execução dos aspectos normativos, em suas fortalezas e fragilidades, com o objetivo de propor estratégias de educação permanente junto ao Conselho Estadual de Saúde que sejam mais eficazes e que contemplem as necessidades locais.

Na primeira parte deste documento encontram-se os itens de Introdução, objetivos, referencial teórico e metodologia da pesquisa realizada. Os resultados e a discussão estão apresentados no formato de artigo científico, seguindo o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

1. INTRODUÇÃO

A participação social é compreendida como a multiplicidade de ações que diferentes segmentos sociais exercem sobre o processo de formular, executar, fiscalizar e avaliar tanto as políticas públicas quanto os serviços básicos da área social (VALLA, 1998). No contexto de saúde pública brasileira, a participação social foi impulsionada na década de oitenta, em virtude de ideais democráticos participativos no processo de redemocratização do Estado (DALLARI, 2000), oriundos das mobilizações sociais, influências internacionais e da forte atuação do movimento sanitário brasileiro (COELHO, 2012). Tornou-se um dispositivo normativo com a promulgação da Constituição Federal de 1998 que em seu artigo 198 traz a participação da comunidade como uma das estruturas organizacionais do sistema de saúde (BRASIL, 2016).

No Sistema Único de Saúde (SUS) a participação social foi regulamentada pela lei 8.142 de 1990, apresentando duas estruturas, comum a todos os níveis governamentais: a Conferência de Saúde, que a cada quatro anos é convocada para a avaliação e proposição de novas políticas de saúde; e os Conselhos de Saúde, que em caráter permanente e deliberativo, compõem um colegiado paritário, que atuam na definição de estratégias, controle e da execução das políticas de saúde (BRASIL, 1990).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é uma estrutura colegiada com o propósito de formular, acompanhar, fiscalizar e decidir sobre as políticas, ações e serviços de saúde de sua área de abrangência (BRASIL, 2013). No aspecto organizacional, os CMS compõem-se de arcabouços estruturais e funcionais definidos em suas leis de criação, sendo seu andamento determinado por regimento interno, em consonância com as Leis 8.142 e 141 e com a resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1990, 2012a; 2012c).

Com a pandemia da COVID-19 deflagrada no Brasil em março de 2020, o país passou a um estado de emergência em função de uma calamidade sanitária, fazendo com que a estrutura de saúde assumisse a condição especial de orientar o Estado sobre as estratégias políticas de enfrentamento ao agravo (BRASIL, 2012a). Nesta situação, destacou-se ainda mais o papel da participação social no sistema de saúde de reafirmar sua ação de relevância pública no acompanhamento e controle das ações e políticas de Saúde nos territórios. Mesmo em uma situação atípica de

funcionamento, cabe aos Conselhos de Saúde atuar diretamente nos processos de saúde, seja em condições normais ou durante a permanência do estado de emergência (BRASIL, 2016).

Entretanto, a efetividade da participação social no SUS tem esbarrado em dificuldades em função dos conflitos legais, os quais atribuem aos conselhos o direito e dever de atuar, mas não orientam a forma desta prática. Nesse período pandêmico, muitos gestores adotaram a postura de não incluírem os Conselhos de Saúde na gestão das ações de saúde. No estado de Santa Catarina, esta prática ficou evidente nas portarias, decretos e normativas que orientaram e regularam as estruturas, serviços e práticas de saúde nesse período, instituindo competências dos entes participativos, nas quais não houve qualquer menção sobre a participação social, em especial na esfera municipal, contrariando a resolução 003 do Conselho Estadual de Saúde, que determina a inclusão dos CMS na estrutura da saúde que gerencia a crise no município (SC, 2020d).

Ressaltando a importância da Participação Social no enfrentamento desta que foi uma das crises sanitárias mais graves do país, este estudo buscou qualificar essas reflexões a partir de um estudo que teve como objetivo avaliar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde durante a pandemia da COVID-19.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Adaptar e aplicar modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde.

Identificar os fatores que interferiram na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina no contexto pandemia da COVID-19;

Discutir a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina, identificando fragilidades e fortalezas na sua atuação durante a pandemia da COVID-19.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O tema central desta obra consiste na atuação direta da sociedade na esfera pública governamental em um regime de governo democrático, assim caracterizando a participação social em uma prática política estrutural abrangendo, principalmente, os processos de formulação, acompanhamento, fiscalização e deliberação das ações do Estado.

Este direcionamento a respeito da participação se faz necessário, pois o tema participação se caracteriza por uma múltipla gama de abordagens, práticas e teorias que se constituem de forma diferenciada em função do tempo e do modelo organizacional social, político e governamental de uma determinada estrutura social. Diante disto este capítulo será direcionado a apresentação de seus modelos e de suas principais formas no regime de governo pautado na participação.

3.1.1. Modelos de participação

Durante a evolução histórica das sociedades a participação social obteve distintos condicionantes conceituais, os quais são diretamente dependentes da natureza da relação entre Estado, cidadão, política e regime político (BOBBIO, 2005). Desta forma para a melhor compreensão de sua aplicação nas realidades sociais da contemporaneidade a participação social pode-se apresentar em função de três arranjos dispostos em modo, grau e nível.

Em relação ao “modo”, Bordenave (1994) o diferencia em seis maneiras de participação, a de fato, associada à condição de simplesmente existir em uma sociedade; a espontânea, relacionada à livre opção de fazer parte; a imposta, em que é definida a obrigação e condutas de participar; a provocada, a qual é determinada por um agente externo; a concedida, quando é delegada ao indivíduo; e a voluntária quando indivíduos criam seu próprio grupo e definem sua forma de organização.

Quanto ao grau da participação o autor o diferencia em oito tipos ordenados em uma escala, na seguinte ordem:

- Informação/reação, os indivíduos repassam uma decisão já tomada;
- Consulta facultativa, tornando livre ao indivíduo opinar sobre um determinado objeto em questão;

- Consulta obrigatória, em que existe a obrigatoriedade, mesmo o processo decisório não pertencendo ao indivíduo;
- Elaboração/recomendação, ato de sugerir recomendações e/ou medidas, sendo que a administração pública responsável por acatar ou não, justificando sua decisão;
- Cogestão, fomentando o compartilhamento administrativo através de dispositivos de decisão e colegiado;
- Delegação, através da incumbência da autonomia decisória em determinados campos;
- Autogestão, o coletivo designa seus objetivos, meios, controles e escolhas sem a intervenção externa (BORDENAVE, 1994).

A outra divisão em relação à participação relaciona-se ao nível em que Bordenave (1994) organiza em seis, sendo que para o autor quanto mais próximo do primeiro maior é o engajamento participativo e o poder decisório social, sendo o nível um caracterizado para formulação doutrinária e política da instituição; o segundo pela definição dos objetivos e determinação das estratégias; o terceiro desenvolver os planos, projetos e programas; o quarto por destinar recursos e estabelecer a administração; o quinto refere-se à execução das ações; e o sexto atribui-se ao processo avaliativo dos resultados.

3.1.2. Formas de participação no regime de governo democrático

Como dito acima, a participação está condicionada a relação entre Estado, cidadão, política e regime político, a qual pode ser determinada através da relação de poder, subordinada ao envolvimento entre geradores e receptores e o grau de associação daquele que detêm os recursos e/ou os meios determinantes da relação objeto (FOUCAULT, 1979). Neste sentido o regime de governo que se origina e prima o envolvimento do cidadão nos processos deliberativos e organizativos das estruturas do Estado é dado pela democracia, sendo a mesma conceituada na contemporaneidade por Silva (2007) como:

“um processo de convivência social em que o poder emana do povo, há de ser exercido, direta ou indiretamente, pelo povo e em proveito do povo”.

Ao analisar algumas formas de organização da relação de poder nos Estados democráticos, observa-se o diferenciamento da disposição do poder em relação à participação do cidadão nos processos decisórios e gerenciais fortemente atrelados aos contextos históricos e modelos de organização da sociedade, a exemplo da Grécia antiga, considerada o berço da democracia, em que o direito, “poder,” de participar nos processos políticos do estado competia aos cidadãos, ato legítimo que era praticado de forma ativa pelos que eram reconhecidos como cidadãos gregos, de forma a excluir, das atribuições democráticas, outros grupos pertencentes a sociedade grega que não possuíam o reconhecimento de cidadão exemplos as mulheres (MACEDO, 2008).

Tendo que a democracia se reflete do processo de convivência em que o poder emana do povo para o bem comum em proveito do próprio povo podendo ser exercido de forma direta ou indireta, a teoria, exposta por Bonavides (2011), classifica a democracia em função do exercício participativo do cidadão, podendo ser classifica em direta, indireta ou participativa.

A democracia direta se caracteriza por uma organização, cujo povo exerce os poderes governamentais por si, sendo o cidadão o sujeito ativo nos processos decisórios governamentais, de forma a atuar diretamente nas formulações de leis, administração e nos julgamentos (SILVA, 2007). Este modelo considerado utópico na atualidade foi o modelo utilizado na Grécia Antiga se balizando nas premissas de que o “cidadão” apresenta a condição igualitária em lei e perante a lei, da garantia ao acesso a cargo público ou de contemplação indistintamente de títulos e do direito a voz e voto nas assembleias e deliberações (BONAVIDES, 2011).

A forma indireta da democracia, também denominada de representativa ou liberal, o povo detém o poder de eleger periodicamente seus representantes, os quais assumem o poder sobre as decisões políticas, ou seja, os processos decisórios referente à coletividade são efetuados pelos eleitos a este fim e não diretamente pelos cidadãos. (BOBBIO, 2005). Esta modalidade é a mais comum entre os Estados modernos, dentre as causas de sua adoção tem-se a situação de que com grandes contingentes populacionais se tornaria inviável a prática direta democrática e como principal crítica ao modelo direto, pelo fato dos eleitos não defenderem os interesses da maioria da população, sendo uma das razões é que

eles acabam por não fazer parte da parcela de cidadãos que o elegeu (MACEDO, 2008).

Outro acontecimento oriundo da democracia direta, que amplamente se distingue da indireta, se dá através da separação de fato entre Estado e sociedade, assim estabelecendo uma relação fixa em que suas fronteiras são constantemente movidas por tensões promovidas por condicionantes da relação entre sociedade e Estado e que seus reajustes e negociações ficam a cargo da legitimidade política das representações (URBINATI, 2006).

O terceiro modelo apresentado denomina-se democracia participativa, que obteve sua expansão no século XIX nos Estados Unidos e Suécia, como uma alternativa visando à aproximação da vontade da sociedade nos processos políticos decisórios do Estado, sem intermediários (DUARTE NETO, 2005). Oriunda de relações conflituosas provenientes da representatividade, esta modalidade associa a indireta, com a permanência da representatividade através de voto, com elementos da direta, por intermédio da atuação social nos atos da administração pública e nas decisões políticas, assim formulando um sistema em que a sociedade assume um papel participativo no Estado (MACEDO, 2008).

Na obra de Soares (1997), a autora argumenta que o Estado Democrático do Direito está diretamente associada ao conceito da soberania popular, em que o poder emana do povo, em conjunto com o princípio participativo, no qual é intensificado e otimizando a atuação dos cidadãos nos processos decisórios.

Em suma, a democracia participativa se estrutura em uma modalidade que visa a redução dos conflitos tortuosos entre os pontos de tensão da fronteira entre Estado e Sociedade, assim promovendo a negociação entre sociedade e Estado para uma melhor condução na resolubilidade de questões que envolvem as necessidades e crescimento social, assim finaliza-se esta argumentação e este capítulo com a afirmação do pesquisador Elenaldo Teixeira, que conceitua este processo como:

Processo complexo e contraditório entre sociedade civil. Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações. Esse fortalecimento dá-se, por um lado, com a assunção de deveres e responsabilidades políticas específicas e, por outro, com a criação e

exercício de direitos. Implica também o controle social do Estado e do mercado, segundo parâmetros definidos e negociados nos espaços públicos pelos diversos atores sociais e políticos. (TEIXEIRA, 2001 p.30).

3.2. HISTÓRICO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE BRASILEIRA

Compreendida como a multiplicidade de ações exercida por diferentes segmentos sociais sobre o processo de formular, executar, fiscalizar e avaliar as políticas públicas e os serviços básicos da área social (VALLA, 1998), a participação social representa um grande avanço no aspecto político participativo da saúde brasileira.

No Brasil a participação social é vista como fruto de lutas sociais em virtude do descontentamento da população em relação aos direitos de cidadania, que ganha força durante as décadas de 70 e 80, num período de transição governamental pós-ditadura militar sob a influência de correntes democráticas-participativas internacionais, políticas e sociais, que no campo da saúde é impulsionada por profissionais e estudantes da área e segmentos sociais (ULHOA, 2012).

Sob um olhar internacional, uma grande colaboração para a participação social no campo da saúde, surgiu no ano de 1978 na república do Cazaquistão, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, com enfoque nos países em desenvolvimento, enfatizando a necessidade do fomento de ações coordenadas, que além dos órgãos de gestão da saúde, envolve os setores da sociedade na implementação dos cuidados primários de saúde (MENDES, 2004). A Declaração de Alma-Ata, produzida nesta ocasião, tem como duas de suas vertentes a meta de saúde para todos até o ano de 2000 e o direito da participação individual e coletiva no planejamento e na execução dos cuidados em saúde (BRASIL, 2002b). Diante do objetivo participativo relacionado à Declaração de Alma-Ata, ao longo das décadas de 70 e 80 ocorreu um redirecionamento pelas agências multilaterais de cooperação, nas ações vinculadas à extensão e cobertura dos serviços à população, no sentido de promover a participação da comunidade, (ESCOREL, 1999).

No campo governamental, em meados da década de oitenta, com o declínio do regime ditatorial militar, reacenderam-se os ideais políticos no direcionamento da redemocratização do país, contrariando a inflexão do regime político anterior. Com base nos fundamentos e legitimidade da democracia participativa e da democracia

deliberativa, a sociedade civil partiu em defesa de práticas governamentais que envolvessem o engajamento cidadão nos processos decisórios políticos (BORTOLI, 2018). O grande pivô deste direcionamento se deu pela participação da pluralidade de segmentos populares como, organizações não-governamentais, movimentos sociais e sindicatos, cabendo destaque a atuação progressista das Comunidades Eclesiais de Base (CEB), através da atuação coesa e fortemente política na execução de abordagens educacionais pautadas na participação, na comunidade e nos ideais igualitários no intuito de fortalecer e dar autonomia à organização de grupos e movimentos populares (GONDIM, 2022).

Paralelamente à progressão das ações educacionais formativas das CEBs, o associativismo comunitário, entre 1970 e 1980, apresentou uma consolidação e uma estruturação participativa entre as associações de moradores e de bairros, através de investidas e reivindicações de serviços públicos em suas comunidades, como, saneamento, transporte, eletricidade, água de abastecimento, escolas e postos de saúde, referenciando um princípio de convívio democrático participativo (BOSCHI, 1987).

Nesse contexto destaca-se o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) que surge durante na década de 70 através do compartilhamento e difusão de ideais entre instituições sociais, convergindo a um processo de ruptura com as práticas políticas de gestão e execução da saúde, constituindo-se de uma ação política coesa tendo um de seus princípios a defesa da saúde como direito universal de cidadania (SOUTO e DE OLIVEIRA, 2016).

Em uma análise da obra de Arouca (1988) percebe-se a ordenação da situação sanitária em quatro conjunturas: a específica, a institucional ideológica, de relações e a participativa, sendo a primeira dentro do processo saúde/doença com a captação, registro e comparação de indicadores, com o conhecimento já acumulado e com a comparação do nível de saúde entre outras populações. A segunda relaciona-se à estrutura e organização dos programas e serviços de saúde, nos aspectos de espaço, tecnologias e recursos humanos, e a terceira considerando os saberes socioculturais de comportamento e valores a respeito de uma dada situação sanitária e a quarta relacionada à participação democrática no contexto da saúde.

O MRSB caracterizou-se como um grande precursor na reformulação da estruturação do atual modelo de saúde brasileiro. A coesão e disseminação de seus

ideais, tanto no campo teórico quanto prático, foram determinantes na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, importante marco histórico, cujas propostas e resultados culminaram na inclusão da saúde como direito de cidadania na constituição de 1988 e na conseqüente estruturação do SUS (PAIM, 2012).

A conferência nacional de saúde é caracterizada por ser um espaço participativo democrático e constitucional que a cada quatro anos é convocada, compondo-se por diversos segmentos sociais entre representações da gestão, prestadores de serviço, profissionais da saúde e de usuários, com o propósito de avaliar as situações de saúde e na formação de políticas através de deliberações, diretrizes e moções que irão subsidiar a gestão durante o período entre conferências (BRASIL, 2012c).

As conferências de saúde foram instituídas durante o Estado Novo no primeiro governo de Getúlio Vargas no ano de 1937, porém a sua primeira convocação se deu em 1941 e até a 8ª convocação não se tinha uma periodicidade regular, sendo que da primeira até a 7ª convocação, a conferência se caracterizava por um espaço intragovernamental em que só participavam representantes do governo e especialistas indicados pelo o mesmo (BRASIL, 2009). Outro aspecto de importante observação, neste contexto, diz respeito à forma de organização da gestão da saúde no período anterior a constituição de 1988, que ocorria de forma centralizada pela esfera federal, justificando a não realização de conferência em âmbitos estaduais e municipais e só com a participação de indicados pelo governo nacional (BRASIL, 2012c).

Conceituada como o marco de ruptura na condução da estrutura da saúde pública brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986 contou com a participação de mais de 4 mil atores sociais, destacando-se pela ampla mobilização entre a sociedade, que pela primeira vez na história esta convocação obteve a presença e a representação popular, representando o fim do ciclo de hegemônico da esfera nacional representar e deliberar unilateralmente sobre os temas das conferencias de saúde (SOUTO e DE OLIVEIRA, 2016; COSTA e VIEIRA, 2013). No aspecto deliberativo da 8ª Conferência de Saúde, destaca-se a aprovação por todos os delegados, das pautas alusivas à participação social no arcabouço da estrutura do sistema de saúde, assim dando reconhecimento e

importância desta modalidade na composição da saúde pública brasileira (BRASIL, 1986).

Após os períodos de mobilização e difusão dos ideais democráticos participativos, a consagração da participação social como parte integrante do sistema de saúde brasileiro foi normatizada em 5 de outubro de 1988 com a promulgação da Constituição Federal, por intermédio do artigo 198 parágrafo III, determinando a participação da comunidade como parte da organização do sistema saúde (BRASIL, 2016).

Entretanto, o tema ainda se tornou motivo de disputas políticas no processo de regulamentação do sistema de saúde, em função dos vetos realizados na Lei 8.080 em 19 de setembro de 1990, que foi sancionada excluindo os componentes fundamentais da participação no SUS, como os conselhos e conferências de saúde, assim como os mecanismos de regulação dos recursos financeiros. Estes vetos resultaram em uma forte mobilização social, ocasionando uma nova tramitação que gerou a Lei 8.142, sancionada em 28 de dezembro de 1990, desta vez regulamentando de fato a participação social como componente formulativo, propositivo e deliberativo dentro da estrutura organizacional da saúde (GOMES, 2014).

3.3. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde, assim como as Conferências de Saúde, se caracterizam como principais estruturas de participação social no SUS. A primeira composição de um Conselho de Saúde se deu em 1937 durante a era Vargas, e até a promulgação da constituição em 1988, este colegiado possuía somente a atuação nacional, sendo composto por membros indicados diretamente pela gestão com o princípio de legitimar as decisões do Estado (CÔRTEZ, 2009).

A ruptura com a antiga forma de organização do Conselho de Saúde ocorreu de fato em 1990 com a institucionalização legal do mesmo nas três esferas de governo, buscando a garantia da democratização na saúde através da paridade entre as representações, e legitimando as atribuições do controle social (CS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (ROLIM et al., 2013). Conforme o artigo 2 da lei 8.142 de 1990:

“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço,

profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990 p. 25694).

Desta forma o Conselho Municipal de Saúde (CMS) efetiva a participação social em saúde no nível municipal. É vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), porém com atuação não subordinada e independente da gestão municipal. Suas representações são dadas de forma paritária, compostas por 25% de representantes da gestão e prestadores de serviço, 25% de representações de profissionais de saúde e 50% de representações de usuários do SUS (BRASIL, 2015).

Tanto o espaço físico quanto os materiais para sua funcionalidade são providos pela SMS, através de recursos financeiros direcionados exclusivamente para esta finalidade. Cada cadeira representativa em um conselho possui um membro titular e sua suplência, sendo que o colegiado máximo do conselho, as plenárias, são compostas pelos membros titulares os quais são eleitos para um mandato de até quatro anos, sendo que o processo eleitoral não deve coincidir com o do executivo da respectiva esfera (BRASIL, 2012c).

