



GESTÃO SOCIAL E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UM ESTUDO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA ROTA DA PRODUÇÃO

SOCIAL MANAGEMENT AND HEALTH PLANNING: A STUDY OF THE MUNICIPAL HEALTH PLANS OF THE ROUTE OF PRODUCTION

GESTIÓN SOCIAL Y PLANIFICACIÓN EN SALUD: ESTUDIO DE PLANES MUNICIPALES DE SALUD EN LA RUTA DE PRODUCCIÓN

Sérgio Luís Allebrandt¹

Patrícia De Carli²

RESUMO

Os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) orientam que o planejamento da política pública de saúde deve se dar de forma descentralizada, regionalizada, ascendente, com participação da sociedade civil organizada, movimentos sociais, conselhos e controle social. A formulação das políticas públicas de saúde deve, portanto, observar preceitos de cidadania deliberativa e ser construída por meio de um planejamento participativo. Frente ao exposto, o presente ensaio repousa seu objeto de estudo sobre o planejamento da política de saúde nos municípios que compõem a região de saúde 20, denominada de Rota da Produção, localizada no norte do Estado do Rio Grande do Sul, composta por vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, tendo Palmeira das Missões como sede administrativa. O objetivo que ora se apresenta é o de verificar se o processo de confecção dos planos municipais de saúde atende aos preceitos da gestão social, consubstanciados na Constituição Federal de 1988 e na legislação de regência do SUS. Para tanto, parte-se do seguinte questionamento: O processo de elaboração dos planos municipais de saúde da Rota da Produção observa os preceitos da gestão social? Para atingir o objetivo do estudo foi utilizado levantamento bibliográfico e análise documental. Verifica-se, ao final, que os planos municipais apenas serão ferramentas aptas a promover o bem comum se o planejamento participativo for compreendido pelo ente municipal como etapa fundamental e orientadora do processo de execução das políticas públicas de saúde.

Palavras-Chave: controle social; gestão social; planejamento participativo; regionalização; Sistema Único de Saúde.

¹Doutor em Desenvolvimento Regional pelo PPGDR/UNISC. Professor Titular e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR/UNIJUÍ). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2590-6226>. E-mail: allebr@unijui.edu.br

²Doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- UNIJUÍ. Assessora Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3011-2690>. E-mail: patricia-decarli@saude.rs.gov.br

ABSTRACT

The organizational principles of the Unified Health System (SUS) guide the planning of public health policy in a decentralized, regionalized and upward manner, with the participation of organized civil society, social movements, councils and social control. The formulation of public health policies must, therefore, observe precepts of deliberative citizenship and be built through participatory planning. In light of the above, this essay rests its object of study on the municipal planning of health policy in the municipalities that make up the health region 20, called the Production Route, located in the north of the State of Rio Grande do Sul, twenty-six municipalities of small population, with Palmeira das Missões as administrative headquarters. The purpose of this study is to verify if the process of making municipal health plans complies with the social management principles, embodied in the Federal Constitution of 1988 and the governing legislation of the SUS. To do so, we start with the following question: Does the process of confection of the municipal health plans of the Production Route observe the precepts of social management? To reach the objective of the study was used a bibliographical survey and documentary analysis. Finally, municipal plans will only be tools capable of promoting the common good if participatory planning is understood by the municipal entity as a fundamental and guiding step in the process of implementing public health.

Keywords: social control; social management; participatory planning; regionalization; Health Unic System.