O CMS consiste em colegiado autônomo, orientado e regulamentado por normatizações específicas da participação social no SUS em âmbito local, buscando direcionar o entendimento a respeito dos aspectos de composição e funcionamento deste órgão.

A seguir, apresenta-se a organização dos CMS em dois componentes: um estrutural/funcional e outro atributivo.

3.3.1. Componentes da organização dos Conselhos Municipais de Saúde

3.3.1.1. Componente estrutural/funcional

Para a existência de um conselho de saúde, seja qual for a esfera de atuação, este deve obrigatoriamente contar em sua composição com as seguintes estruturas funcionais: plenária, mesa diretora, comissões e secretaria executiva.

A plenária do conselho de saúde é considerada a composição máxima dentro da estrutura, é composta por representações paritárias denominadas conselheiros, com reuniões ordinárias mensais ou de forma extraordinária, conforme regimento, que são orientadas por pautas encaminhadas até 10 dias antes da sua realização. Para sua realização e legitimidade de suas deliberações, é necessário que haja um quórum mínimo de seus integrantes - metade mais 1 - exceto em casos excepcionais previstos em determinações regimentais (BRASIL, 2012c).

A mesa diretora apresenta-se com a função de coordenar as plenárias, e com atribuições específicas e não substitutivas ao pleno que são definidas em regimento. A mesa diretora é escolhida entre os seus conselheiros por um processo eleitoral para um mandato de dois anos (BRASIL, 2015). Os critérios de estruturação e elegibilidade da mesa diretora, assim como a definição de sua composição e atribuições não concorrentes ao pleno, podem apresentar variações em conselhos distintos. Tal situação é diretamente dependente de diversos fatores como o número de conselheiros, e o contexto em que o conselho está inserido. Em Santa Catarina os CMS podem se instrumentalizar das normativas do regimento do conselho estadual, no qual a mesa diretora é configurada na representação de um presidente, um vice-presidente e pelos coordenadores das comissões de legislação e orçamento, com a competência de convocar as plenárias ordinárias e extraordinárias, presidir as reuniões do conselho e de assinar os expedidos em pleno (SC, 2015).

As comissões são estruturas formadas com o objetivo de subsidiar as deliberações do pleno, sua composição pode ser permanente ou transitória, podendo ter a participação de outros atores da sociedade, além dos conselheiros. A atuação das comissões está diretamente vinculada às necessidades do pleno e obedece as determinações especificadas na lei e no regimento do respectivo conselho (BRASIL, 2012b).

Com a sua estrutura e dimensão estabelecidas e subordinadas à plenária, o conselho conta ainda com um suporte técnico administrativo através de pessoa qualificada que atua como secretário(a) executivo(a). Este(a) secretário(a) é um agente vinculado à Secretaria de Saúde e que não pertence ao pleno e demais estruturas do conselho, e tem a responsabilidade de guardar os documentos e zelar pelos mesmos, além de realizar o registro de falas durante o pleno que são organizadas em atas devidamente arquivadas após a aprovação pelo pleno (BRASIL, 2012c).

3.3.1.2. *Componente atributivo*

Sob a ótica do componente atributivo tem-se os deveres e responsabilidade que o CMS apresenta quanto aos aspectos norteadores, fiscalizadores e deliberativos frente à execução dos serviços, estratégias e políticas de saúde de sua localidade. Esta atuação segue primordialmente as conduções normativas aplicadas a todos os conselhos, independente de sua esfera, que até a atualidade tem como principais normas a Resolução nº 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c) e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012a)).

No que tange as atribuições dos CMS a redação da resolução nº 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) traz os itens que são indispensáveis à execução da participação social no SUS, como:

...IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão...;

...XII - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

XIII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIV - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente...;

...XVI - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

XVII - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento (BRASIL, 2012c, p. 138).

Dentre os dispositivos legais acerca das atribuições do CMS tem-se o ordenamento legal a respeito da fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, amparados pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), composta por 48 artigos dispostos em 5 capítulos. Em síntese, a lei complementar 141 atribui de forma legal às responsabilidades e competência dos conselhos a construção, monitoramento e deliberações a respeito dos recursos financeiros da gestão em conformidade com as diretrizes e metas do planejamento de saúde de sua respectiva esfera, enquanto a resolução 453 do CNS recomenda não somente o controle sobre os gastos, mas também sobre formulação, aprovação, acompanhamento e fiscalização das políticas, planejamento e serviços de saúde (BRASIL, 2015).

3.3.2. Atuação dos Conselhos Municipais de Saúde

Até este ponto observa-se a importância da atuação dos CMS por uma perspectiva exposta por atos regulatórios, os quais uniformizam a atuação sob um aspecto de legalidade e legitimidade, porém o Brasil possui 5.570 municípios (SC, 2020a) distribuídos em seu território, podendo apresentar diferenças das mais diversas entre si.

Desta forma, buscando observar um panorama da prática da participação social via atuação dos CMS, realizou-se uma busca pela literatura nos bancos de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde), no mês de outubro de 2020, no

idioma português (Brasil), através dos descritores “participação social” e “conselhos de saúde”. Com esta busca foram encontrados diversos trabalhos que evidenciam uma pluralidade de realidades orientadas por condicionantes regionais, culturais, temporais, educacionais e políticos. A seguir, são sistematizadas as obras relativas à avaliação dos CMS, excluindo as demais que não argumentavam sobre avaliação dos CMS.

Apesar da implementação dos CMS ter ocorrido a partir de 1991, foi a partir do avanço do processo de descentralização com a vigência da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB96) que este movimento ganhou força. Lopes et al. (2016) apresentam o caso peculiar de um dos CMS mais antigos do Brasil, o de Belo Horizonte, já estruturado legalmente no primeiro ano da regulamentação do SUS, sendo que sua atuação antecede a Constituição de 88 em virtude do processo de estruturação da participação social existente no município. Este pode ser visto como um exemplo em que os CMS representam um espaço político movido por interesses individuais e/ou coletivos, que se concretizam na medida em que os atores se mobilizam e conquistam o espaço necessário para sua atuação (Hoppe et al., 2017).

Nesse espaço de disputas, os segmentos são normalmente tensionados por seus representantes no anseio da resolubilidade dos agravos condicionados às suas realidades. No caso dos usuários, buscam resolver os problemas de seus pares, seja na promoção do acesso ou fiscalização dos serviços (SANTOS et al., 2011); no caso dos trabalhadores, perpassam pelas políticas de saúde e as condições relacionadas aos seus direitos e necessidades, as quais são comumente apontadas por representações de classe (GRISOTTI et al., 2010); e no caso dos representantes governamentais, por muitas vezes direcionam as pautas e o desempenho do conselho aos interesses da secretaria de saúde (MOREIRA e ESCOREL, 2009), em especial nos CMS que apresentam na pessoa do secretário municipal de saúde a representação nata da função de presidente (LANDERDHAL et al., 2010; COTTA et al., 2011).

A paridade também é um assunto amplamente debatido em grande parte dos estudos. Entendida como um forte indicador político nos conselhos apresenta-se disforme em alguns CMS, seja pela não obediência do seu regimento ou pelo questionamento da legitimidade da representação ao segmento. Neste campo, Moura e Shimizu (2017) apresentam um questionamento a respeito do princípio da

paridade, cuja definição e critérios de elegibilidade ficam condicionados à legislação e regimento interno. No estudo desses autores, o CMS analisado apresentava uma composição díspar, com 16,9% representantes de gestores, 40,8% representantes de trabalhadores e 42,3% representantes de usuários, sendo que do total das representações, 56,3% eram servidores públicos, levantando assim uma polêmica a respeito do interesse e da condução dos atos do conselho e o questionamento da representação ser de fato ou não. Nesta problemática, Van Stralen et al. (2006) analisaram a composição de CMS de 9 municípios e identificaram uma representação dos trabalhadores restrita, ficando abaixo dos 25%. Em alguns deles, os profissionais não estavam representados por entidades de classe, sugerindo uma falta de mobilização nesse sentido. Além disso, havia uma arbitrariedade deste segmento ao ocupar cadeiras em representações desconexas a sua, no segmento de prestadores de serviço e no de usuários.

A atuação dos conselheiros tem um direcionamento construtivo na elaboração e execução de políticas públicas mais condizentes com as realidades e necessidades dos segmentos e do município, neste sentido algumas das obras fazem uma forte correlação entre a efetividade de um conselho em relação ao conhecimento a respeito das atribuições, ritos e competências do CMS (FARIAS FILHO et al., 2014; BORTOLI e KOVALESKI, 2019). Um dos fatores que interfere na atuação dos conselheiros de saúde trata-se da baixa escolaridade apresentada por estes, que em sua maioria possuem no máximo o ensino médio completo, embora haja essa disparidade em relação à formação acadêmica entre os pares, ela demonstra o encontro com o propósito da representatividade, uma vez que estes dados revelam a realidade pertencente aos indivíduos sociais representados no segmento (GERSCHMAN, 2004; MOURA e SHIMIZU, 2017).

Diversos estudos apontam a falta de conhecimento por parte dos conselheiros sobre suas atribuições, sendo este um aspecto negativo para a efetividade do CMS, uma vez que esta falta de conhecimento acentua a relação de poder, além de permitir o direcionamento do ato deliberativo em favor de interesses pessoais, em detrimento da necessidade coletiva (MAGALHÃES e XAVIER, 2019; GOMES et al.. 2018; MOURA e SHIMIZU, 2017; COTTA, 2011; CORREIA, 2005; MARTINS et al.. 2008; WENDHAUSEN e CAPONI, 2002). Neste sentido Hoppe et al., (2017) evidenciam esta fortemente esta realidade entre os representantes dos

usuários, em que a necessidade de capacitação do segmento bem como o aprimoramento da interlocução entre a representação e a comunidade, que também argumentam sobre falta de conhecimento e engajamento dos usuários do sistema de saúde com o mecanismo de participação. Na mesma obra os autores elencam que a necessidade de capacitação deve também se estender aos usuários do sistema de saúde, quando destacam que mesmo na ausência desta instrução é consensual entre os usuários do sistema a importância e a necessidade da atuação da comunidade nos processos de fomento a saúde.

Por uma perspectiva estrutural estabelecida por normas que asseguram a funcionalidade e componentes específicos para o andamento das atividades dos conselhos, Vieira (2010) avaliou as condições de atuação dos CMS de 24 municípios catarinenses e identificaram grande fragilidade no aspecto estrutural, havendo interferência do porte populacional, de modo que quanto maior o porte do município, melhor o desempenho apresentado na avaliação. Numa análise nacional, Moreira e Escorel (2009) revelaram graves fragilidades estruturais, em que apenas 4,8% dos conselhos possuíam orçamento próprio, 16,6 % possuíam sede e 33% possuíam secretaria executiva, também com favorecimento em relação a municípios de maior porte.

A partir do levantamento bibliográfico realizado, observa-se a escassez de estudos que aprofundem a questão da participação popular no SUS por meio da atuação dos conselhos de saúde, principalmente considerando que já são 30 anos de implementação do SUS. Tal realidade também atinge o meio científico em Santa Catarina, pois além de poucas, as obras encontradas nos bancos de dados deste levantamento apresentam-se em espaços temporais diferentes, com análises diferenciadas entre si, o que impede que se tenha uma análise mais aprofundada da realidade da atuação dos CMS do estado, o mesmo ocorrendo no contexto nacional.

A importância da atuação dos CMS no processo organizacional da saúde brasileira é evidente, porém está condicionada e influenciada por uma série de determinantes, podendo estar vinculados à autonomia, representatividades e outros, que segundo Van Stralen et al. (2006) são de difícil identificação, o que reforça a constante necessidade da realização de estudos para discuti-la e avaliá-la .

3.4. ESTADO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE

A pandemia da COVID-19 foi deflagrada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020 (OPAS, 2020), sua trajetória se iniciou em dezembro de 2019 com a identificação dos primeiros casos na cidade de Wuhan na província de Hubei na China que rapidamente se expandiu para outros países da Ásia como Tailândia, Japão, Coreia do Sul e Singapura, seguindo para a Europa e posteriormente a outros continentes, contabilizando até o dia 24 de julho de 2020 um total de 15.296.926 casos confirmados, 628.903 mortes e de 216 países atingidos (WHO, 2020).

Definida como ameaça de saúde pública de interesse mundial (SOUSA et al., 2020), a infecção pelo SRAS-CoV-2 apresenta fatores preocupantes a respeito de sua condição emergencial, tais como a alta taxa de disseminação e a alta propensão ao óbito das populações tidas como vulneráveis, carência de quantitativos de testes para identificação da doença, falta de uma comprovação científica de um tratamento profilático e curativo (WHO, 2020) e a sobrecarga das redes de atenção em saúde, em especial a hospitalar (NORONHA et al., 2020). Situações estas que deflagram uma crise sanitária de escala global (WERNECK e CARVALHO, 2020), assim exigindo que os sistemas de saúde, constantemente, exerçam ações de monitoramento e a constante reestruturação de estratégias e planejamentos de saúde visando à redução dos impactos oriundos da COVID-19.

No Brasil a pandemia da COVID-19 foi deflagrada por intermédio da portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 que declara a emergência em saúde pública nacional em razão do cenário mundial relativo a esta nova infecção (BRASIL, 2020).

No estado de Santa Catarina as ações em saúde relacionadas ao combate à COVID-19 seguem uma cronologia determinada por decretos, portarias e resoluções, que relacionadas ao objeto da obra, tem-se o marco inicial com a publicação da Portaria nº 179 de 12 de março de 2020 (SC, 2020c) a qual institui o Centro de Operações Especiais em Saúde (COES), com o objetivo de coordenar as estratégias, planejamento e execução das ações em saúde, composto por integrantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) formando uma estrutura de caráter consultivo e deliberativo no que se refere às decisões relacionadas a este novo cenário epidemiológico (SC, 2020d).

Em 17 de março de 2020, através do Decreto 509 (SC, 2020b), o governador do estado determinou as medidas, com bases sanitárias, para restringir

a disseminação acelerada da epidemia no território catarinense, cabendo aos municípios acatarem e decidirem por outras medidas mais restritivas complementando as estaduais. Desta forma o poder executivo estadual subsidiado pela estrutura emergencial de saúde, passou a determinar as ações restritivas e flexibilizadas em todo território. Esta prática perdurou até o mês de julho do mesmo ano, quando foi publicada a Portaria nº 464 de 03 de julho de 2020 (SC, 2020f), que descentralizou as decisões, redirecionando aos municípios e as suas macrorregiões a incumbência de organizar estruturas de organização, planejamento e monitoramento das ações voltadas ao combate da COVID-19, levando em consideração as recomendações do COES e dos decretos estaduais. Esta medida transferiu aos gestores municipais a principal responsabilidade de administrar a situação emergencial de saúde levando em consideração as orientações estaduais, as realidades e as necessidades da respectiva esfera.

As normas estaduais publicadas durante a pandemia da COVID-19, principalmente as compreendidas no período da publicação do estado de emergência até início de março 2021, em nenhum momento versam sobre a participação social dentro do processo de articulação da saúde durante a pandemia. Num total de 432 normas publicadas (SC, 2020g), com base nas legislações do SUS (Lei 8.080/91, 8.142/91 e art. 198 da constituição federal), a atuação dos CMS não é prevista ou sequer mencionada.

Tal situação torna-se mais evidente com a publicação da Resolução 003 do CES-SC, a qual resolve em 15 de julho de 2020:

“Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde a inclusão da representação de seu respectivo Conselho Municipal de Saúde na estrutura municipal de formulação de estratégia de enfrentamento à COVID-19, do seu Município e assim assegurando a participação social na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde” (SC, 2020d. p1).

O cenário epidemiológico promovido pela COVID-19 põe pela primeira vez na trajetória do SUS a saúde como principal eixo para a tomada de decisões, sendo este considerado para o planejamento de execução de todas as políticas e ações de Estado (BRASIL, 2020). Nesta condição o SUS sofre algumas modificações com a inclusão da força nacional de saúde e serviço especializado ao controle da

epidemia, vinculados as suas respectivas esferas, e a alterações de alguns regramentos próprios da saúde, como a falta de obrigatoriedade no cumprimento do planejamento de gestão. Porém tais conduções não alteram as diretrizes dos conselhos de saúde em atuar na formulação, acompanhamento, fiscalização e deliberações no campo da saúde impostas pela Lei 8.142/90 e resolução 453/12 do CNS.

Num quadro de severa gravidade como o desta pandemia, a atuação dos CMS torna-se ainda mais importante na participação da construção, divulgação e acompanhamento das estratégias e políticas de combate à COVID-19. Entretanto, os “velhos” obstáculos à sua atuação somam-se aos novos problemas acumulados pelos caos sanitário, e o controle social perde sua força frente às inúmeras disputas que se travam no cenário político e econômico, em detrimento da saúde da população.

Tal cenário justifica a necessidade de se avaliar a (não) atuação dos CMS, discutindo-se o seu papel e a necessidade de um maior protagonismo neste contexto tão grave, no qual participação social se faz necessária e urgente, para garantia dos interesses da população e reforço da estruturação do SUS para enfrentamento desta grave epidemia.

3.5. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação é considerada uma atividade antiga, porém começa a ganhar campo dentro dos programas públicos após a Segunda Guerra Mundial, em especial nos Estados Unidos. Neste início o principal propósito da ferramenta era vinculado à economia através de métodos que analisavam as vantagens e os custos dos programas, sendo o direcionamento voltado à eficiência na aplicação de recursos nas áreas de educação, social, emprego e saúde. Posteriormente, em razão da grande complexidade dos programas, em especial os da saúde, foi necessária a incorporação de perspectivas multidisciplinares nas avaliações, com incorporação de outros aspectos metodológicos (CONTADRIOPOULUS et al., 1997).

Guba e Lincoln (1990) apresentam a evolução da avaliação através de uma linearidade histórica caracterizada pelo desenvolvimento de conceitos e acúmulo de conhecimento, assim os autores diferenciam esta trajetória em sucessões de métodos identificados em quatro gerações de avaliação. A primeira geração

baseada na “*medida*” dava ênfase à mensuração de atitudes, rendimentos e comportamentos com principais focos nos resultados escolares, inteligência e produtividade dos trabalhadores. Na segunda geração encontra-se como principal orientador a “*descrição*”, em que os avaliadores sob as influências de suas opiniões, ideais e posições ideológicas, passam a interpretar os fatos e assim descrever e identificar como os programas atingem seus resultados. Fundamentado no “*julgamento*”, a terceira geração visa acompanhar e avaliar com o objetivo de julgar a sua intervenção, utilizando-se dos resultados nas tomadas de decisões. Com a forte ação unilateral da formulação dos julgamentos característicos na geração anterior, a quarta geração incorpora a participação dos agentes envolvidos na intervenção, através de processo de “*negociação*” na formulação participativa dos acordos e pactuações das práticas avaliativas.

Na saúde pública brasileira a avaliação possui como propósito principal fornecer suporte aos processos de decisão no âmbito do SUS, sua aplicação tende a subsidiar a identificação de problemas e a reorientação dos serviços, possibilitando uma eficaz decisão sobre as práticas sanitárias, rotinas de trabalho e na implementação e execução de serviços e programas relativos à saúde da população (BRASIL, 2012b).

No Brasil a avaliação como ação de estado teve sua institucionalização durante a década de noventa, com o foco nos programas sociais constitucionais. Isto ocorreu através de exigências estabelecidas em cláusulas contratuais, por financiadores internacionais, como o Fundo Monetário Internacional, as quais determinavam que a avaliação estivesse integrada aos relatórios de monitoramento e de constatação da subsistência dos programas patrocinados, com um forte direcionamento para área de políticas de saúde (HARTZ e SILVA, 2005).

Dentro do SUS o grande fio condutor para as práticas avaliativas ocorre dentro da AB tendo como grande impulso a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica no ano de 2000, com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos para a compreensão de seu papel estratégico no redirecionamento organizacional do sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2002a), que anos após é fortemente introduzido através da Portaria nº 1.517, de 24 de julho de 2013 que instituiu o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde.

No campo da saúde coletiva, até o final da década de oitenta, a avaliação era uma atividade submetida e vinculada às áreas de planejamento e política, sendo a prática fortemente ligada aos ideais da reforma sanitária brasileira. No início dos anos noventa, tornando-se tema na agenda sanitária brasileira, as práticas e reflexões a respeito da avaliação, começam a desenvolver autonomia em um aspecto mais diferenciado e especializando, compondo-se a outras áreas integrantes da saúde coletiva, passando a ser uma ferramenta de interesse de gestores e de pesquisadores (SILVA, 2001).

Na esfera científica acadêmica, a produção de obras relacionadas à avaliação em saúde vem apresentando uma ascendência em pesquisas, seu crescimento é dado no início da década de 90 por intermédio de incentivo a esta linha, propiciado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que posteriormente vem em convergência com o aumento dos grupos de pesquisas de avaliação em saúde na base de Diretórios do CNPq, do estímulo do MS aos grupos de pesquisas de universidades públicas e a abertura de editais para fomento a pesquisa (FURTADO e DA SILVA, 2015). Neste contexto, a área científica representa em um grande potencial de estudos que, através da avaliação de serviços, políticas, estratégias e programas de saúde, tornam-se um importante instrumento de gestão do SUS. Furtado e Da Silva (2014) alertam sobre uma dicotomia nesta esfera, pois interesses relacionados às publicações, premiações e reconhecimentos tornam o teor da avaliação como um interesse secundário ao interesse do pesquisador.

Observa-se que a avaliação no campo da saúde envolve diferentes setores, possibilitando o monitoramento da capacidade dos serviços, a identificação e correção de problemas, o acompanhamento das intervenções e a retroalimentação dos agentes envolvidos na execução e planejamento dos sistemas. Porém sua institucionalização representa um dos grandes desafios no SUS, pois existe uma forte precariedade na cultura de sua inserção em uma ação cotidiana e transversal nos processos que envolvem planejamento e gestão (CARVALHO et al., 2012). Tal percepção vai ao encontro da obra contemporânea de Felisberto (2006), quando o autor argumentar que institucionalizar a avaliação através de criação departamentos ou outras estruturas organizacionais, por si só não geram êxito, pois estas práticas

devem ser introjetadas pelos gestores e profissionais por uma completa aceitação com o uso contínuo em suas operações diárias sejam nos serviços ou secretarias.

No campo da pesquisa, a avaliação vem ganhando muito destaque nas últimas décadas, podendo ser aplicada a qualquer estágio dentro de um programa de saúde e por agentes internos ou externos (VIEIRA-DA-SILVA e FURTADO, 2020). É considerada uma atividade de coleta sistematizada de dados a respeito de atividades, efeitos e características de programas, em que os interessados a utilizam no propósito de obter informações sobre a execução, resultado e possíveis reajustes dos programas de forma a reduzir incertezas, direcionar a tomada de decisão e propiciar a efetividade (PATTON, 1990).

Em saúde coletiva a avaliação é vista como uma ferramenta técnico-administrativa que visa um diagnóstico situacional de programas e/ou serviços de saúde dados pelo contexto e organização do processo de trabalho com o propósito da tomada de decisão e que compreende etapas de: medir, comparar e emitir juízo de valor (TANAKA e MELO, 2004). Desta forma o melhor conceito para definir a avaliação proposta por esta obra é dado por Cruz, (2012, p114.):

“avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”.

Compreendida como uma ferramenta de atuação, a avaliação é composta por conceitos e instrumentos de diversas áreas do conhecimento (TANAKA e MELO, 2004), que se compõe através de elementos oriundos da motivação, momento, atores e indicadores, que em associação delineiam a realização de uma avaliação.

A motivação pode ser vista como o propósito do exercício da atividade avaliativa, que comumente é relacionada ao delineamento do seu objetivo e da formulação de hipóteses, sendo que os objetivos dispõem-se em diversos aspectos: estratégico (no auxílio do planejamento e elaboração de uma intervenção); formativo (fornecimento de informações no decorrer de uma intervenção para sua melhoria); somativo (determinação dos efeitos de uma intervenção em prol de uma decisão de manutenção, transformação ou interrupção); fundamental (contribuição de

conhecimentos para elaboração da teoria) (CONTRADIPOLUS et al., 1997). A hipótese consiste na formulação estabelecida pelos interessados na avaliação, em que estas pressuposições iniciais deverão ser verificadas pelos resultados da avaliação (TANAKA e MELO, 2004).

A avaliação pode acontecer em diversos momentos, podendo ser antes, durante ou depois da realização de programas e serviços, permitindo o dimensionamento da sua viabilidade, a necessidade de ajustes e de seus impactos. Saber quando se realizará a avaliação propicia a determinação de análise de desfechos quanto do processo de avaliação, os quais podem ser realizados: na fase do planejamento de ações, “Ex-ante”, com o intuito de antever os prováveis resultados e compará-los com intervenções alternativas; durante as intervenções, “In itinere”, com o foco na análise dos primeiros resultados da intervenção, verificando a existência de situações imprevistas que possam ser ajustadas o reajuste de objetivos e recursos; após a intervenção, “Ex-post”, visando à mensuração do alcance dos objetivos, permitindo a tomada de decisão sobre a pertinência do programa ou serviço (SERAPIONI et al., 2013).

Em uma avaliação pode-se encontrar uma diversidade de atores com diferentes relações e papéis a serem desempenhados no processo. Identificam-se aqui estes agentes em três categorias: o avaliador, os interessados e os participantes, que no contexto de saúde pode ser dado por gestores, profissionais de saúde, técnicos, usuários e pesquisadores (OLIVEIRA e REIS, 2016). A identificação destes agentes bem como a definição de relação entre eles, no processo avaliativo, resulta em conceitos e abordagens participativas diferenciadas e condizentes com os objetivos e métodos da avaliação.

Partindo-se do conceito de que a avaliação é composta por avaliador e colaboradores, Rodríguez-Campos e Rincones-Gómez (2013 apud CARDOSO et al., 2019) apontam três tipos de abordagem: “colaborativa” em que sobre a condução do avaliador, preconiza a participação dos colaboradores em todo os momentos da avaliação; “participativa” quando ocorre a atuação dos atores em todo processo avaliativo, seja na definição das perguntas, no uso e nos propósitos, construção dos instrumentos de coleta e análise a achados e na divulgação e compartilhamento dos resultados; e “empoderamento” em que o avaliador somente

auxilia no estímulo da capacidade decisória e de ação, sendo que todo o processo de condução da avaliação seja realizado pelos colaboradores.

3.5.1. Avaliação da atuação dos Conselhos de Saúde no SUS

Ainda são escassos na literatura os estudos avaliativos que tiveram como objeto a atuação dos Conselhos de Saúde no SUS.

Uma busca não sistematizada da literatura, realizada no banco de dados da Scielo no período de abril a maio de 2021, com os buscadores “avaliação” e “Conselho de Saúde”, permitiu a identificação de poucos estudos com perspectiva avaliativa, que buscaram avaliar a atuação de Conselhos Municipais de Saúde, apresentando alguma categoria de análise.

Destaca-se as obras de Santos et al. (2021) e Rocha et al. (2020) que se fundamentam no método *spidergram*, que desconsidera os mecanismos de gestão e planejamento do SUS, competência normativas da Lei 8.142 e da resolução 453 do CNS, o que pode ser considerado uma limitação, uma vez que os processos de execução, monitoramento e aprimoramento partem destes instrumentos de gestão, que tem o CMS como eixo central nas ações de formulação, deliberação e controle da efetivação da saúde. Outra grande produção encontrada é a de Vieira (2010) que constrói um modelo avaliativo voltado à avaliação da efetividade da atuação dos conselhos, tendo como objeto norteador as normativas que imputam os componentes, organização, deveres e resultados relativos ao exercício dos CMS(BRASIL, 2012c)

Van Stralen et al. (2006) fazem uma ótima abordagem a respeito da efetividade da participação social, porém, também deixam de abordar perspectivas relacionadas às atividades essenciais que dependem diretamente da atuação dos conselhos, como os atos deliberativos dos instrumentos de gestão. Além disso, partem de um recorte histórico já não vigente na atualidade, e sem conformidade com o direcionamento normativo da estruturação, atribuição e execução dos CMS. Por outro lado, alguns estudos sem caráter avaliativo, trouxeram informações que caracterizam a atuação dos CMS em diferentes locais do país, inclusive discutindo os desafios dessa atuação, que podem subsidiar a discussão dos estudos avaliativos com esse foco.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que busca avaliar a participação social no SUS, por intermédio da estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina, relacionada ao estado de emergência em saúde ocasionado pela pandemia da COVID-19. Sua abordagem será desenvolvida em duas macro etapas: 1. *Adaptação* do modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde de Vieira, (2010); 2. *Aplicação da Matriz Avaliativa*.

4.1. MODELO AVALIATIVO

O modelo avaliativo utilizado neste estudo foi desenvolvido e validado por Vieira (2010), como produto da dissertação de mestrado intitulada “Modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde”, defendida no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

A matriz avaliativa desenvolvida por Vieira (2010) possui vinte e seis indicadores distribuídos em cinco dimensões (ANEXO 1):

- **Estrutura**– avalia as condições de estrutura administrativa, secretaria executiva e dotação orçamentária própria do conselho, a partir de quatro indicadores (estrutura administrativa, secretaria executiva, orçamento próprio e regimento interno);
- **Representatividade**- avalia a paridade entre os segmentos como um todo e na mesa diretora, utilizando quatro indicadores: composição percentual do conselho, representatividade dos usuários, representação das entidades e composição da Mesa Diretora;
- **Dinâmica organizacional**– avalia a organização de funcionamento recomendada para as reuniões do conselho. Estruturada em nove indicadores :plenária com reunião mensal, divulgação das reuniões, entrega prévia de pauta, entrega prévia de material de apoio, aprovação da ata da reunião anterior, aprovação de pauta em Plenária, existência de atos deliberativos, divulgação das deliberações e convocação da Conferência Municipal de Saúde;
- **Sistema de planejamento do SUS** – avalia o desenvolvimento da

gestão participativa por meio da análise periódica preconizada dos instrumentos básicos de planejamento. Composto por quatro indicadores: apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS), apreciação do Plano Plurianual (PPA), apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) e apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);

- **Autonomia**– avalia o nível de independência do conselho de saúde em relação ao Poder Executivo municipal. Compõe-se de cinco indicadores: eleição para coordenação, independência do mandato com o Executivo, comissões internas formalmente constituídas, pareceres de comissões internas e apreciação pelo Executivo de atos deliberativos.

As normativas que pautam o modelo de Vieira (2010) foram revogadas e/ou complementadas por outras vigentes durante a aplicação desta pesquisa, por este motivo, teve-se a necessidade de adaptação dos aspectos normativos, bem como a inclusão das normas, relacionadas aos CMS, vigentes durante o estado emergencial em saúde causado pela pandemia da COVID-19.

4.1.1 Adaptação da Matriz Avaliativa de Vieira (2010)

A dimensão **Estrutura** segue os principais pressupostos orientados pela obra de Vieira (2010), pois a resolução 453 de 2012 do CNS (BRASIL, 2012c) mantém as mesmas diretrizes estruturais dada pela extinta resolução 333 de 2003 do CNS (BRASIL, 2003). Porém com a deflagração do estado de emergência em saúde, foi considerada nesta estrutura a Lei 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, que versa sobre a realização de atividades coletiva incluindo a modalidade remota, de forma a considerar atribuição da secretaria de saúde viabilizar a estrutura necessária a esta prática.

Assim, esta dimensão foi composta pelos mesmos quatro indicadores da matriz original, com a inclusão da medida *Adaptação da estrutura do conselho para realização das atividades durante a pandemia* no indicador “Estrutura Administrativa”, em consideração a prerrogativa legal vigente no período de interesse desta pesquisa (Quadro 1). A adaptação da estrutura foi verificada pela disponibilidade de ambiente virtual para realização das atividades do conselho (whatsapp, plataforma de reunião online, e-mail, outros).

Quadro 1 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Estrutura.

| Indicador | Medida | Referência |
|--------------------------|--|---|
| Estrutura Administrativa | Existência de estrutura própria para realização das atividades do o conselho (sala, telefone, computador, internet) | Resolução 453 CNS |
| | <i>Adaptação da estrutura do conselho para realização das atividades durante a pandemia*</i> | Decreto Estadual 507; 509; 515 /20. Lei 13.979/20 |
| Secretaria Executiva | Existência de uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde. | Resolução 453 CNS |
| Orçamento Próprio | Existência de rubrica, nos instrumentos de gestão municipal, específica para o controle social | Resolução 453 CNS |
| Regimento Interno | Existência de Regimento Interno homologado pelo Executivo | Resolução 453 CNS |

A sistematização da dimensão **Representatividade** obedece à mesma organização proposta por Vieira (2010), objetivando a paridade entre as representações do conselho e da mesa diretora, compondo-se dos indicadores relativos à composição paritária, representatividade do segmento de usuários, representação das entidades e a composição da mesa diretora (Quadro 2). Tal manutenção se deu em função de que a atual resolução do CNS mantém a diretriz relacionada à representatividade e no estado de emergência nenhuma normativa que infere nesta ordem foi implementada.

Quadro 2 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Representatividade.

| Indicador | Medida | Referência |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| Composição percentual do Conselho | Existência de distribuição dos conselheiros por segmento corresponde a 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de governo e prestadores de serviço (2020). | Resolução 453 CNS Lei 8142/91 |
| Representatividade dos usuários | Inexistência de profissional de saúde, cargo comissionado do Executivo ou prestador de serviço no segmento dos usuários 2020. | Resolução 453 CNS; Lei 8.142/90 |
| Representação das entidades | Existência de indicação registrada por escrito de representantes dos segmentos. | Resolução 453 CNS |

| | | |
|-----------------------------|---|---------------------------------|
| | Existência de conselheiros membros eleito do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público 2020. | Resolução 453 CNS; Lei 8.142/90 |
| Composição da Mesa Diretora | Existência de paridade com o segmento dos usuários na composição da Mesa Diretora | Resolução 453 CNS |

A dimensão **Organizacional**, mantém a estrutura avaliativa proposta por Vieira (2010), uma vez que a resolução 453 de 2012 do CNS (BRASIL, 2012c) não altera a diretriz da resolução anterior, assim a adaptação preserva os indicadores direcionados a organização e funcionamento para as reuniões do conselho.

Quadro 3 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Organizacional.

| Indicador | Medida | Referência |
|--|---|-------------------|
| Plenária com reunião ordinária mensal | Existência de reuniões ordinárias mensais | Resolução 453 CNS |
| Divulgação das reuniões | Divulgação das datas e horários das reuniões por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio (2020). | Resolução 453 CNS |
| Entrega prévia de pauta | Rotina de entrega de pauta com a antecedência de 10 dias à plenária 2020 | Resolução 453 CNS |
| Entrega prévia de material de apoio | Rotina de entrega do material de apoio com a antecedência prevista no Regimento Interno; antecedência mínima de 10 (dez) dias da plenária (2020). | Resolução 453 CNS |
| Aprovação rotineira da ata da reunião anterior | Existência de aprovação rotineira da ata da reunião anterior no dia da reunião (2020). | Resolução 453 CNS |
| Aprovação de pauta de reunião pela Plenária | Existência de aprovação pela Plenária da pauta da reunião previamente ao início da mesma | Resolução 453 CNS |
| Existência de atos deliberativos | Existência de deliberações da Plenária constantes em atos deliberativos (2020) (Resoluções, Recomendações, Normatizações ou Moções decorrentes das decisões e deliberações da Plenária do Conselho) | Resolução 453 CNS |
| Homologação de atos deliberativos | Homologação em até 30 dias pelo poder executivo dos atos deliberativos. | Resolução 453 CNS |
| Divulgação das deliberações | Divulgação das deliberações da Plenária do Conselho por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio. | Resolução 453 CNS |
| Deliberação respeitando quórum mínimo | Deliberações do conselho mediante ao quórum mínimo (metade mais um). | Resolução 453 CNS |

| | | |
|--|--|-------------------|
| Convocação da Conferência Municipal de Saúde | Convocação da Conferência Municipal de Saúde realizada nos últimos 4 anos. | Resolução 453 CNS |
|--|--|-------------------|

A dimensão **Planejamento** foi a que mais sofreu adaptações em relação à matriz original, devido à reestruturação desta diretriz na resolução 453 do CNS (BRASIL, 2012c), e em virtude da aplicabilidade normativa relacionada à LC 141/2012 (BRASIL, 2012a) e da própria lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Vieira (2010) adotou quatro indicadores relacionados à atribuição deliberativa dos CMS em relação aos instrumentos de gestão no SUS, e da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Porém, observa-se que na diretriz relacionada ao planejamento, a resolução 453 do CNS (BRASIL, 2012c) traz como ordenamento desta função a apreciação do Relatório Quadrimestral de Saúde, acrescido das atribuições de atuar na formulação do plano municipal e da programação anual de saúde, além de atuar na fiscalização. Portanto, foram acrescentados mais dois indicadores, um relacionado à atuação formulativa destes instrumentos, e outro relacionado a atividade fiscalizadora.

Outro aspecto a ser considerado é a exclusão do indicador relacionado à apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Como a LDO é de competência do poder legislativo, os Conselhos de Saúde não concorrem, em suas funções, com este poder. A nova redação da Resolução 453 suprimiu está que até então era atribuição dos conselhos (BRASIL, 2012c).

Por última análise, nesta dimensão tem-se a questão do estado de emergência, durante o qual os municípios ficam desobrigados ao cumprimento orçamentário previsto em lei. Desta forma, podem optar em reorganizar a distribuição de seus recursos financeiros em prol do combate à pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2021), porém esta reorganização de empenhos e custos financeiros não exime o gestor da saúde de adequar seus instrumentos de gestão, fazendo com que qualquer alteração deva atender aos pressupostos formulativos e deliberativos que envolvem os CMS (BRASIL, 2012a). Desta forma, foram incluídas nos indicadores relativos à formulação e deliberação, medidas relativas à esta realidade promovida pela pandemia.

Assim, a dimensão Planejamento ficou composta por sete indicadores, relacionados no Quadro 4.

Quadro 4 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Planejamento.

| Indicador | Medida | Referência |
|---|---|---|
| Atuação na Formulação do Plano Municipal de Saúde (PMS) | Participação do conselho na formulação do PMS do quadriênio 2018 – 2021. | Resolução 453 CNS |
| | Participação do conselho nas alterações realizadas no PMS do quadriênio 2018 - 2021 por causa da pandemia. | Resolução 453 CNS; Dec. |
| Atuação na Formulação da Programação Anual de Saúde (PAS) | Participação do conselho na formulação do PAS dos anos 2018, 2019, 2020. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12 |
| | Ocorrência de alteração na PAS 2020. | Lei. 8142/91; Dec. 509/20 |
| | Participação do conselho na formulação do PAS do ano de 2021. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12 |
| Deliberação do Plano Municipal de Saúde (PMS) | PMS aprovado para o quadriênio 2018 – 2021. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12 |
| | Participação do conselho na deliberação das alterações realizadas no PMS do quadriênio 2018 – 2021. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12; Dec. 509/20 |
| Deliberação da Programação Anual de Saúde (PAS) | PAS aprovada no ano de 2020. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12 |
| | Deliberação da alteração da PAS 2020. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12; Dec. 509/20 |
| | PAS aprovada 2021. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12 |
| Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) | Apreciação RAG 2019. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12 |
| Apreciação do Relatório Quadrimestral | Apreciação dos Relatórios Quadrimestrais (2020) dentro do prazo legal. | Resolução 453 CNS; Dec. 141/12 |
| Fiscalização dos serviços de saúde municipal | Com que frequência o Conselho Municipal de Saúde desenvolve ações de fiscalização e acompanhamento contínuo dos serviços e ações de saúde do município? | Resolução 453 CNS; Lei 8142/91. |
| | Com que frequência o Conselho Municipal de Saúde dá encaminhamento e investiga as denúncias relativas à atuação dos serviços e ações em saúde no município? | |

A dimensão **Autonomia** manteve os quatro indicadores propostos por Vieira (2010), sendo acrescentadas duas medidas no indicador “Comissões Internas

formalmente constituídas”, alusivas à Resolução 003/20 do CES/SC, que direciona a inclusão do CMS em espaços de discussão e gerenciamento da pandemia da COVID-19, e na instituição de uma comissão interna voltada à pandemia da COVID-19 (Quadro 5).

Quadro 5 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Autonomia.

| Indicador | Medida | Referência |
|---|--|--------------------------|
| Eleição para mesa diretora | Existência de eleição para mesa diretora do Conselho. | Resolução 453 CNS |
| Independência do mandato com o Executivo | Inexistência de mudança automática de conselheiros, exceto os representantes do governo, quando da mudança de mandato de Prefeito. | Resolução 453 CNS. |
| Comissões Internas formalmente constituídas | Existência de Comissões Internas formalmente constituídas. | Resolução 453 CNS. |
| | Existência de Comissões Internas formalmente constituídas em relação à pandemia. | Resolução 453 CNS; |
| | Participação do conselho em comissão, GT, ou outro espaço da Prefeitura relacionado ao gerenciamento da COVID19. | Resolução 003/20 CES/SC. |
| Pareceres de Comissões Internas | Existência de Pareceres de Comissões Internas do Conselho. | Resolução 453 CNS. |

Um destaque na adaptação da matriz avaliativa constituiu-se da inclusão de uma nova dimensão, de **Educação Permanente**. Reestruturar o modelo de Vieira (2010) com a criação de uma nova dimensão relativa à Educação Permanente é visto como um ato significativo para a avaliação da atuação dos CMS, pois a redação da resolução 453/12 do CNS direciona uma de suas diretrizes especialmente para o processo de autonomia e capacitação dos conselheiros para a promoção de uma atuação mais eficaz (BRASIL, 2012c). Desta forma, analisando as instruções normativas relativas ao processo educacional para a atuação no conselho e seguindo a metodologia de Vieira (2010), esta dimensão foi estruturada com cinco medidas alinhadas a três indicadores, sendo um de capacitação de novos conselheiros, outro de ações de educação permanente e o terceiro de participação dos conselheiros em capacitação em outros espaços, como os promovidos pelo Tribunal de Contas da União, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde (Quadro 6).