RESUMEN

Los principios organizativos del Sistema Unico de Salud (SUS) orientan que la planificación de la política de salud pública debe realizarse de manera descentralizada, regionalizada, ascendente, con la participación de la sociedad civil organizada, movimientos sociales, consejos y control social. La formulación de las políticas de salud pública debe, por tanto, observar los preceptos de la ciudadanía deliberativa y construirse a través de la planificación participativa. En vista de lo anterior, este ensayo tiene como objeto de estudio la planificación de la política de salud em los municipios que integran la región de salud 20, denominada Ruta de la Producción, ubicada em el norte del Estado de Rio Grande do Sul, consistente em veintiséis municipios de pequeña población, con Palmeira das Missões como sede administrativa. El objetivo que ahora se presenta es verificar si el proceso de elaboración de los planes de salud municipales cumple com los preceptos de gestión social, plasmados em la Constitución Federal de 1988 y en la legislación rectora del SUS. Para eso, se inicia la siguiente pregunta: El proceso de elaboración de los planes de salud municipales em la Ruta de la Producción cumple con los preceptos de la gestión social? Para lograr el objetivo del estudio se utilizó un relevamiento bibliográfico y análisis documental. Al final, parece que los planes municipales solo serán herramientas capaces de promover el bien común si la planificación participativa es entendida por la entidad municipal como un paso fundamental y rector en el proceso de implementación de las políticas públicas de salud.

Palavras clave: control social; gestión social; planificación participativa; regionalización; Sistema Único de Salud.

Como citar este artigo: ALLEBRANDT, Sérgio Luís; CARLI, Patrícia de. Gestão social e planejamento em saúde: um estudo dos planos municipais de saúde da rota da produção. **DRd - Desenvolvimento Regional em debate**, v. 13, p. 415-432, 01 nov. 2023. Doi: <https://doi.org/10.24302/drd.v13.3818>.

Artigo recebido em: 23/07/2021

Artigo aprovado em: 23/10/2023

Artigo publicado em: 01/11/2023

1 INTRODUÇÃO

No âmbito da política de saúde brasileira a participação e controle social, assim como o planejamento participativo de ações e serviços, são categorias amplamente ancoradas nos dispositivos normativos da legislação de regência do SUS e se originam na vontade do constituinte que considerou toda mobilização política e social dos atores que protagonizaram o Movimento da Reforma Sanitária, no entanto, os estudos (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012; MARTINS et al., 2013; AQUINO et al. 2014; GUIZARDI, 2015) vêm apontando uma queda significativa da participação social nos espaços de debate, deliberação e fiscalização, associada a um aparelhamento destes espaços pelos gestores públicos ou pelos interesses das instituições que compõem o colegiado.

Considerando que planejamento em saúde deve ser um processo democrático, participativo, interdisciplinar e interfederativo, que tem por princípio a construção ascendente dos programas e políticas. Tendo por tema a gestão social e o planejamento em saúde, o presente ensaio tem por objeto de estudo o planejamento da política de saúde nos municípios que compõem a região de saúde nº 20, denominada de Rota da Produção, localizada no norte do estado do Rio Grande do Sul, composta por vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, tendo Palmeira das Missões como sede administrativa.

O objetivo que ora se apresenta é o de verificar se o processo de confecção dos planos municipais de saúde atende aos preceitos da gestão social, consubstanciados na Constituição Federal de 1988.

Para tanto, parte-se do seguinte questionamento: O processo de elaboração dos planos municipais de saúde da Rota da Produção observa os preceitos da gestão social? Para atingir o objetivo do estudo serão analisados os Planos Municipais de Saúde dos vinte e seis municípios que formam a região de saúde.

A estrutura do artigo contemplará referencial teórico onde serão abordadas as temáticas da gestão social e da política pública de saúde. Em prosseguimento, explicará a metodologia utilizada para sua confecção. No âmbito dos resultados e discussões será apresentada análise dos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 dos municípios que compõem o território regional no que se refere a quesitos de gestão, participação e controle social. Por fim, serão tecidas conclusões e recomendações acerca do objeto de estudo.

2 A GESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

O modelo constitucional de garantia da saúde pública enquanto direito universal, operacionalizado no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem dentre seus princípios organizativos a descentralização e a participação popular (BRASIL, 2020).

Acerca do tema, o Ministério da Saúde explica que a descentralização consiste na redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. A descentralização tem por intento prestar serviços com maior qualidade, observando as peculiaridades do contexto local, bem como garantir o controle e fiscalização por parte dos cidadãos. Assim, no SUS, a responsabilidade pela saúde é descentralizada até o município, devendo ser fornecidas e esse ente condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função (BRASIL, 2020).