Quadro 6 - Indicadores, medidas e respectivas referências, dimensão Educação Permanente.

| Indicador | Medida | Referência |
|--|---|--------------------|
| Capacitação para novos conselheiros | Existência de estratégia interna de capacitação para novos conselheiros no início do mandato. | Resolução 453 CNS. |
| | Existência de estratégia interna de capacitação para novos conselheiros em relação à pandemia no ano de 2020. | Resolução 453 CNS |
| Ações de educação permanente | Existência de ações de educação permanente internas ao conselho, aos conselheiros no decorrer do mandato. | Resolução 453 CNS |
| | Ocorreu ações de educação permanente durante o ano de 2020? | Resolução 453 CNS. |
| Participação em capacitações aos conselheiros em outros espaços (CNS; CES; TCU...) | Rotina de participação em estratégias de educação permanente promovida por outras instituições. | Resolução 453 CNS. |

Com isso a matriz avaliativa adaptada e utilizada nesse estudo contém quarenta e seis medidas e trinta e três indicadores, organizados em seis dimensões.

4.2. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.2.1. Coleta dos dados

A matriz avaliativa adaptada neste estudo foi aplicada junto aos Conselhos Municipais de Saúde dos 295 municípios catarinenses, com o apoio do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina divulgação e encaminhamento do formulário de coleta de dados aos CMS (ANEXO 2), não foi realizado cálculo amostral dos 295 CMS.

As medidas da matriz avaliativa tinham como fonte de dados a Secretaria Executiva dos CMS, e os conselheiros municipais. A partir dessas medidas, foi elaborado um questionário eletrônico para coleta dos dados, utilizando-se a plataforma do Google Forms. Portanto, o questionário ficou estruturado em duas seções distintas, com questões direcionadas conforme o perfil do respondente: a Secretaria Executiva e o conselheiro municipal (Apêndice A).

A coleta dos dados se deu no período compreendido entre 15 de setembro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022. A comunicação com os CMS foi realizado exclusivamente pela Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina a qual por e-mail institucional encaminhou aos CMS um texto contendo a apresentação do projeto, juntamente com o link para acesso ao formulário online e as orientações relacionadas aos respondentes. Durante o período da coleta foram enviados seis e-mails, sendo um por mês (setembro/21 a fevereiro/22). Além disso, dois funcionários do CES/SC fizeram ligações aos CMS para divulgar o projeto, tendo contatado 135 CMS, sendo que os demais estavam com telefones desatualizados ou não atenderam a nenhuma das três tentativas de ligação feitas a cada conselho.

Como resultado, obteve-se uma taxa de resposta de 22,7%, com participação de 67 CMS de Santa Catarina, sendo que 56 conselheiros e 25 secretários executivos responderam. Do total de CMS participantes, 14 enviaram respostas do conselheiro e secretaria executiva, 11 somente da secretaria executiva, e 42 somente do conselheiro.

4.2.2. Análise dos dados

A matriz foi analisada em cada uma das medidas considerando as dimensões e o valor sintético do indicador, sendo atribuído o mesmo peso de valor para os 33 indicadores.

Para o ajuizamento de valor de cada indicador, foi considerada a integralidade das normas legais à atuação dos CMS, como as legislações do indicador atende totalmente ou não o seu requisito base. Desta forma, para o ajuizamento do valor foi adotada a escala 0 e 1, sendo zero relativo ao julgamento “ruim”, quando a medida não contempla o parâmetro normativo e um quando a medida é julgada como “bom” e assim contemplando o parâmetro normativo (QUADRO 7).

As dimensões foram avaliadas através do valor percentual dos indicadores, associando a soma de seus valores (n) em relação ao número de respostas (z), com a seguinte fórmula= $(n/z*100)$, de forma que os resultados foram convertidos da seguinte maneira:

- Juízo de valor “bom”, quando apresentado o resultado da fração igual ou superior a 75%;
- Juízo de valor “regular”, quando o valor do percentual estiver inferior a 75% e igual ou superior a 50%;
- Juízo de valor “ruim”, quando a operação matemática apresentar um valor inferior a 50%.

Como avaliação sintética final adotou-se o somatório dos valores das dimensões através da seguinte associação: o “n” total das dimensões pelo “z” total das dimensões multiplicado por 100 de maneira que:

- Juízo de valor “bom” – mais que 50% das dimensões com “bom” e nenhuma dimensão “ruim”.
- Juízo de valor “ruim” – mais que 50% das dimensões com “ruim” e menos que 40% de “bom”.
- Juízo de valor “regular” – nos demais casos.

Quadro 7 - Classificação dos Parâmetros e Valores segundo suas medidas, indicadores e dimensões da Matriz Avaliativa da Atuação dos CMS durante a pandemia da COVID-19

| Dimensão | Código | | Parâmetro | Valor | |
|-------------------------|--------------------|---|---|----------------------|---|
| | Indicador | Medida | | | |
| ESTRUTURA DO CONSELHO | I1 | M1 | Bom = existência de todos os componentes | 1 | |
| | | | Ruim = inexistência de estrutura própria | 0 | |
| | | M2 | Bom = existência de ambiente virtual disponibilizado pela SMS para realização das plenárias | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência de estrutura virtual | 0 | |
| | I2 | M3 | Bom = Existência de um técnico exclusivo para a função | 1 | |
| | | | Ruim = inexistência | 0 | |
| | I3 | M4 | Bom = Apresenta rubrica especifica no PMS e na PAS | 1 | |
| | | | Ruim = Não apresenta | 0 | |
| | I4 | M5 | Bom = existência e homologado | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | REPRESENTATIVIDADE | I5 | M6 | Bom = Paritário | 1 |
| | | | | Ruim = Não paritário | 0 |
| I6 | | M7 | Bom = Inexistência | 1 | |
| | | | Ruim= Existência | 0 | |
| I7 | | M8 | Bom = Existência | 1 | |
| | | | Ruim= Existência | 0 | |
| | | M9 | Bom = Inexistência | 1 | |
| | | | Ruim = Existência | 0 | |
| I8 | | M10 | Bom= Paritário | 1 | |
| | | | Ruim = Não paritário | 0 | |
| DINÂMICA ORGANIZACIONAL | I9 | M11 | Bom = Existência | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | I10 | M12 | Bom = divulgação por alguma das opções | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência de divulgação | 0 | |
| | I11 | M13 | Bom = Existência da Rotina | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | I12 | M14 | Bom = Existência da Rotina | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | I13 | M15 | Bom = Existência | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | I14 | M16 | Bom = Existência | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | I15 | M17 | Bom = Existência | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| I16 | M18 | Bom= Sempre | 1 | | |
| | | Ruim = nunca ou com periodicidade | 0 | | |
| I17 | M19 | Bom = ocorrência de divulgação por algum meio | 1 | | |
| | | Ruim = inexistência | 0 | | |
| I18 | M20 | Bom = Sempre | 1 | | |
| | | Ruim = resposta diferente de sempre | 0 | | |
| I19 | M21 | Bom= Convocada | 1 | | |
| | | Ruim = Não convocada | 0 | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|---------------------|-------------------------------------|---------------------|---|
| SISTEMA DE PLANEJAMENTO NO SUS | I20 | M22 | Bom = sim | 1 | |
| | | | Ruim = Não | 0 | |
| | | M23 | | Bom = sim | 1 |
| | | | | Ruim = Não | 0 |
| | I21 | M24 | | Bom = sim | 1 |
| | | | | Ruim = Não | 0 |
| | | M25 | | Bom = sim | 1 |
| | | | | Ruim = Não | 0 |
| | M26 | | Bom = sim | 1 | |
| | | | Ruim = Não | 0 | |
| | I22 | M27 | | Bom = sim | 1 |
| | | | | Ruim = Não | 0 |
| | I23 | M28 | | Bom = sim | 1 |
| | | | | Ruim = Não | 0 |
| | | M29 | | Bom = sim | 1 |
| | | | | Ruim = Não | 0 |
| | M30 | | Bom = sim | 1 | |
| | | | Ruim = Não | 0 | |
| | M31 | | Bom = sim | 1 | |
| | | | Ruim = Não | 0 | |
| I24 | M32 | | Bom = sim | 1 | |
| Ruim = Não | | | 0 | | |
| I25 | M33 | | Bom = sim | 1 | |
| | | | Ruim = Não | 0 | |
| I26 | M34 | | Bom= sempre | 1 | |
| | | | Ruim = resposta diferente se sempre | 0 | |
| | M35 | | Bom= sempre | 1 | |
| | | | Ruim = resposta diferente se sempre | 0 | |
| AUTONOMIA | I27 | M36 | Bom = existência | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | I28 | M37 | | Bom = Inexistência | 1 |
| | | | | Ruim = Existência | 0 |
| | I29 | M38 | | Bom = Existência | 1 |
| | | | | Ruim = Inexistência | 0 |
| | | M39 | | Bom = Existência | 1 |
| | | | | Ruim = Inexistência | 0 |
| M40 | | Bom = Existência | 1 | | |
| | | Ruim = Inexistência | 0 | | |
| I30 | M41 | | Bom = Existência | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE | I31 | M42 | Bom = Existência | 1 | |
| | | | Ruim = Inexistência | 0 | |
| | | M43 | | Bom = Existência | 1 |
| | | | | Ruim = Inexistência | 0 |
| | I32 | M44 | | Bom = Existência | 1 |
| | | | | Ruim = Inexistência | 0 |
| | | M45 | | Bom = sim | 1 |
| | | | | Ruim = não | 0 |
| I33 | M46 | | Bom = sim | 1 | |
| | | | Ruim = não | 0 | |

5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa com o envolvimento de seres humanos na coleta de dados, a pesquisa obrigatoriamente necessitou de submissão ao Comitê de Pesquisa e Ética (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo parecer favorável a sua realização em 20 de julho de 2021, com o número CAAE 48419821.8.0000.0121 (Anexo 3). Todas as resoluções pertinentes foram atendidas, e a participação dos sujeitos ficou condicionada ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual se deu com a seleção da caixa aceite do formulário eletrônico, que possuiu um link específico para impressão do termo em sua íntegra.

6. ARTIGO

Título: Avaliação da estruturação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19

Título em inglês: Evaluation of the performance of Municipal Health Councils in the state of Santa Catarina during the COVID-19 pandemic

Autores:

Alexandre Cunha dos Santos¹

Prof. Dra. Claudia Flemming Colussi²

1 Mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

*2 Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço para correspondência:

Claudia FlemmingColussi, Profa. Dra.

Departamento de Saúde Pública Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina Campus Universitário Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina.

E-mail: claudia.colussi@ufsc.br

RESUMO

Este artigo trata-se de uma avaliação normativa dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19, desenvolvida através da aplicação de uma matriz avaliativa adaptada às atualizações normativas dos conselhos de saúde vigentes durante a pandemia. É composta por seis dimensões, trinta e três indicadores e quarenta e seis medidas, e foi aplicada em CMS de Santa Catarina, obtendo resposta de conselheiros de saúde e secretários executivos, totalizando 67 conselhos. Os resultados apontaram uma situação “Regular”, apresentando as dimensões Estrutura do Conselho e Sistema de Planejamento no SUS com juízo de valor “bom”; Representatividade, Dinâmica Organizacional e Autonomia “Regular; e Educação Permanente “Ruim”. Os achados evidenciam que fragilidades existentes durante a pandemia são similares aos apontados em outras obras fora do contexto pandêmico, como a forte fragilidade nos atributos relativos paridade, comunicação, promoção da capacidade de atuação e autonomia, assim como demonstram as fortalezas nos componentes estruturais, formulativos e deliberativos. A realização de reuniões remotas dos CMS durante a pandemia mostrou-se como uma estratégia alternativa e de baixo custo, que permitiu a manutenção das atividades nesse período, com potencial de utilização rotineira.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Avaliação em saúde; Participação Social; Pandemia por COVID-19

ABSTRACT

Emphasizing the importance of Social Participation in facing what was one of the most serious health crises in the country, this study sought to qualify these reflections from an evaluative study that aimed to evaluate the performance of Municipal Health Councils (CMS) during the pandemic of COVID-19. This is a normative assessment developed through the application of an evaluation matrix adapted to the normative updates of the health councils in force during the pandemic. It consists of six dimensions, thirty-three indicators and forty-six measures, and was applied in Santa Catarina CMS, obtaining a response from health counselors and executive secretaries, totaling 67 councils. The results showed a “Regular” situation, presenting the dimensions Council Structure and Planning System in the SUS with a “good” value judgment; Representativeness, Organizational Dynamics and Autonomy, as “Regular”; and Permanent Education as “Bad”. The findings show the strong fragility in the attributes related to parity, communication, empowerment and emancipation, as well as demonstrating the strengths in the structural, formulative and deliberative components. The holding of remote meetings of the CMS during the pandemic proved to be an alternative and low-cost strategy, which allowed the maintenance of activities during this period, with potential for routine use.

Key words: Health Councils; Health Evaluation; Social Participation; COVID-19

Introdução

Participação social (PS) consiste em um modelo democrático existente desde a Grécia antiga, em que a atuação da sociedade se dá nos atos administrativos públicos e nas decisões políticas, assumindo o papel participativo no Estado^{1,2}. No Brasil a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implementação da Lei Federal 8.142 de 1990^{3,4}, tornam a PS é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), organizada em Conselhos de Saúde, os quais atribuem a diferentes segmentos sociais o direito de formular, executar, fiscalizar e avaliar as políticas públicas e os serviços básicos da área social^{5,6}.

Os Conselhos Municipais de Saúde se caracterizam por espaços vinculados à organização da saúde em esfera de governo, caracterizando o componente democrático participativo, que apresenta um colegiado organizado entre segmentos sociais, que de forma paritária, são responsáveis por, deliberar, acompanhar, fiscalizar e atuar na formulação das políticas, serviços e ações de saúde relativa ao município a que pertence^{4,7}.

No aspecto normativo, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) constituem-se de componentes estruturais e funcionais regidos por lei e regimento próprio, sendo estes em concordância com as determinações das Leis 8.142/90 e 141/12 e da Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁸.

Em função da deflagração da pandemia da COVID-19, em 03 de fevereiro de 2020 foi decretado o estado de emergência em saúde no Brasil^{9,10} e em Santa Catarina, no dia 17 de março do mesmo ano, o Decreto 509¹¹ fez com que a saúde assumisse a posição excepcional de orientar e conduzir as normativas na definição de estratégias políticas no enfrentamento do agravo.

Neste contexto atípico, a participação social ganha destaque em ratificar sua atuação de relevância pública, pois mesmo no estado emergencial e em outra situação atípica ou normal, compete aos conselhos de saúde atuar diretamente na gestão da saúde, tanto em seus aspectos políticos quanto financeiros^{3,7,8}.

Contudo, a efetivação da participação social no SUS historicamente apresenta fortes fatores de fragilidade^{12,13}, que somados a conflitos normativos, que conferem aos conselhos a incumbência de atuação mas não dispõe o seu modo operante, acarretaram na não inclusão dos conselhos nos processos de gestão da saúde durante a pandemia por parte dos gestores públicos^{14,15}.

Em Santa Catarina a forte evidência desta situação está na publicação das portarias, decretos e normativas do estado de emergência, os quais orientam e regulam as estruturas, serviços e ações em saúde, delegando competências diretivas e gerenciais, nas quais não há menção do papel da participação social, em especial na esfera municipal. Situação que, além de não contemplar as normas legais do SUS, diverge da resolução 003 do Conselho Estadual de Saúde (CES), que determina a inclusão dos CMS na estrutura da saúde que gerencia a crise no município¹⁶.

Diante da importância da atuação dos CMS durante o estado de emergência, se evidencia a necessidade de uma abordagem avaliativa da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde durante a pandemia da COVID-19.

Metodologia

Trata-se de um estudo de avaliação normativa, que se destina a avaliar a estruturação e o funcionamento dos CMS de Santa Catarina durante o estado de emergência imputado pela pandemia da COVID-19. A pesquisa foi realizada em duas etapas: 1. *Aplicação da Matriz Avaliativa adaptada de Vieira*¹⁷; 2. *Análise dos dados*.

A Avaliação Normativa consiste da utilização da norma como o critério para o julgamento de valor, na comparação de estruturas, processos e resultados do objeto em investigação¹⁸.

A escolha da Matriz de Vieira¹⁷ se deu em função de se tratar de um instrumento avaliativo, devidamente validado, que contempla os aspectos normativos relacionados ao objeto deste trabalho. A sua adaptação se fez necessária para que contemplasse a atuação durante a pandemia da COVID-19, além da necessidade de substituição da Resolução 333/03 do CNS pela 453/12, e da LC 101/00 pela LC 141/12, que redireciona as condutas econômicas, de controle e de instrumentos de gestão na gerência do SUS.

A matriz de Vieira¹⁷ se compõe de vinte e seis indicadores dispostos em cinco dimensões avaliativas: (I) Estrutura, (II) Representatividade, (III) Dinâmica Organizacional, (IV) Sistema de Planejamento do SUS e (V) Autonomia. Na sua adaptação, foram mantidos os critérios de categorização, os parâmetros, os escores

atribuídos e juízos de valor, sendo adicionados alguns elementos que compuseram uma nova matriz com trinta e três indicadores dispostos seis dimensões.

Na dimensão **Estrutura**, o indicador “Estrutura Administrativa” adaptado para atender à Lei 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, que incluiu a modalidade remota, considerando como atribuição da secretaria de saúde viabilizar a estrutura necessária a esta prática⁸.

A dimensão **Representatividade** mantém a configuração de seus quatro indicadores, porém respeitando a resolução vigente do CNS o indicador 17 passa a adotar duas medidas na sua composição, sendo uma já existente: Existência de indicação registrada por escrito de representantes dos segmentos e outra adicionada: Existência de conselheiros membros eleito do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público.

Na dimensão **Dinâmica Organizacional** foram incorporados dois indicadores de caráter normativo I16 e I18, que pautados na Resolução 453 do CNS⁸, consistem respectivamente Homologação de atos deliberativos e Deliberação respeitando quórum mínimo.

A dimensão **Sistema de Planejamento do SUS** foi a que mais sofreu influência da vigência da Lei Complementar 141/12¹⁹, da Resolução 453/12⁸ do CNS e do estado de emergência em função da pandemia¹¹. Inicialmente foi excluído o indicador “*apreciação da Lei de Diretrizes*, e incluídos os indicadores: I – 20 Atuação na Formulação do Plano Municipal de Saúde (PMS); e I21 -Deliberação da Programação Anual de Saúde (PAS); I24 - Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG); I25 -Apreciação do Relatório Quadrimestral.

A dimensão **Autonomia** manteve os quatro indicadores propostos por Vieira¹⁷, sendo que o indicador Comissões Internas formalmente constituídas passa a atender a resolução 003/20 do CES/SC, de forma que a sua medida adora a seguinte escrita: Existência de Comissões Internas formalmente constituídas em relação à pandemia.

A principal adaptação do modelo se deu com a criação de uma nova dimensão, a **Educação Permanente**, composta por três indicadores. Sua inclusão ocorre em função da redação da resolução 453/12 do CNS⁸, a qual direciona uma de suas diretrizes ao processo de capacitação dos conselheiros para a promoção de uma atuação mais eficaz.

No quadro 1 encontra-se a matriz avaliativa adaptada, com dimensões, indicadores, medidas, referências normativas, e parâmetros para emissão do juízo de valor “bom” e “ruim”.

Quadro 1 – Dimensões (Dim.), indicadores, medidas, referências normativas e parâmetros da matriz avaliativa adaptada de Vieira¹⁷.

| Dim. | Indicador | Medida [referência normativa] | Parâmetro |
|-------------------------|--|--|---|
| ESTRUTURA DO CONSELHO | I1 - Estrutura Administrativa | Disponibilidade de ambiente virtual para realização das atividades do conselho (whatsapp, plataforma de reunião online, e-mail, outros). [b] | Bom = sim Ruim = Não |
| | I2 - Secretaria Executiva | Existência de uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde. [a] | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| | I3 - Orçamento Próprio | Existência de rubrica, nos instrumentos de gestão municipal, para o controle social [a] | Bom = sim Ruim = Não |
| | I4 - Regimento Interno | Regimento Interno homologado pelo Executivo [a] | Bom = Homologado Ruim = Não Homologado |
| REPRESENTATIVIDADE | I5 - Composição percentual do Conselho | Existência de distribuição dos conselheiros por segmento corresponde a 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de governo e prestadores de serviço [a], [c] | Bom = Paritário Ruim = Não paritário |
| | I6 - Representatividade dos usuários | Inexistência de profissional de saúde, cargo comissionado do Executivo ou prestador de serviço no segmento dos usuários [a] | Bom = Inexistência Ruim= Existência |
| | I7 - Representação das entidades | Existência de indicação registrada por escrito de representantes dos segmentos. [a] | Bom = Existência Ruim = inexistência |
| | | Existência de conselheiros membros eleito do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público. [a] | Bom = Existência Ruim = inexistência |
| | I8 - Composição da Mesa Diretora | Existência de paridade com o segmento dos usuários na composição da Mesa Diretora. [a] | Bom = Paritário Ruim = Não paritário |
| DINÂMICA ORGANIZACIONAL | I9 - Plenária com reunião ordinária mensal | Existência de reuniões ordinárias mensais. [a] | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| | I10 - Divulgação das reuniões | Divulgação das datas e horários das reuniões por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio.[a] | Bom = pelo menos 1 das opções Ruim = não divulga |
| | I11 - Entrega prévia de pauta | Rotina de entrega de pauta com a antecedência de 10 dias à plenária. [a] | Bom = Sim Ruim = Não |
| | I12 - Entrega prévia de material de apoio | Rotina de entrega do material de apoio com a antecedência prevista no Regimento Interno; antecedência | Bom = Sim Ruim = Não |

| | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| | | mínima de 10 (dez) dias da plenária. [a] | |
| | I13 - Aprovação rotineira da ata da reunião anterior | Existência de aprovação rotineira da ata da reunião anterior no dia da reunião. [a] | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| | I14 - Aprovação de pauta de reunião pela Plenária | Existência de aprovação pela Plenária da pauta da reunião previamente ao início da mesma. [a] | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| | I15 - Existência de atos deliberativos | Existência de deliberações da Plenária constantes em atos deliberativos (Resoluções, Recomendações, Normatizações ou Moções). [a] | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| | I16 - Homologação de atos deliberativos | Homologação em até 30 dias pelo poder executivo dos atos deliberativos. [a] | Bom= Sempre Ruim = outras respostas* |
| | I17 - Divulgação das deliberações | Divulgação das deliberações da Plenária do Conselho por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio. [a] | Bom = pelo menos 1 dos meios Ruim = não divulga |
| | I18 - Deliberação respeitando quórum mínimo | Deliberações do conselho mediante ao quórum mínimo (metade mais um).[a] | Bom= Sempre Ruim = outras respostas* |
| | I19 - Convocação da Conferência Municipal de Saúde | Convocação da Conferência Municipal de Saúde realizada nos últimos 4 anos.[a] | Bom=sim Ruim=não |
| SISTEMA DE PLANEJAMENTO NO SUS | I20 - Atuação na Formulação do Plano Municipal de Saúde (PMS) | Participação do conselho nas alterações realizadas no PMS do quadriênio 2018 - 2021 em função da pandemia. [a], [b]. | Bom = sim Ruim = Não |
| | I21 - Atuação na Formulação da Programação Anual de Saúde (PAS) | Participação do conselho na formulação do PAS do ano de 2021. [a], [e]. | Bom = sim Ruim = Não |
| | I22 - Deliberação do Plano Municipal de Saúde (PMS) | Participação do conselho na deliberação das alterações realizadas no PMS do quadriênio 2018 – 2021. [a], [b], [e]. | Bom = sim Ruim = Não |
| | I23 - Deliberação da Programação Anual de Saúde (PAS) | PAS aprovada 2021. [a], [b]. | Bom = sim Ruim = Não |
| | I24 - Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) | Apreciação RAG 2019. [a], [b]. | Bom = sim Ruim = Não |
| | I25 - Apreciação do Relatório Quadrimestral | Apreciação dos Relatórios Quadrimestrais (2020) dentro do prazo legal. [a], [b]. | Bom = sim Ruim = Não |
| | I26 - Fiscalização dos serviços de saúde municipal | Frequência com que o CMS dá encaminhamento e investiga as denúncias relativas à atuação dos serviços e ações em saúde no município [a], [c]. | Bom = sempre Ruim = outras respostas* |
| AUTONOMIA | I27 - Eleição para mesa diretora | Existência de eleição para mesa diretora do Conselho. [a] | Bom = existência Ruim = Inexistência |
| | I28 - | Inexistência de mudança automática de | Bom = |

| | | | |
|----------------------------|--|---|--|
| | Independência do mandato com o Executivo | conselheiros, exceto os representantes do governo, quando da mudança de mandato de Prefeito. [a] | Inexistência Ruim = Existência |
| | I29 - Comissões Internas formalmente constituídas | Existência de Comissões Internas formalmente constituídas em relação à pandemia. [a], [d]. | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| | I30 - Pareceres de Comissões Internas | Existência de Pareceres de Comissões Internas do CMS.[a] | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE | I31 - Capacitação para novos conselheiros | Existência de estratégia interna de capacitação para novos conselheiros em relação à pandemia.[a] | Bom = Existência Ruim = Inexistência |
| | I32 - Ações de educação permanente | Realização de ações de educação permanente durante o ano de 2020 [a] | Bom = sim Ruim = não |
| | I33 - Participação em capacitações aos conselheiros em outros espaços (CNS; CES; TCU...) | Rotina de participação em estratégias de educação permanente promovida por outras instituições. [a] | Bom = sim Ruim = não |

* Na maioria das vezes; Às vezes; Raramente; Nunca.

Referências normativas: [a] Resolução 453 CNS; [b] Decreto Estadual 507; 509; 515 /2020; [c] CNS Lei 8142/91; [d] Resolução 003/20 CES/SC; [e] Decreto Federal 141/12.

Na formação do juízo de valor se considerou que todos os indicadores teriam o mesmo grau de importância e cada medida foi convertida em um valor relacionado ao elemento em questão. Assim se adotou a escala 0-1 como referência, sendo julgado de acordo com a seguinte dicotomia: “1” (Bom) quando contempla ao parâmetro utilizado e “0” (Ruim) quando não atende o parâmetro utilizado.

O ajuizamento do valor dos indicadores e das dimensões se consiste do percentual da razão entre o valor obtido pelo valor máximo, sendo o valor máximo dado pelo total de participantes que responderam a medida e o valor obtido sendo o resultado do somatório dos valores obtidos com as medidas relativas ao indicador ou dimensão em análise.

Para emissão do juízo de valor dos indicadores e dimensões, adotou-se:

- Juízo de valor “bom”, quando o percentual da pontuação atingido for igual ou maior que 75%;
- Juízo de valor “regular”, quando o percentual da pontuação atingido for menor que 75% e igual ou maior a 50%;

- Juízo de valor “ruim”, quando o percentual da pontuação atingido for menor que 50%.

Como avaliação final da Matriz adotou-se o somatório dos valores das dimensões através da seguinte associação: o “n” total das dimensões pelo “z” total das dimensões multiplicado por 100 de maneira que:

- Juízo de valor “bom” – mais que 50% das dimensões com “bom” e nenhuma dimensão “ruim”.
- Juízo de valor “ruim” – mais que 50% das dimensões com “ruim” e menos que 40% de “bom”.
- Juízo de valor “regular” – nos demais casos.

A coleta dos dados se deu no período compreendido entre 15 de setembro de 2020 a 28 de fevereiro de 2021, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. As medidas da matriz avaliativa deram origem a um formulário eletrônico (Google Forms) direcionado aos Conselhos Municipais de Saúde para preenchimento por parte da secretaria executiva e por um de seus conselheiros (a critério do CMS). As questões respondidas relacionavam-se ao ano de 2020. Em campo aberto do questionário, os respondentes tiveram a oportunidade de escrever sobre os principais impactos da pandemia nas atividades do CMS. O envio do formulário aos CMS, foi efetuado pela secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES/SC) por e-mail, contendo a apresentação do projeto, juntamente com o link para acesso ao formulário online. Buscando aumentar a taxa de resposta, os e-mails foram enviados mensalmente durante 6 meses, e neste período, dois funcionários do CES/SC fizeram ligações aos CMS para divulgar o projeto.

Resultados

A taxa de resposta foi de 22,7%, com participação de 67 CMS de Santa Catarina, sendo que 56 conselheiros e 25 secretários executivos responderam. Dos 67 CMS participantes, 14 enviaram respostas do conselheiro e secretaria executiva, 11 somente da secretaria executiva, e 42 somente do conselheiro.

Em relação aos conselheiros que participaram da pesquisa, 41,3% pertencem ao segmento de profissional de saúde, 31,3% de usuários e 27,5% de

prestadores de serviço e governo. Em relação ao tempo de atuação no CMS, 66,3% atuavam no CMS há mais de dois anos, e 65% possuíam cargo na mesa diretora. Já em relação aos secretários executivos, 57,1% dos respondentes possuíam mais de dois anos de atuação na função, sendo que 21,4% dos conselhos participantes da pesquisa informaram que a atribuição de secretário executivo é exercida por um conselheiro.

Sobre a organização dos conselhos, 48% são paritários, 22,8% apresentam profissionais de saúde na representação do segmento de usuários e 52,4% possuem mesa diretora, dos quais somente 52,4% apresentam a paridade em relação ao segmento de usuários na composição da mesa.

Quanto aos processos de execução e estruturação das atividades dos conselhos durante a pandemia, os dados revelam que 22,5% dos CMS realizaram as plenárias de forma presencial, já os demais, que realizaram suas atividades com estrutura virtual disponibilizada pela SMS, relatam que 22,6% ocorreram exclusivamente pelo aplicativo Whats-app® e 19,4% deram-se unicamente por plataformas de reuniões on-line.

Sobre a atuação dos CMS sobre pautas e espaços destinados ao estado de emergência durante a pandemia, 82% dos conselhos não tiveram constituição de comissão interna relativa à COVID-19, e mais da metade dos CMS (57,1%) responderam que o conselho não fez parte de comissão, GT, ou outro espaço da prefeitura municipal relacionado ao gerenciamento da COVID19.

Ao examinar os dados do aspecto participativo-deliberativo das alterações dos instrumentos de gestão do município na pandemia, 73,8% responderam que o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018- 2021 sofreu alterações em função da COVID-19. Embora 78% dos conselhos tenham participado de alguma forma nesse processo de alteração do plano, 24% informaram que a participação ocorreu de forma independente por parte dos conselheiros, e 20% alegam não ter ocorrido à participação do CMS. Em relação à Programação Anual de Saúde (PAS), os valores são semelhantes: 24% não participaram das alterações da PAS, e 26% informaram que a participação ocorreu de forma independente por parte dos conselheiros. Tanto para a PAS como para o PMS, a constituição de uma comissão, grupo técnico ou representação do conselho para participar do processo de reformulação dos instrumentos de gestão ocorreu em cerca de 20% dos conselhos.

Os principais aspectos apontados no campo aberto do questionário, relativo aos impactos da pandemia no funcionamento do CMS, foram sistematizados no Quadro 2.

Quadro 2 – Sistematização de informações contidas no campo aberto do questionário sobre as observações dos conselheiros a respeito da pandemia nas atividades dos Conselhos Municipais de Saúde

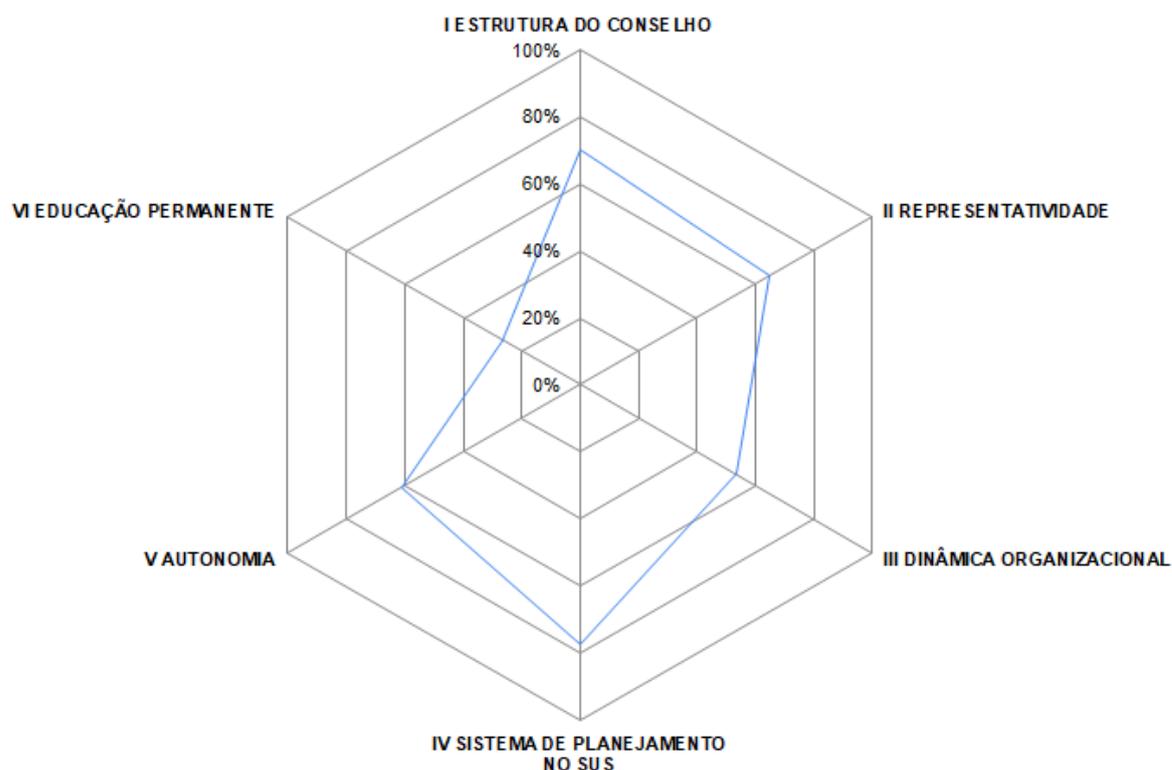
| Percepções de influência da pandemia nas atividades dos Conselhos Municipais de Saúde |
|---|
| REUNIÕES DO CMS - Dificuldade de realizar as reuniões: formato virtual, falta de acesso a computador, instabilidade da conexão com a internet, falta de quórum, falta de estrutura adequada; - Redução da frequência, descontinuidade ou suspensão das reuniões. |
| CONSELHEIROS - Perda de conselheiros; - Desmobilização de conselheiros (e conseqüentemente dos CMS); - Menor participação dos conselheiros nas reuniões (pelo formato virtual), gerando menos debates sobre as questões discutidas; - Dificuldade de participação do segmento de profissionais de saúde, que estavam sobrecarregados com a pandemia. |
| ATIVIDADES - Suspensão de atividades de capacitação; - Suspensão da atuação das comissões; - Ausência de comissões específicas para atuação na pandemia; - Dificuldade de interlocução com a gestão municipal; - Atrasos no recebimento de documentos; - Prorrogação do mandato, suspensão do processo eleitoral. |

Embora o Quadro 2 apresente um significativo impacto negativo em relação a virtualização das reuniões dos CMS, alguns relataram que o processo de mudança para esta modalidade gerou uma fase de adaptações e desafios, com maior motivação e maior participação de conselheiros após a incorporação do formato virtual.

O juízo de valor obtido na Matriz foi “Regular”, com diferenças entre as dimensões avaliadas, cabendo destaque para a dimensão “Educação Permanente”, que apresentou o pior desempenho, seguida pela dimensão “Autonomia”. Já como destaque positivo, tem-se a dimensão referente ao “Sistema de Planejamento no SUS” (Gráfico 1). Entre os valores dos indicadores observa-se uma distribuição heterogênea na disposição (Quadro 3), com valores percentuais variando entre 15 e

96%, cabendo o destaque para a dimensão “Educação Permanente” (V), em que todos os seus indicadores ficaram classificados como “ruim”.

Gráfico 1 – Desempenho das dimensões da matriz de avaliação



Quadro 3 – Valor máximo, valor obtido, percentual da pontuação atingida e juízo de valor dos indicadores e dimensões da Matriz Avaliativa

| Código/Componente | Número de respostas válidas | Valor máximo | Valor obtido | Valor % | Juízo de valor |
|--|-----------------------------|--------------|--------------|---------|----------------|
| I - Dimensão ESTRUTURA DO CONSELHO | 131 | 131 | 92 | 70 | Regular |
| I1 - Estrutura Administrativa | 56 | 56 | 32 | 57 | Regular |
| I2 - Secretaria Executiva | 25 | 25 | 19 | 76 | Bom |
| I3 - Orçamento próprio | 25 | 25 | 17 | 68 | Regular |
| I4 - Regimento Interno | 25 | 25 | 24 | 96 | Bom |
| II - Dimensão REPRESENTATIVIDADE | 125 | 125 | 81 | 65 | Regular |
| I5 - Composição percentual do Conselho | 25 | 25 | 12 | 48 | Ruim |
| I6 - Representatividade dos usuários | 25 | 25 | 18 | 72 | Regular |
| I7 - Representação das entidades | 50 | 50 | 42 | 84 | Bom |
| I8 - Composição da Mesa Diretora | 25 | 25 | 9 | 36 | Regular |
| III- Dimensão Dinâmica Organizacional | 430 | 430 | 230 | 53 | Regular |

| | | | | | |
|--|-----|-----|-----|------|---------|
| I9 - Plenária com reunião ordinária mensal | 25 | 25 | 9 | 36 | Ruim |
| I10 - Divulgação das reuniões | 25 | 25 | 7 | 28 | Ruim |
| I11 - Entrega prévia de pauta | 56 | 56 | 19 | 33,9 | Ruim |
| I12 - Entrega prévia de material de apoio | 56 | 56 | 17 | 30,4 | Ruim |
| I13 - Aprovação rotineira da ata da reunião anterior | 56 | 56 | 39 | 69,6 | Regular |
| I14 - Aprovação de pauta de reunião pela Plenária | 56 | 56 | 39 | 69,6 | Regular |
| I15 - Existência de atos deliberativos | 56 | 56 | 21 | 37,5 | Ruim |
| I16 - Homologação de atos deliberativos | 25 | 25 | 16 | 64 | Regular |
| I17 - Divulgação das deliberações | 25 | 25 | 22 | 88 | Bom |
| I18 - Deliberação respeitando quórum mínimo | 25 | 25 | 19 | 76 | Bom |
| I19 - Convocação da Conferência Municipal de Saúde | 25 | 25 | 22 | 88 | Bom |
| IV - Dimensão Sistema de Planejamento no SUS | 361 | 361 | 279 | 77 | Bom |
| I20 - Atuação na Formulação do Plano Municipal de Saúde (PMS) | 56 | 56 | 34 | 61 | Regular |
| I21 - Atuação na Formulação da Programação Anual de Saúde (PAS) | 56 | 56 | 48 | 86 | Bom |
| I22 - Deliberação do Plano Municipal de Saúde (PMS) | 56 | 56 | 42 | 75 | Bom |
| I23 - Deliberação da Programação Anual de Saúde (PAS) | 56 | 56 | 52 | 93 | Bom |
| I24 - Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) | 56 | 56 | 53 | 95 | Bom |
| I25 - Apreciação do Relatório Quadrimestral | 56 | 56 | 31 | 55 | Regular |
| I26 - Fiscalização dos serviços de saúde municipal | 25 | 25 | 19 | 76 | Bom |
| V- Dimensão Autonomia | 131 | 131 | 80 | 61 | Regular |
| I27 - Eleição para mesa diretora | 25 | 25 | 22 | 88 | Bom |
| I28 Independência do mandato com o Executivo | 25 | 25 | 5 | 20 | Ruim |
| I29 - Comissões Internas formalmente constituídas | 25 | 25 | 12 | 48 | Ruim |
| I30 - Pareceres de Comissões Internas | 56 | 56 | 41 | 73,2 | Regular |
| VI - Dimensão: Educação Permanente | 139 | 139 | 37 | 27 | Ruim |
| I31 - Capacitação para novos conselheiros | 27 | 27 | 4 | 14,8 | Ruim |
| I32 - Ações de educação permanente | 56 | 56 | 20 | 35,7 | Ruim |
| I33 - Participação em capacitações aos conselheiros em outros espaços (CNS; CES; TCU...) | 56 | 56 | 13 | 23,2 | Ruim |

Discussão

A aplicação da matriz avaliativa da atuação dos CMS durante a pandemia da COVID-19 revelou achados importantes a respeito de fortes potenciais de desenvolvimento das competências dos conselhos, mas também demonstra sérias fragilidades, principalmente relativas ao processo de capacidade de atuação dos conselheiros e à atuação no período investigado.

Na análise da dimensão Estrutura, tem-se o indicador Orçamento Próprio com o valor mais crítico em relação aos demais, situação já apontada em outras obras^{20,21}, evidenciando-se como problemática histórica para a autonomia sobre os recursos financeiros relativos às atividades dos CMS. Porém, em relação ao estudo de Vieira (2010)¹⁷, observa-se um considerável aumento do percentual de CMS avaliados que possuíam rubrica de orçamento, passando de 4,8% em 2010 para 68% em 2020.

Ainda nesta dimensão, a indisponibilidade de ambiente virtual para realização das atividades do conselho fez com que alguns mantivessem a realização de plenárias presenciais mesmo durante a pandemia, desrespeitando as normativas e orientações de distanciamento social e medidas preventivas à disseminação da COVID-19^{11,22}. A utilização do meio virtual para a realização das atividades dos CMS foi apontada por alguns como um fator que prejudicou as reuniões, devido à dificuldade de utilização desta ferramenta, pela precariedade dos instrumentos e instabilidade do sinal virtual, causando menor participação dos conselheiros nas discussões virtuais. Em contrapartida outros conselheiros apontaram as vantagens da virtualização, que potencializou a atuação dos conselhos ao criar um novo canal de comunicação entre os conselheiros. Mesmo com algumas fragilidades, a utilização da ferramenta virtual para realização do controle social teve um grande impulso com a pandemia, e mesmo tendo que aprimorar sua estruturação, vai ao encontro do estudo piloto da Plenária Virtual Permanente de Silva e Labra (2007)²³, que já em 2007 discutiam os benefícios desta medida, sendo uma abordagem de baixo custo e de grande amplitude que tende a favorecer o suprimento de questões estruturais e de alcance das ações dos conselhos de saúde.

A dimensão Representatividade reforçou a má aplicabilidade do princípio da paridade nos CMS de Santa Catarina. Embora a paridade não garanta a efetiva participação social, a existência de conselhos não paritários denuncia o

descumprimento das normativas e o comprometimento do equilíbrio de forças entre sociedade civil e governo na tomada de decisões²⁴. Destaca-se a presença de trabalhadores no segmento de usuários, a qual sugere uma dicotomia de interesses da representação em sobreposição à do segmento, uma vez que os conselheiros eleitos são signatários dos interesses daqueles que representam, fato este que pode comprometer as discussões que favoreceriam o segmento menos representado^{23,25}.

Outro grande ponto indagador nesta dimensão é o da disparidade da representação de usuários na composição da mesa diretora, uma vez que pesquisas já apontam que esta situação favorece a condução das atividades do conselho ao encontro dos interesses da gestão em detrimento às necessidades do segmento de usuários^{26,27}. Tal situação desperta a preocupante relação da efetivação da participação social no enfrentamento da pandemia, uma vez que cabe aos municípios a implementação de ações sanitárias de enfrentamento²⁸ e aos CMS sua aprovação⁸. A disparidade evidenciada sugere uma forte atuação da gestão municipal no direcionamento dos atos formulativos e deliberativos dos conselhos em relação à pandemia.

Com o melhor desempenho na matriz, a dimensão Planejamento no SUS comporta-se de forma similar ao estudo de Vieira (2010)¹⁷ e apresenta uma especificidade sobre as demais, assim favorecendo o elevado score. Tal situação se dá pela existência de atributos compulsórios dados pela LC 141/12, na qual o não cumprimento de seus dispositivos acarreta em punições previstas em lei¹⁹. Um aspecto de destaque nesta dimensão e em especial na pandemia é a alta taxa de participação dos conselheiros no processo de formulação dos instrumentos de gestão, pois esta atribuição do conselho é a única, nesta dimensão, que não possui normativa punitiva ao seu não cumprimento, mas a elevada taxa sugere o forte direcionamento da inclusão das necessidades dos segmentos nas estratégias do plano e programações de saúde.

A dimensão Autonomia é resultado da emancipação do conselho em relação à influência da gestão, sendo que suas medidas e indicadores refletem os dispositivos de poder sobre o planejamento e execução das atribuições do conselho, reforçando o papel dos conselheiros como sujeitos ativos dos processos atributivos e não agentes subjetivos na governabilidade do conselho e ao poder governamental²⁹. Desta forma, o desempenho “regular” nesta dimensão sugere uma

forte influência da gestão sobre os CMS, especialmente pelo alto percentual de CMS que informaram haver mudança de conselheiros, quando da mudança de mandato do Prefeito^{7,30}. A baixa taxa de comissões e de seus pareceres também reforçam este cenário, sobre o direcionamento das intenções e poder sobre o conselho, uma vez que as comissões e seus pareceres tem o propósito de substanciar as deliberações do pleno e averiguações do desempenho das políticas de ações de saúde^{8,31,32}. Especialmente no contexto da pandemia, o considerável percentual de conselhos que não tiveram constituição de comissão interna relativa à COVID-19 (52%) demonstra uma fragilidade na ampliação da capacidade de atuação do controle social nesse período crítico.

Com destaque deficitário a dimensão de Educação Permanente apresenta o pior desempenho dentre as dimensões avaliadas. Trazida pela resolução 453/12, a Educação Permanente é indispensável para que os conselheiros compreendam o seu papel, e atuem com um maior grau de efetividade^{26,27}. O pouco conhecimento das funções dos conselheiros tem sido apontado como uma das principais razões do baixo desempenho dos CMS^{30,33}. As ações de Educação Permanente tendem a inibir situações contrárias à concretização da participação social no SUS, gerando comunicação adequada, entrega e análise de documentos e pautas de forma condizente e qualificada, e potencializam as ações das comissões, qualificando os atos formulativos e deliberativos³³.

Em relação à pandemia, a deficiência na Educação Permanente pode ter impactado negativamente na atuação dos CMS, pois durante o período houve constante alteração sobre condutas e métodos sanitários de combate ao agravo⁹, assim como a constante remodelação das normativas, estruturas, práticas, e serviços de saúde^{34,35}, demandando dos conselheiros uma constante atualização de informações e participação ativa ao enfrentamento da COVID-19^{11,15}. Porém, sob um aspecto geral, foi observado neste estudo a baixa ocorrência de iniciativas de promoção da educação permanente por parte dos CMS a qual se presume o enfraquecimento da atuação dos CMS nesse contexto tão complexo

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se que pode estar relacionada ao fato de se tratar de uma avaliação normativa, cuja coleta de dados ocorreu com a participação direta do CES, portanto, alguns podem ter interpretado tal abordagem como uma ação fiscalizatória sobre o cumprimento das normativas

atribuídas aos CMS. Tem-se também a condição de que a coleta de dados se seu em meio à pandemia, assim podendo contribuir negativamente com a adesão á pesquisa. Outro aspecto considerado como limitante é que a aplicação da matriz avaliativa não emitiu juízo de valor para cada CMS, mas sim para o conjunto de conselhos do estado que participaram da pesquisa, de forma que não se comparou os resultados em função de outras variáveis como: porte populacional e região.

Considerações finais

A aplicação da matriz que avaliou a atuação dos CMS de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19 sinalizou fragilidades na efetividade da atuação destes conforme os princípios da participação social no SUS, destacando-se os indicadores relativos à paridade, comunicação, promoção da capacidade de atuação e autonomia, fragilidades estas que poderiam ser superadas principalmente através da implementação de ações de educação permanente. Como aspectos positivos, observou-se a potencialidade dos componentes estruturais, formulativos e deliberativos dos CMS, com destaque à utilização do ambiente virtual para realização das reuniões, que mesmo requerendo um melhor aprimoramento para utilização, apresentou-se neste período como uma ferramenta de baixo custo e de considerável relevância para a participação social na saúde.

Referências

1. BONAVIDES, P. **Ciência Política**. 18 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.
2. MACEDO, PSN. Democracia participativa na Constituição Brasileira. **Revista de Informação Legislativa**. 2008;45(178):181-193
3. BRASIL. Constituição Federal. Diário Oficial da União. 5 de out. 1988. (191): 1-32.
4. BRASIL. 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. **Diário Oficial da UNIÃO**. Brasília, 31 de dez..1990. Seq 1: 25694.
5. PAIM, JS. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
6. BORTOLI,FG; KOVALESKI, DF. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **SAÚDE DEBATE**. 2019; 43(123): 1168-1180.

7. BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Secretaria de Controle Externo da Saúde. **Orientações para conselheiros de saúde**. 2th ed. Brasília: TCU; 2015.
8. BRASIL. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial da UNIÃO**. 06 Jun. 2012. Seç 1: 138.
9. World Health Organization. **Coronavírus** [internet] WHO; 25 Jul 2020 [cited 20 Out 2020]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-update-on-covid-19---24-july-2020>
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde: O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002 / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. SANTA CATARINA. Decreto 509 de 17 de março de 2020. Dá continuidade a adoção progressiva de medidas de prevenção e combate ao contágio pelo coronavírus (COVID-19) nos órgãos e nas entidades da administração pública estadual direta e indireta e da outras providências. **Diário Oficial do Estado** 17 Mar 2020. 21.223-A: 1-2
12. WENDHAUSEN, A; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **cad. Saúde Pública**. 2002; 18(6):1621-1628.
13. MOURA, LM; SHIMIZU, HE. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016;37(esp):e70826.
14. BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: **Diário Oficial da União**. 04 Feb 2020. Sec 1:1.
15. SANTA CATARINA. Decreto 562 de 17 de abril de 2020. Declaração de calamidade pública em todo território catarinense. **Diário Oficial do Estado** 17 abr 2020. 21.250: 1-4
16. Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina. **RESOLUÇÃO 003/CES/2020** [Internet]. [Florianópolis]: Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina; 15 Jul 2020 [cited 20 Out 2020]. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conselhos-e-comissoes/ces/resolucoes-ces/resolucoes-2020/17594-resolucao-003-2020/file#:~:text=Recomendar%20%C3%A0s%20Secretarias%20Municipais%20de,no%20controle%20da%20execu%C3%A7%C3%A3o%20da>
17. VIEIRA, M; CALVO, MCM. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2011; 27(12):2315-2326.
18. HARTZ, Z.M.A. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
19. BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o paragrafo 3 do artigo 198 da constituição federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga

dispositivos das leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e das outras providências. **Diário Oficial da UNIÃO**. 16 Jan. 2012. Seção 1: 1-4.

20. VAN STRALEN, CJ; DE LIMA, AMD; SOBRINHO, DF; SARAIVA, LES; et.al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006;11(3):621-632.

21. MOREIRA MR, ESCOREL S. Conselhos de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009;14(3):795-805.

22. Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina. **RESOLUÇÃO 002/CES/2020**. [Internet]. [Florianópolis]:Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. 15 Jul 2020 [cited 04 Abr 2021]. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/resolucoes-ces/resolucoes-2020/17593-resolucao-002-2020/file>> Acesso em: 04/04/2021.

23. SILVA AB, LABRA. E. Plenária Virtual Permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. **Ci. Inf.** 2007;36(2): 106-117.

24. SILVA, RCC, ZUCCHI MAPNM. Participação social: um olhar sobre a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, a partir da Resolução 453/2012; **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2021; 31(2), e310210, 2021.

25. SIONI, ME, ELISEU, SILVA MZ. Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES). **SAÚDE DEBATE**. 2015; 39(104):197-209.

26. COTTA, RMM; CAZAL, MM; Rodrigues. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 2009; 19 (2): 419-438.

27. VENTURA CAA, MIWA MJ, SERAPIONI M, JORGE MS. . Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil.. **Interface (Botucatu)**. 2017; 21(63):907-20

28. SANTA CATARINA. Decreto 630 de 01 de junho de 2020. Altera o decreto 562 de 2020 e das outras providências. **Diário Oficial do Estado** em 01 de junho de 2020. 21.280: 1

29. NETO LK, FERREIRA JL, HENRIQUES MA, SANTOS HS, SANTOS ACC. Participação Social, Relações de Poder e Autonomia em Conselhos Distritais de Saúde. **Sau. & Transf. Soc.** 2016; 7(1):.49.-60.

30. CORREIA MVC. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

31. LIMA PPF, ALENCAR JLO, RIBEIRO UC, et al. **Conselhos Nacionais: elementos constitutivos para sua institucionalização**. Brasília, DF: Ipea; 2014.

32. SALIBA, NA; MOIMAZ, AS; FERREIRA, NF; CUSTÓDIO; LBM. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Rap**. 2009; 43(6):1369-1378.

33. ALENCAR, HHR. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde Soc**. 2012; 21(1): .223-233.

34. SODRÉ, F. Epidemia de COVID-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2020; 18(3): 1-12.

35. GLERIANO JS, FABRO GCR, TOMAZ WB, GOULART BF, CHAVES LDP. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**. 2020; 24(spe): 1-8.

7. CONCLUSÃO

A avaliação da estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19 mostrou-se um estudo de grande relevância para a participação social no SUS. Mesmo a matriz avaliativa apresentando um escore “Regular” como resultado, observou-se consideráveis fortalezas e potencialidades, como os achados na dimensão Planejamento no SUS e de outros indicadores pertencentes às dimensões Representatividade, Estrutura e Autonomia, apresentando um potencial inovador para a realização de plenárias na modalidade on-line. Porém em contraposição aos aspectos positivos, foram achados indicadores com grandes debilidades, como nos relativos à Educação Permanente, Comunicação, e os que se antagonizam ao conceito de participação social, como a Paridade, Autonomia e Capacidade de atuação.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. A reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, n.11, p.2-4, nov, 1988.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. 18 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1168-1180, out-dez, 2019.

BOSCHI, Renato Raul. **A arte da Associação**: política de base e democracia no Brasil. São Paulo: Vértice, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1492-relatorio-final-da-8-conferencia-nacional-de-saude>> Acesso em 20/09/2020

_____. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 de dez.1990. Seção 1, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde: O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. P.33

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprovar diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**. Brasília, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, n.º 236, p. 57.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília 2009 – 1ª Edição

_____. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3 do artigo 198 da constituição federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e da outras providencias. **Diário Oficial da UNIÃO**. Brasília, 16 de jan. 2012a. Seção 1 nº 11, p 1-4.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para Conselheiros Nacionais de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012c. **Diário Oficial da UNIÃO**. Brasília, 06 de jun. 2012c. Seção 1 nº 109, p 138.

_____. Ministério da Saúde. **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p

_____. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Controle Externo da Saúde. **Orientações para conselheiros de saúde**. 2. ed. – Brasília: TCU, 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

_____. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**. Brasília 04 de fevereiro de 2020. Seção 1, n 24A, p 1.

_____. Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002. Aprova, o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS. **Diário Oficial da UNIÃO**. Brasília 24 de junho de 2021. Seção 1, n 192, p-122

CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; OLIVEIRA, Egléubia Andrade de; CASANOVA, Angela Oliveira; TOLEDO, DA SILVA, Patrícia Pássaro; DOS SANTOS, Elizabeth Moreira. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 54-68, jan-mar, 2019.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de; SOUZA, Maria de Fátima; SHIMIZU, Helena Eri; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas; OLIVEIRA Kátia Cristina de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4 p. 901-911, 2012.

Cruz, Marly Marques da. Avaliação: conceitos e métodos. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 28, n. 7, p1414-1415, 2012. Acesso: em 26 junho 2020, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700019>>.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Sociedade**, v.21, supl.1, p.138-15, 2012.

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre; CHAMPAGNE, PINEAULT, François, Jean-Louis Denis Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *IN*: HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 29-49, 1997.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social**: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.

Coronavírus. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).2020. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em 20/10/2020.

Coronavírus. World Health Organization (WHO). 2020. Disponível em <<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-update-on-covid-19---24-july-2020>>. Acesso em 20/10/2020.

CÔRTEZ, Soraia Vargas; SILVA, Marcelo Kunrath; RÉOS, Janete Cardodo; BARCELOS, Márcio.. Conselho nacional de saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais CÔRTEZ, Soraia Vargas., org. **Participação e saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 41-71, 2009. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/8znq5/pdf/cortes-9788575413463-04.pdf>> Acesso em 18/10/2020

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 237-271, 2013. . Disponível em < <https://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173-08.pdf>> Acesso em 18/10/2020

DALLARI, Dalmo de Abreu. Sociedade, Estado e direito: caminhada brasileira rumo ao século XXI. In: MOTA, Carlos Guilherme . (org.) **Viagem incompleta – a experiência brasileira (1500-2000)**: a grande transação. São Paulo: SENAC, 2000.

DUARTE NETO, José. **A iniciativa popular na Constituição Federal**. São Paulo: RT, 2005.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; SILVA Andréia Neves da; MATHIS, Armin. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, p. 1911-1919, 2014.

FARIAS, Milton Cordeiro; SILVA, Andréia Neves da; MATHIS, Armin . Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6 p. 1911-1919, 2014.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3 p. 553-563, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FURTADO, Juarez Pereira; DA SILVA, Lúgia Maria Vieira. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, Dec. 2014.

FURTADO, Juarez Pereira; DA SILVA, Lúgia Maria Vieira. Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, p. 17-57, 2015.

GERSCHMAN, Sílvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GOMES, Ângela Maria; COLLISELLI, Liane; KLEBA, Maria Elisabeth; MADUREIRA, Valéria Silvana Aganello. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 1, p. 496-504, 2018.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde debate** Saúde em Debate, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria; DA SILVA, Andréia. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, V15. n3, p 831-840, 2010.

GUBA, Egon Gotthold; LINCOLN, Yvonna Session . **Fourth Generation Evaluation. Beverly Hills**: Sage, 1990.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira;orgs. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HOPPE, Ariane dos Santos, MAGEDANZ, Maria Carolina, WEIGELT Leni Dias; ALVES Luciane Maria Schmidt; DE REZENDE, Maristela Soares; FISCHBORN Aline Fernanda; KRUG Suzane Beatriz Frantz. Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. **Cinergis**, v.18, p.335-343, dez.

LANDERDHAL, Maria Celeste; UNFER, Beatriz; BRAUN, Katia; SKUPIEN, Jovito Adiel. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência& Saúde Coletiva**, v.15 n.5, p.2431-2436, 2010.

LOPES, Bruno de Jesus; SILVA, Edson Arlindo; MARTINS, Simone. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Revista Interações**, Campo Grande, MS, v. 17, n. 2, p. 163-172, abr./jun. 2016.

MACEDO, Paulo Sérgio Novais de. Democracia participativa na Constituição Brasileira. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília a. 45 n. 178 abr./jun. 2008

MAGALHÃES, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta; XAVIER, Wesley Silva . Processo participativo no controle social: um estudo de caso do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (MG). **Revista Eletrônica de Administração**. vol.25 no.1 Jan./Apr. 2019

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.3, p.447-448, maio-junho, 2004.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência Saúde Coletiva**, v.14, p.795-805. 2009.

MOURA, Luciana Melo de; SHIMIZU, Helena Eri. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, 2017.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; GUEDES, Gilvan Ramalho; TURRA, Cássio Maldonado; ANDRADE, Mônica Viegas; BOTEGA, Laura; NOGUEIRA, Daniel; CALAZANS, Julia Almeida; et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Caderno Saúde Pública**, v.36, n.6, 2020.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares. **Gestão Pública em Saúde: os desafios da avaliação em saúde**. EDUFMA. São Luis, 2016

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative evaluation and research methods**. SAGE Publications, inc, 1990.

ROCHA, Maricélia Braga; MOREIRA, Diane Costa; BISPO, José Patrício. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.1, 2020.

ROLIM, Leonardo Barbosa; BARRETO, Rachel de Sá; CRUZ Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar, 2013.

SANTA CATARINA (SC) Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina.

RESOLUÇÃO 001/CES/2015: Regimento Interno. 2015. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/regimento-interno-ces/4661-regimento-interno-ces/file>> Acesso em 20/10/2020.

_____. **Geografia**. 2020a. Disponível em

<<https://www.sc.gov.br/conhecasc/geografia>> Acesso em 12/12/2020

_____. Decreto 509 de 17 de março de 2020. Dá continuidade a adoção progressiva de medidas de prevenção e combate ao contágio pelo coronavírus (COVID-19) nos órgãos e nas entidades da administração pública estadual direta e indireta e da outras providências. **D.O.E. Diário Oficial do Estado** em 17 de março de 2020c.

_____. PORTARIA nº 179 de 12/03/2020. Institui o Centro de Operações Especiais e Saúde (COES). **D.O.E. Diário Oficial do Estado** em 12 de março de 2020c. 179p9.

_____. Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES/SC). **RESOLUÇÃO 002/CES/2020**. Sec. Est. de Saúde. Florianópolis. 2020d. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/resolucoes-ces/resolucoes-2020/17593-resolucao-002-2020/file>> Acesso em: 04/04/2021

_____. Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES/SC). **RESOLUÇÃO 003/CES/2020**: Recomenda às Secretarias Municipais de Saúde a inclusão da

representação de seu respectivo Conselho Municipal de Saúde na estrutura municipal de formulação de estratégia de enfrentamento à COVID-19, do seu

Município e assim assegurando a participação social na formulação de estratégias e

no controle da execução da Política de Saúde. 2020e. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos->

e-comissoes/ces/regimento-interno-ces/4661-regimento-interno-ces/file> Acesso em 20/10/2020

_____. PORTARIA SES nº 464 de 03 de julho de 2020. ° Institui o Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à COVID-19, que consiste em um conjunto de ferramentas digitais de análise de dados e de mecanismos jurídicos, para a tomada de decisão no sentido de flexibilizar ou restringir as atividades sociais e econômicas, de forma gradual, progressiva e regionalizada, embasada em critérios e dados epidemiológicos, a partir de um monitoramento constante da situação pandêmica regional, criando subsídios à decisão para o enfrentamento ao coronavírus (COVID-19), considerando as Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina. **D.O.E. Diário Oficial do Estado** em 03 de julho de 2020f. p8.

_____. Secretaria estadual de saúde de Santa Catarina. Coronavírus. **Secretaria Estadual de Saúde**. Florianópolis. 2020g. Disponível em: <<https://dados.sc.gov.br/dataset/instrumentos-legais-para-enfrentamento-ao-coronavirus-covid-19>>. Acesso em: 30/09/2020

SANTOS, Sílvia França; VARGAS, Andréa Maria Duarte; LUCAS, Simone Dutra. Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.20, n.2, p.483-495, 2011.

SANTOS, Elane Patrícia Fernandes Costa dos; MOREIRA, Diane Costa; BISPO, José Patrício. Avaliação de desempenho dos conselhos de saúde em municípios de pequeno e médio porte. **Saúde e Sociedade**, v.30, n.3, 2021.

SERAPIONI, Mauro; LOPES, Clélia Maria. Nolasco; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação em Saúde – Teorias, Conceitos e Métodos. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, p. 497-520, 2013.

SILVA, José Afonso da. **Poder constituinte e poder popular: estudos sobre a constituição**. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, Maria Ozanira Silva da (org). **Avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SOARES, Fabiana de Menezes. **Participação Popular no Estado**: fundamentos da democracia participativa. In: Direito administrativo de Participação. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 1997.

SOUSA, George Jó Bezzera; GARCES, Thiago Santos; CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa; MOREIRA, Tereza Maria Magalhães; FLORENCIO, Raquel Sampaio; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Estimation and prediction of COVID-19 cases in brazilian metropolises. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.28, 2020.

SOUTO Lúcia Regina Florentino, DE OLIVEIRA Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, v.40, n.108, p. 204-218, jan-mar, 2016.

SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes, SILVA, Lúgia Maria Vieira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA Lúgia Maria Vieira. orgs. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática

na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 65-102

TANAKA, Oswaldo Yoshimi.; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001.

ULHOA, Daiana Aparecida Moreira. **Importância da participação popular nas ações de saúde**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, p.30, 2012.

URBINATI, Nadia. O que torna a representação democrática?. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.67, p. 191-228, 2006.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.14, suppl.2, p.S07-S18, 1998.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes; DE LIMA, Ângela Maria Dayrell; SOBRINHO, Delcio da Fonseca; SARAIVA, Leonor do Espírito Santo; van Stralen, Terezinha Berenice de Sousa; BELISÁRIO Soraya Almeida. 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.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. **Modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Coletiva. Florianópolis, p. 105, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.9, 2020.

GONDIM, Linda Maria. Os movimentos sociais urbanos: organização e democracia interna. **Sociedade e Estado**, v.6, n.02, p.129–150, 2022.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.5, p. e00068820, jan/mai, 2020.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. 6, p.1621-1628, 2002.

9. APÊNDICE

APÊNDICE A – Formulário online da Avaliação

25/09/22, 20:05

Avaliação da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina

Avaliação da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina

OBSERVAÇÕES INICIAIS:

Prezado(a) Conselheiro(a) ou Secretário(a) Executivo(a),

Você está sendo convidado(a) a responder um formulário online com perguntas referentes à atuação do Conselho Municipal de Saúde a que pertence. Este procedimento faz parte da pesquisa de Mestrado intitulada "Avaliação da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19", coordenada por Profa. Dra. Claudia Flemming Colussi e o mestrando/conselheiro Alexandre Cunha dos Santos, pertencentes ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Esta pesquisa está sendo realizada em parceria com o Conselho Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina com os objetivos de identificar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19 e fomentar ações de fortalecimento das ações dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina.

A presente pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, garantindo assim a confidencialidade dos dados e seu uso exclusivo para produção científica, assegurando os direitos em pesquisa dos envolvidos de forma a preservar a identidade e direitos correlacionados.

Caso você aceite participar, terá que eletronicamente confirmar sua participação, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso e esta disponível através do link abaixo.

Link TCLE:

https://drive.google.com/file/d/1n3y2vJN4Cl5DjEoL_TB4GUJdJqw5Dlv/view?usp=sharing

O formulário eletrônico é composto por perguntas relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde, a serem respondidas pela Secretaria Executiva e um Conselheiro Titular, cujas opções de respostas deverão ser selecionadas de acordo com a realidade do Conselho Municipal ao qual pertence, o que deve dispendir cerca de 30 minutos.

INFORMAÇÕES DE ÉTICA EM PESQUISA

Riscos e Benefícios

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos considera-se a existência de um grau de risco, que neste caso é considerado mínimo por envolver apenas a resposta ao questionário online e para garantir a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos, a caracterização dos mesmos será feita por codificação de sua identidade, garantindo o sigilo de informações pessoais. Todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente com finalidades científicas conforme previsto no consentimento do

participante.

Como benefício os resultados do projeto servirão para aumentar o conhecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde e subsidiar ações de fortalecimento dos conselhos municipais de saúde de Santa Catarina, como de educação permanente.

Sigilo, Anonimato e Privacidade

O material e informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária e o (a) Senhor (a) a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

Autonomia

A(a) Senhor(a) também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a sua participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Devolutiva dos resultados

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de outubro de 2021 por meio eletrônico (e-mail) os quais também serão encaminhados aos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina e apresentado em plenária do Conselho estadual de Saúde de Santa Catarina. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Ressarcimento e Indenização

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcido do valor gasto. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com você.

Dúvidas e/ou outros esclarecimentos podem ser feitos pelos seguintes contatos:

E-mail: alefisiosc@live.com

Whats/Cel (48) 9.9942-2391

Alexandre Cunha dos Santos

Mestrando/Conselheiro Estadual

***Obrigatório**

1. Li e concordo em responder o questionário? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Pular para a pergunta 2*
 Não *Pular para a pergunta 89*

Pular para a pergunta 2

Dados do
entrevistado

Prezado (a) participante, as seguintes questões são relacionadas a identificação do entrevistado e do Conselho Municipal de Saúde a que pertence.

2. Município a que pertence o Conselho Municipal de Saúde? *

3. Qual a sua atribuição no Conselho? *

Marcar apenas uma oval.

- Conselheiro *Pular para a pergunta 53*
 Secretaria Executiva *Pular para a pergunta 4*

Dados do
entrevistado

As seguintes questões são relacionadas a identificação do entrevistado e do Conselho Municipal de Saúde a que pertence.

4. Qual a data da instituição legal do Conselho? *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. De quanto tempo é o mandato dos conselheiros? *

Marcar apenas uma oval.

- 1 ano
 2 anos
 3 anos
 4 anos

6. Quando ocorreu a última eleição para conselheiros? *

Marcar apenas uma oval.

- 2017
 2018
 2019
 2020

7. Há quanto tempo você ocupa a função de Secretaria executiva no Conselho? *

Estrutura
do
Conselho

Prezado (a) Secretário (a), as seguintes questões são relacionadas aos componentes pertencentes a estrutura do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

8. M1: Com relação a sua estrutura administrativa, o Conselho de Saúde possui: *
Você pode assinalar mais de uma alternativa

Marcar apenas uma oval por linha.

| | A) Próprio(a) | B) De outro setor da Prefeitura | C) Não possui |
|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Sala | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Computador | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Linha telefônica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acesso a internet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. M3: Com relação à Secretaria Executiva, o Conselho de Saúde: *

Marcar apenas uma oval.

- A) Possui um técnico exclusivo para a função
- B) Possui um técnico da Secretaria Municipal de Saúde que compartilha a função
- C) Possui um conselheiro que exerce a função
- D) Não há uma pessoa designada para essa função
- Outro: _____

10. Caso tenha assinalado a opção outro, especifique:

11. M4: Com relação ao orçamento próprio, o Conselho de Saúde: *

Marcar apenas uma oval.

- A) Apresenta rubrica específica no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.
- B) Apresenta rubrica vinculada à Secretaria Municipal de Saúde no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.
- C) Não apresenta rubrica no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

12. M5: Com relação ao Regimento Interno, o Conselho de Saúde: *

Marcar apenas uma oval.

- A) Possui Regimento Interno, homologado pelo Prefeito
- B) Possui Regimento Interno, porém não homologado pelo Prefeito
- C) Não possui Regimento Interno

Representatividade

Sr.(a) Secretário(a) Executivo(a), as próximas questões são relacionadas aos aspectos de composição dos segmentos do Conselho Municipal de Saúde.

13. M6: Número de conselheiros titulares do Conselho Municipal de Saúde: *

14. M6.1: Número de conselheiros titulares representantes do segmento dos USUÁRIOS: *

15. M6.2: Número de conselheiros titulares representantes do segmento dos PROFISSIONAIS DE SAÚDE: *

16. M7: Algum profissional de saúde, cargo comissionado do governo ou prestador de serviço de saúde atuou no Conselho Municipal de Saúde como representante do segmento dos USUÁRIOS no ano de 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim
 B) Não

17. M8.1: Dos conselheiros representantes de usuários que exerceram seus mandatos no ano de 2020, quantos foram indicados por escrito, através de documento oficial, pelas entidades dos USUÁRIOS? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Todos
 B) A maioria
 C) Alguns
 D) Nenhum

18. M8.2: Dos conselheiros representantes do profissionais de saúde que exerceram seus mandatos no ano de 2020, quantos foram indicados por escrito, através de documento oficial, pelas entidades dos PROFISSIONAIS DE SAÚDE? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Todos
 B) A maioria
 C) Alguns
 D) Nenhum

19. M8.3: Dos conselheiros representantes dos prestadores de serviços que exerceram seus mandatos no ano de 2020, quantos foram indicados por escrito, pelas entidades dos PRESTADORES DE SERVIÇOS? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Todos
- B) A maioria
- C) Alguns
- D) Nenhum

20. M9: No exercício do ano de 2020, o conselho apresentou algum membro eleito do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e/ou do Ministério Público? *

Você pode assinalar mais de uma alternativa

Marque todas que se aplicam.

- A) Teve ao menos um Vereador como conselheiro em 2020
- B) Teve ao menos um Membro do Poder Judiciário e/ou do Ministério Público como conselheiro em 2020
- C) Em 2020 não havia nenhum Vereador, membro do legislativo ou ministério público como conselheiro
- Outro: _____

21. M10.1: O conselho tem Mesa Diretora? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, possui mesa diretora *Pular para a pergunta 22*
- B) Não possui mesa diretora *Pular para a pergunta 24*

Representatividade

Sr. (a) Secretário (a) Executivo (a), as seguintes questões são relacionadas aos aspectos de composição dos segmentos do Conselho Municipal de Saúde.

22. M10.2: A Mesa Diretora é composta por quantos membros? *

23. M10.3: Quantos membros da Mesa Diretora são representantes do segmento dos usuários? *

Dinâmica
Organizacional

Sr.(a) Secretário(a) Executivo(a), as próximas questões são relacionadas às atividades do Conselho Municipal de Saúde.

24. M11.1: Quantas reuniões ordinárias foram realizadas durante o ano de 2020? *

25. M11.2: Há existência de recesso regimental das atividades do conselho? *

Marcar apenas uma oval.

A) Sim

B) Não

26. M11.3: Caso a resposta seja sim, informe os meses em que ocorre o recesso regimental das atividades do conselho:

27. M12: Houve divulgação (em site, rádio, mídias sociais e outros) das datas e horários das reuniões do Conselho Municipal de Saúde para a sociedade em 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre
- B) Na maioria das vezes
- C) As vezes
- D) Raramente
- E) Nunca

28. M18: No ano de 2020, as Resoluções, Recomendações, Normatizações ou Moções decorrentes das decisões e deliberações da Plenária do Conselho foram homologadas pelo chefe do poder executivo num prazo de 30 dias? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre
- B) Na maioria das vezes
- C) As vezes
- D) Raramente
- E) Nunca
- F) Em 2020 não teve nenhuma Resolução, Recomendação, Normatização ou Moção decorrente das decisões e deliberações da Plenária do Conselho

29. M19: Qual meio de comunicação foi utilizado para a divulgação à população das deliberações que ocorreram nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde em 2020? *

Você pode assinalar mais de uma alternativa

Marque todas que se aplicam.

- A) Rádio
- B) Panfleto
- C) Jornal
- D) Mural
- E) Cartaz
- F) Publicação oficial
- G) Mídias virtuais
- H) Outros meios
- I) Não houve divulgação por nenhum meio
- J) Não houve deliberação do Conselho em 2020

30. Caso a resposta anterior seja "Outros meios", especifique os outros meios utilizados para a divulgação à população das deliberações que ocorreram nas reuniões do Conselho

31. M20: No ano pandêmico de 2020, nas deliberações do Conselho Municipal de Saúde (como aprovação da PAS, apreciação do Relatório Quadrimestral, etc.) havia quórum mínimo: *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre
- B) Na maioria das vezes
- C) Às vezes
- D) Raramente
- E) Nunca
- F) Não houve deliberação do Conselho em 2020

32. M21: O Conselho Municipal de Saúde fez convocação de Conferência Municipal (ou Regional) de Saúde, entre 2018 - 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim
- B) Sim, porém foi cancelada em função da pandemia
- C) Não

Sistema de
Planejamento
no SUS

Sr. (a) Secretário (a) Executivo (a), as seguintes questões são relacionadas à atuação do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

33. M22: O Conselho Municipal de Saúde atuou na formulação do Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021? *

Marque todas que se aplicam.

- A) Sim, foi atribuído a uma comissão, grupo técnico ou representação do conselho para participar do processo de formulação
- B) Sim, teve a participação independente de conselheiros
- C) Sim, ocorreu plenária para consultar o conselho sobre o processo de formulação
- D) Não houve participação do conselho no processo de formulação
- E) Outra forma de participação

34. M24: Em 2019, o conselho atuou na formulação da Programação Anual de Saúde do ano de 2020? *

Marque todas que se aplicam.

- A) Sim, foi atribuído a uma comissão, grupo técnico ou representação do conselho para participar do processo de formulação
- B) Sim, teve a participação independente de conselheiros
- C) Sim, ocorreu plenária para consultar o conselho sobre o processo de formulação
- D) Não houve participação no conselho no processo de formulação
- E) Outra forma de participação

35. Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido "Outra forma de participação", especifique o meio utilizado para atuação na formulação da Programação Anual de Saúde.

36. M27: O Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 foi apreciado (deliberado) pelo Conselho Municipal de Saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, através de uma plenária
- B) Sim, pela mesa diretora
- C) Sim, por uma comissão, Grupo de Trabalho ou por conselheiros indicados
- D) Sim, por outro meio
- E) Não foi apreciado

37. Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido "Sim, por outro meio", especifique o meio utilizado para apreciação (deliberação) do Plano Municipal de Saúde?

38. M29: O conselho apreciou/aprovou da Programação Anual de Saúde do ano 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, através de uma plenária
- B) Sim, pela mesa diretora
- C) Sim, por uma comissão, Grupo de Trabalho ou por conselheiros indicados
- D) Sim, por outro meio (especificar)
- E) Não apreciou

39. Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido "Sim por outro meio", especifique o meio utilizado para apreciação (deliberação) da Programação Anual de Saúde 2020?

40. M34: Com que frequência o Conselho Municipal de Saúde desenvolve ações de fiscalização e acompanhamento contínuo dos serviços e ações de saúde do município? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Com muita frequência
- B) Com pouca frequência/Esporadicamente
- C) Não desenvolve esse tipo de ação

41. M35: Com que frequência o Conselho Municipal de Saúde dá encaminhamento e investiga as denúncias relativas à atuação dos serviços e ações em saúde no município? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Com muita frequência
- B) Com pouca frequência/Esporadicamente
- C) O conselho não recebe denúncias relativas à atuação dos serviços e ações em saúde no município

Autonomia

Sr.(a) Secretário(a) Executivo(a), as próximas questões são relacionadas à gerência do Conselho Municipal de Saúde.

42. M36: O Presidente/Coordenador do Conselho Municipal de Saúde é designado para tal função por meio de qual processo? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Eleito em plenária
- B) Indicado pelo Secretário de saúde
- C) Essa função é exercida pelo Secretário de saúde
- D) Outro, especificar

43. Se a resposta da pergunta anterior for "outro" especifique o processo de designação da função de Presidente/Coordenador do Conselho

44. M37: Ocorreu eleição para para novos conselheiros em 2017? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim
- B) Não
- Outro: _____

45. M38: Há Comissões Internas (ou Câmaras Técnicas) formalmente constituídas no Conselho? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, regimentais e constituídas em plenárias
- B) Somente regimentais
- B) Somente constituídas em plenárias
- C) Inexistentes

46. M39: O conselho teve um comissão constituída relativa à COVID 19? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim
- B) Não

47. M40: O conselho fez parte de comissão, GT, ou outro espaço da PMF relacionado ao gerenciamento da COVID19? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim
 B) Não

Educação
Permanente

Sr. (a) Secretário (a) Executivo (a), as próximas questões são relacionadas à capacitação dos Conselheiros.

48. M42: Há existência de capacitação para os conselheiros no início do mandato? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre
 B) Na maioria das vezes
 C) As vezes
 D) Raramente
 E) Nunca

49. M42.1: Caso o conselho realize alguma atividade de capacitação para os conselheiros no início do mandato, use este campo para especificar a ou as atividades desenvolvidas:

50. M42.2: Caso o conselho não realize atividade de capacitação para os conselheiros no início do mandato, use este campo para especificar as razões que você acredita para a contribuição da não realização da capacitação:

51. M44: Desconsiderando o ano pandêmico de 2020, há existência de ações de educação permanente durante o mandato dos conselheiros? *

Marque todas que se aplicam.

- A) Sim, através de oficina específica de capacitação
- B) Sim, através de debates com temas de interesse do Conselho
- C) Sim, com a realização plenárias com palestras e apresentações por especialistas de temas de interesse do conselho
- D) Não ocorre nenhum tipo de ação de Educação Permanente
- E) Outros, especificar

52. M44.1: Caso a resposta tenha sido "Outro" utilize este espaço para especificar as ações de educação permanente durante o mandato dos conselheiros:

Pular para a pergunta 88

Dados do
entrevistado

Prezado (a) participante, as seguintes questões são relacionadas a identificação do entrevistado e do Conselho Municipal de Saúde a que pertence.

53. Segmento a que você pertence? *

Marcar apenas uma oval.

- Usuário
- Profissional de Saúde
- Governo (Secretaria de Saúde)
- Prestador de serviço de saúde

54. Tempo de atuação do Conselho de Saúde (em meses): *

55. Possui cargo na mesa diretora? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum Cargo na Mesa Diretora
- Presidente / Coordenador
- Vice-Presidente / Vice-Coordenador
- Secretário
- Vice-Secretário
- Outro: especificar

56. Caso tenha assinalado a opção outro, especifique o cargo na mesa diretora

Pular para a pergunta 57

**Estrutura
do
Conselho**

Prezado(a) Conselheiro(a), as próximas questões são relacionadas aos componentes pertencentes à estrutura do Conselho Municipal de Saúde.

57. M2: Durante o ano pandêmico de 2020 as plenárias ocorreram de forma presencial ou virtual? *

Marcar apenas uma oval.

Presencial *Pular para a pergunta 60*

Virtual *Pular para a pergunta 58*

Estrutura
do
Conselho

Prezado(a) Conselheiro(a), as próximas questões são relacionadas aos componentes pertencentes à estrutura do Conselho Municipal de Saúde.

58. M2.1: Quanto ao meio utilizado para realização das plenárias virtuais em 2020, a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou: *
- Você pode assinalar mais de uma alternativa

Marque todas que se aplicam.

Opção 1

B) Plataforma para reuniões on-line

C) E-mail coletivo

D) Outro

E) O meio utilizado não foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde

Outro: _____

59. M2.2: Caso sua resposta da pergunta anterior seja "Outro" utilize este espaço para especificar a forma com que se deu as plenárias:

Dinâmica
Organizacional

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas às atividades do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

60. M13: Ocorreu a rotina de entrega da pauta das reuniões aos conselheiros com a antecedência de 10 dias à plenária no ano de 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) A pauta das reuniões é sempre entregue com 10 dias de antecedência
- B) Na maioria das reuniões a pauta é entregue com 10 dias de antecedência
- C) Às vezes a pauta é entregue com 10 dias de antecedência
- D) Raramente a pauta é entregue com 10 dias de antecedência
- E) A pauta das reuniões nunca é entregue com 10 dias de antecedência

61. M14: Em 2020 ocorreu a rotina de entrega de material de apoio às reuniões (relatórios, planos, programas, etc.) aos conselheiros com a antecedência de 10 dias à plenária? *

Marcar apenas uma oval.

- A) O material de apoio às reuniões é sempre entregue com 10 dias de antecedência
- B) Na maioria das reuniões o material de apoio é entregue com 10 dias de antecedência
- C) Às vezes o material de apoio é entregue com 10 dias de antecedência
- D) Raramente o material de apoio é entregue com 10 dias de antecedência O material de apoio às reuniões nunca é entregue com 10 dias de antecedência
- E) O material de apoio às reuniões nunca é entregue com 10 dias de antecedência

62. M15: No ano de 2020, as atas das reuniões foram aprovadas rotineiramente ao final da mesma reunião, ou no início da reunião seguinte? *

Marcar apenas uma oval.

- A) A ata sempre foi aprovada ao final da mesma reunião ou no início da reunião seguinte
- B) Na maioria das vezes a ata foi aprovada ao final da mesma reunião ou no início da reunião seguinte
- C) Às vezes a ata foi aprovada ao final da mesma reunião ou no início da reunião seguinte
- D) Raramente a ata foi aprovada ao final da mesma reunião ou no início da reunião seguinte
- E) A ata nunca foi aprovada ao final da mesma reunião ou no início da reunião seguinte
- F) Não houveram reuniões do Conselho em 2020
- G) As reuniões do Conselho em 2020 não foram registradas em ata

63. M16: No ano de 2020, as pautas das plenárias foram rotineiramente aprovadas pela plenária ou mesa diretora? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre foram aprovadas pela mesa diretora ou plenária
- B) Na maioria das vezes foram aprovadas pela mesa diretora ou plenária
- C) Às vezes foram aprovadas pela mesa diretora ou plenária
- D) Raramente foram aprovadas pela mesa diretora ou plenária
- E) Nunca foram aprovadas pela mesa diretora ou plenária
- Outro: _____

64. M17: Durante as plenárias de 2020 foram estabelecidos Resoluções, Recomendações, Normatizações ou Moções decorrentes das decisões e deliberações da Plenária do Conselho? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre
- B) Na maioria das vezes
- C) As vezes
- D) Raramente
- E) Nunca

Sistema de
Planejamento
no SUS

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à atuação do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

65. M23: Em função da pandemia da COVID-19 o Plano Municipal de Saúde 2018- 2021 teve alterações? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, teve alterações no Plano Municipal de Saúde
Pular para a pergunta 66
- B) Não teve alterações no Plano Municipal de Saúde
Pular para a pergunta 69

Sistema de
Planejamento
no SUS

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à atuação do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

66. M23.1: Em função das alterações dos Planos Municipais de Saúde em decorrência da pandemia da COVID-19, o conselho atuou na reformulação do Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Foi atribuído a uma comissão, grupo técnico ou representação do conselho para participar do processo de formulação
- B) Teve a participação independente de conselheiros
- C) Ocorreu plenária para consultar o conselho sobre o processo de formulação
- D) Não houve participação do conselho no processo de formulação
- E) Não ocorreu alteração do Plano Municipal de Saúde (2018 - 2021), mesmo em função da pandemia.
- Outro: _____

67. M28: Em função das alterações dos Planos Municipais de Saúde em decorrência da pandemia da COVID-19, o conselho apreciou (deliberou) as alterações do Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, em plenária
- B) Sim, pela mesa diretora
- C) Sim por uma comissão, Grupo de Trabalho ou por conselheiros indicados
- D) Sim por outro meio (especificar)
- E) Não foi apreciado (deliberado) pelo Conselho

68. M28.1: Caso a resposta anterior seja "outro meio" especifique o método utilizado para apreciação (deliberação) das alterações do Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021.

Sistema de
Planejamento
no SUS

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à atuação do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

69. M25 Em função da pandemia da COVID-19 a Programação Anual de Saúde de 2020, teve alterações? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, teve alterações na Programação Anual de Saúde
Pular para a pergunta 70
- B) Não teve alterações na Programação Anual de Saúde
Pular para a pergunta 73

Sistema de
Planejamento
no SUS

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à atuação do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

70. M25.1 Em função das alterações da Programação Anual de Saúde de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19, o conselho atuou na reformulação da PAS: *

Marcar apenas uma oval.

- A) Foi atribuído a uma comissão, grupo técnico ou representação do conselho para participar do processo de formulação
- B) Teve a participação independente de conselheiros
- C) Ocorreu plenária para consultar o conselho sobre o processo de formulação
- D) Não houve participação no conselho no processo de formulação
- E) Não ocorreu alteração da PAS 2020, mesmo em função da pandemia.
- Outro: _____

71. M30: Em função das alterações da Programação Anual de Saúde de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19, o conselho apreciou (deliberou) as alterações da PAS referente ao ano de 2020: *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, em plenária
- B) Sim, pela mesa diretora
- C) Sim por uma comissão, Grupo de Trabalho ou por conselheiros indicados
- D) Sim por outro meio (especificar)
- E) Não foi apreciado (deliberado) pelo Conselho

72. M30.1: Caso a resposta anterior seja "outro meio" especifique o método utilizado para apreciação (deliberação) das alterações da PAS referente ao ano de 2020.

Sistema de Planejamento no SUS

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à atuação do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

73. M26: O conselho atuou na formulação da Programação Anual de Saúde para o ano de 2021? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Foi atribuído a uma comissão, grupo técnico ou representação do conselho para participar do processo de formulação
- B) Teve a participação independente de conselheiros
- C) Ocorreu plenária para consultar o conselho sobre o processo de formulação
- D) Não houve participação no conselho no processo de formulação

74. M31: O conselho apreciou (deliberou) a Programação Anual de Saúde para o ano de 2021? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, através de uma plenária
- B) Sim, pela mesa diretora
- C) Sim, por uma comissão, Grupo de Trabalho ou por conselheiros indicados
- D) Sim, por outro meio (especificar)
- E) Não apreciou
- Outro: _____

75. M31.1: Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido "sim, por outro meio", especifique o meio utilizado para apreciação da PAS 2021:

76. M32: Em 2020 o conselho apreciou (deliberou) o Relatório de Gestão de Saúde do ano de 2019? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim, em plenária
- B) Sim, pela mesa diretora
- C) Sim, por uma comissão, Grupo de Trabalho ou por conselheiros indicados
- D) Sim, por outro meio (especificar)
- E) Não apreciou (deliberou) o relatório de Gestão de Saúde do ano de 2019

77. M32.1: Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido "sim, por outro meio", especifique o meio utilizado para apreciação do Relatório de Gestão de Saúde do ano de 2019

78. M33: Em relação a apresentação ao conselho, dentro do prazo legal, dos Relatórios Quadrimestrais (RQ) referentes ao ano de 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre foram apresentados dentro do prazo legal
- B) Na maioria das vezes foram apresentados dentro do prazo legal
- C) Algumas vezes foram apresentados dentro do prazo legal
- D) Raramente foram apresentados dentro do prazo legal
- E) Nunca foram apresentados dentro do prazo legal
- F) Não foram apresentados em plenária do conselho
- Outro: _____

Autonomia

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à gerência do Conselho Municipal de Saúde. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

79. M41: Em 2020, as Comissões Internas (ou Câmaras Técnicas), apresentaram Pareceres para serem apreciados pelo Conselho? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sempre
- B) Na maioria das vezes
- C) As vezes
- D) Raramente
- E) Nunca
- F) Não teve atividades de Comissões Internas (ou Câmaras Técnicas) em 2020

Educação
Permanente

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à capacitação dos Conselheiros. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

80. M43: Houve conselheiros que iniciaram o mandato em 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim *Pular para a pergunta 81*
- B) Não *Pular para a pergunta 83*

Educação
Permanente

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à capacitação dos Conselheiros. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

81. M43.1: Foi realizada alguma estratégia de capacitação para os conselheiros que iniciaram seu mandato em 2020? *

Marcar apenas uma oval.

- A) Sim
- B) Não

82. M43.2: Caso a resposta seja "Sim" especifique qual ou quais estratégias de capacitação foram realizadas para os novos conselheiros de 2020:

Educação
Permanente

Sr. (a) Conselheiro (a), as seguintes questões são relacionadas à capacitação dos Conselheiros. Nesta dimensão você pode selecionar uma ou mais alternativas e/ou descrever itens, considerando a realidade do conselho a que pertence.

83. M45: Durante o ano de 2020 o conselho realizou alguma estratégia de educação permanente? *

Marque todas que se aplicam.

- A) Foi oficina (momento) específica de capacitação sobre atuação do Conselho
- B) Foi realizado debates com temas de interesse do Conselho
- C) Foi realizado em planária palestras e apresentações por especialistas de temas de interesse do conselho
- D) Não ocorre nenhum tipo de ação de Educação Permanente
- E) Outros, especificar

84. M45.1: Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido "outro", especifique o método de Educação Permanente utilizado.

85. M46: No ano de 2020 os conselheiros participaram de capacitações e/ou estratégias de educação permanente oferecidas pelo TCU (Tribunal de Contas da União), (Conselho Nacional de Saúde) CNS, ou (Conselho Nacional de Saúde) CES? *

Marcar apenas uma oval.

A) Sim

B) Não

86. M46.1: Caso a resposta tenha sido "Sim" informe quais ações de capacitação/educação permanente que os conselheiros participaram?

87. 46.2: Quanto as estratégias de capacitação e educação permanente, você tem alguma sugestão de metodologia a ser aplicada para melhorar a atuação dos conselheiros de saúde?

Contribuição

Prezado (a) este espaço será dedicado a argumentação de contribuições para o aperfeiçoamento das atividades do conselho, tendo como base a atuação durante a pandemia da COVID-19.

88. Quais os impactos da pandemia da COVID-19 nas atividades do Conselho Municipal de Saúde? *

Agradecimento!

89. Agradecemos a sua participação nesta pesquisa e deixamos um campo aberto para que você possa se manifestar livremente sobre quaisquer observações da pesquisa ou da realidade de seu Conselho de Saúde.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

10. ANEXOS

ANEXO 1 – Matriz Avaliativa Vieira (2010)

Quadro 1 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Estrutura da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.

| a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA | PARÂMETRO | VALOR |
|--|--|-------|
| a) Estrutura administrativa b) Existência de sala, computador, telefone, à disposição do Conselho c) Resolução 333 CNS | Bom = existência de todos os componentes | 1 |
| | Ruim = inexistência de estrutura própria | 0 |
| a) Secretaria executiva b) Existência de ato legal da administração pública definindo funcionário para a atividade c) Resolução 333 CNS | Bom = existência de indicação formal | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Orçamento próprio b) Existência de rubrica no orçamento municipal específica para o controle social c) Lei 8.142/90 e Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Regimento Interno b) Existência de Regimento Interno homologado pelo Executivo c) Resolução 333 CNS | Bom = existência e homologado | 1 |
| | Ruim = Inexistência | 0 |

Quadro 2 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Representatividade da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.

| a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA | PARÂMETRO | VALOR |
|---|---|-------|
| a) Composição percentual do Conselho b) Existência de distribuição dos conselheiros por segmento corresponde a 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de governo e prestadores de serviço c) Lei 8.142/90 e Resolução 333 CNS | Bom = existência da distribuição percentual preconizada | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Representatividade dos usuários b) Inexistência de profissional de saúde, cargo comissionado do Executivo ou prestador de serviço no segmento dos usuários c) Lei 8.142 e Resolução 333 CNS | Bom = inexistência | 1 |
| | Ruim = existência | 0 |
| a) Representação das entidades b) Existência de indicação registrada por escrito de representantes dos segmentos c) Lei 8.142/90 e Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Composição da Mesa Diretora b) Existência de paridade com o segmento dos usuários na composição da Mesa Diretora c) Resolução 333 CNS | Bom = paritária | 1 |
| | Ruim = não paritária | 0 |

Quadro 3 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Dinâmica Organizacional da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.

| a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA | PARÂMETRO | VALOR |
|---|-------------------------------------|-------|
| a) Plenária com reunião mensal b) Existência de plenárias ordinárias mensais c) Resolução 333 CNS | Bom = Sim | 1 |
| | Ruim = Não | 0 |
| a) Divulgação das reuniões b) Divulgação das datas e horários das reuniões por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio c) Resolução 333 CNS | Bom = 3 ou mais meios de divulgação | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Entrega prévia de pauta b) Rotina de entrega de pauta das reuniões com a antecedência prevista no Regimento Interno c) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Entrega prévia de material de apoio b) Rotina de entrega de material de apoio para as reuniões com a antecedência prevista no Regimento c) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Aprovação rotineira da ata da reunião anterior b) Existência de aprovação rotineira da ata da reunião anterior no dia da reunião c) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Aprovação de pauta de reunião pela Plenária b) Existência de aprovação pela Plenária da pauta da reunião previamente ao início da mesma c) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Existência de atos deliberativos b) Existência de deliberações da Plenária constantes em atos deliberativos c) Resolução 333 CNS e Lei 8.142/90 | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = deliberações somente em ata | 0 |
| a) Divulgação das deliberações b) Divulgação das deliberações da Plenária do Conselho por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio c) Resolução 333 CNS | Bom = existência de 3 ou mais meios | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Convocação da Conferência Municipal de Saúde b) Convocação da Conferência Municipal de Saúde realizada nos últimos 4 anos c) Lei 8.142/90 | Bom = convocada | 1 |
| | Ruim = não convocada | 0 |

Quadro 4 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Sistema de Planejamento no SUS da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.

| a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA | PARÂMETRO | VALOR |
|---|----------------------|-------|
| a) Apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS) b) PMS apreciado nos últimos 4 anos c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90; Lei 8.080/90; PT 3332/06 | Bom = apreciado | 0 |
| | Ruim = não apreciado | 1 |
| a) Apreciação do Plano Plurianual (PPA) b) PPA apreciado no primeiro ano do mandato do Prefeito Municipal c) Resolução 333 CNS; CF (1988); LC 101 | Bom = apreciado | 1 |
| | Ruim = não apreciado | 0 |
| a) Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) b) RAG apreciado no ano anterior c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90; PT 3176/08 | Bom = apreciado | 1 |
| | Ruim = não apreciado | 0 |
| a) Apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias b) Lei de Diretrizes Orçamentárias apreciada no ano | Bom = apreciada | 1 |

| | | |
|---|----------------------|---|
| anterior c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90; CF (1988). LC 101 | Ruim = não apreciada | 0 |
|---|----------------------|---|

Quadro 5 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Autonomia da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.

| a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA | PARÂMETRO | VALOR |
|--|---------------------|-------|
| a) Eleição para coordenação b) Existência de eleição para Coordenador/Presidente do Conselho c) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Independência do mandato com o Executivo b) Inexistência de mudança automática de conselheiros, exceto os representantes do governo, quando da mudança de mandato de Prefeito c) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| a) Comissões Internas formalmente constituídas b) Existência de Comissões Internas formalmente constituídas c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90 | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = Inexistência | 0 |
| a) Pareceres de Comissões Internas b) Existência de Pareceres de Comissões Internas do Conselho c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90 | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = Inexistência | 0 |
| a) Apreciação pelo Executivo de atos deliberativos b) Existência de rotina por parte do Poder Executivo apreciar os atos deliberativos do Conselho através de ato legal da administração pública (Portaria, Memorando ou Comunicação Interna) c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90 | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |

Quadro 6 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Educação Permanente da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.

| a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA | PARÂMETRO | VALOR |
|--|---------------------|-------|
| d) Eleição para coordenação e) Existência de eleição para Coordenador/Presidente do Conselho f) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |
| d) Independência do mandato com o Executivo e) Inexistência de mudança automática de conselheiros, exceto os representantes do governo, quando da mudança de mandato de Prefeito f) Resolução 333 CNS | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = existência | 0 |
| d) Comissões Internas formalmente constituídas e) Existência de Comissões Internas formalmente constituídas f) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90 | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = Inexistência | 0 |
| d) Pareceres de Comissões Internas e) Existência de Pareceres de Comissões Internas do Conselho f) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90 | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = Inexistência | 0 |
| d) Apreciação pelo Executivo de atos deliberativos e) Existência de rotina por parte do Poder Executivo apreciar os atos deliberativos do Conselho através de ato legal da administração pública (Portaria, Memorando ou Comunicação Interna) f) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90 | Bom = existência | 1 |
| | Ruim = inexistência | 0 |

ANEXO 2 – Declaração de ciência e concordância e apoio do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – **CEP-UFSC**, e em concordância com os incisos XX, XXI, XXII, XXIII e XXIV da resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a plenária do Conselho Estadual de Santa Catarina em reunião ordinária realizada no dia 05 de maio de 2021, autoriza e declara esta ciente e de acordo com o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Avaliação da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19*”, a ser realizada pelo mestrando Alexandre Cunha dos Santos sob a orientação da Profa. Dra Claudia Flemming Colussi, a ser executada com os 295 Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina, durante o segundo semestre de 2021 com o objetivo de “*Avaliar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19*” desde que os pesquisadores executem o referido projeto de pesquisa com observância do que dispõe a **Resolução 466/12 e 510/16** do Conselho Nacional de Saúde.

O Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina por deliberação em plenária, também declara apoio para a divulgação e encaminhamento do formulário aos conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina e ao acesso ao FormSUS para elaboração do formulário online.

Este termo é válido apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética avaliador do estudo.

Florianópolis, 05 de maio de 2021

Jorge dos Passos Corrêa Cobra
Presidente do CES-SC

Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina
Rua Esteves Júnior, 160, 8 andar – Centro – Florianópolis – CEP:88.015-130 Fone (48)
3664-9000

ANEXO 3 – Parecer consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 1 Avaliação da Atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19

Pesquisador: Claudia Flemming Colussi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48419821.8.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.858.323

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado, "Avaliação da Atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19", trata-se de uma pesquisa avaliativa que busca avaliar a participação social no SUS, por intermédio da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina, relacionada ao estado de emergência em saúde ocasionado pela pandemia da COVID-19. Sua abordagem será desenvolvida em duas macro etapas: 1. Adaptação do modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde de Vieira, (2010).; 2. Aplicação da Matriz Avaliativa. Tendo como população alvo os 295 Conselhos Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina durante a pandemia da COVID-19.

Objetivo Secundário:

Adaptar e aplicar modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.858.323

de saúde.

Identificar os fatores que interferem na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina no contexto pandemia da COVID-19;

Discutir a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde de Santa Catarina, identificando fragilidades e fortaleza na sua atuação durante a pandemia da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos não podemos nos eximir da existência de riscos. Nesta obra caracterizamos o risco como baixo, podendo os mesmo ser caracterizado pelo aborrecimento de responder ao questionário e/ou alguma dificuldade de compreender parte do conteúdo. Há ainda risco remoto de quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, apesar dos pesquisadores serem os únicos a terem acesso aos dados tomando todas as providências necessárias para manter o sigilo. Entretanto, a pesquisadora estará disponível, sanando dúvidas e colaborando no que os participantes julgaram necessário. Sua participação não acarretará em nenhum dano de ordem física, emocional, psicológica, econômica, social, ética ou espiritual.

Benefícios:

De ordem científica acredita-se que a pesquisa beneficiará os conteúdos científicos em saúde coletiva, além de propiciar um panorama a respeito da atuação dos CMS e assim subsidiar estratégias de aperfeiçoamento destes espaços, quando orientar ao Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina, apoiador da pesquisa, no processo de qualificação e educação permanente aos CMS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEPESH-UFSC

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.858.323

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SH constatou a inclusão do instrumento para coleta de dados a ser aplicado aos participantes da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1740795.pdf | 29/06/2021 15:56:46 | | Aceito |
| Outros | Formulario.pdf | 29/06/2021 15:56:18 | ALEXANDRE CUNHA DOS SANTOS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 21/06/2021 08:46:05 | ALEXANDRE CUNHA DOS SANTOS | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 21/06/2021 08:42:31 | ALEXANDRE CUNHA DOS SANTOS | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 14/06/2021 09:23:01 | ALEXANDRE CUNHA DOS SANTOS | Aceito |
| Declaração de concordância | declarao_de_ciencia_e_concordancia_da_instituicao.pdf | 09/06/2021 11:28:38 | ALEXANDRE CUNHA DOS SANTOS | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEmodelo.pdf | 09/06/2021 11:27:20 | ALEXANDRE CUNHA DOS SANTOS | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 20 de Julho de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br