A fim de viabilizar a prática do princípio da descentralização, a Constituição traz a concepção do mando único, garantindo autonomia para todas as esferas, que deverão respeitar os princípios gerais estabelecidos para a política pública e garantir a participação da sociedade (BRASIL, 2020).

A participação social no âmbito da política pública de saúde, mais do que um dever previsto em princípios, é um direito de todos os cidadãos. Assim, a fim de que a comunidade possa participar e ter voz ativa nas definições devem ser criados Conselhos e Conferências, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política pelo poder público (BRASIL, 2020).

Logo, a descentralização da política de saúde, desenvolvida com ações coordenadas e articuladas entre os três entes federativos e com financiamento tripartite, se apresenta como uma ferramenta que busca superar a fragmentação social, territorial e de comando presentes até então no cenário brasileiro. No Brasil, as bases do modelo descentralizado foram pensadas ainda na segunda metade da década de 1950, sendo que a municipalização e planejamento das políticas de saúde de forma ascendente foram apresentadas como uma proposta da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, entretanto, esse processo, outrora interrompido pelo golpe militar, é retomado com a redemocratização do país (DUARTE et. al., 2015).

Em seu nascedouro, a descentralização da política de saúde foi entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores e atuou de forma fortemente atrelada ao movimento municipalista. Urge referir ainda que este não era um ideal apenas dos movimentos democratizantes, mas também fazia parte das recomendações dos organismos internacionais, como forma de melhorar a alocação de recursos e na criação de sistemas de *accountability* (DUARTE et. al., 2015).

Na Constituição Federal de 1988 o artigo 198 assegurou o direito de participação da comunidade na gestão do sistema de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle exercido exclusivamente pelos governos foi alterada.

O controle social, com a participação dos usuários, gestores e trabalhadores, passa a ser fundamental para a gestão do sistema de saúde. A população, por meio dos Conselhos de Saúde, tem assegurado o seu direito de contribuir com o planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e

analisando as aplicações financeiras realizadas pelos entes federados no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2013).

Assim, o controle social pode ser compreendido enquanto uma prática gerencial de inclusão, que convida para o debate todos os atores envolvidos no processo de formulação, execução e avaliação das ações da política de saúde. Nesse sentido, Tenório (2016, p. 97) destaca que: “O que precisamos é de uma prática gerencial na qual o outro seja incluído. Uma inclusão exercida sob as esferas públicas, na qual seus participantes devem atuar como cidadãos ativos, deliberativos, ocupando-se da *res publica*.” Nesse sentido, o arcabouço legal e teórico do Sistema Único de Saúde tem por fundamento a gestão social.

A gestão social representa um contraponto à gestão estratégica, uma vez que “tenta substituir a gestão tecnoburocrática, monológica, por um gerenciamento mais participativo, dialógico, no qual o processo decisório é exercido por meio de diferentes sujeitos sociais”. (TENÓRIO, 1998) Esse conceito reflete acerca da necessidade de uma esfera pública que seja apta a reaproximar a população da política (CANÇADO, PEREIRA, TENÓRIO, 2015).

Logo, a gestão social pretende contribuir para a emancipação do ser social, propondo um processo participativo que seja dialógico e deliberativo, promovendo o entendimento intersubjetivo dos seres sociais. Em linhas gerais, o conceito de gestão social tem por intento que as práticas e ações sociais tenham significado às demandas da sociedade, ao bem comum, mantendo coerência com os pressupostos da modernidade e com a Constituição Federal de 1988, cuja prática, ainda não guarda sentido com seus preceitos fundamentais, já que a cidadania não participa diretamente do governo das comunidades políticas (TENÓRIO, 2016).

O termo gestão social indica que, para além do Estado, a gestão das demandas e necessidades do social pode se dar via a própria sociedade. Importante salientar, entretanto, que este modo de entender a gestão social não deve ser confundido com uma pretensão de reforçar em legitimidade um pressuposto normativo liberal, segundo o qual seria desejável e mesmo necessário a substituição do papel do estado pela sociedade civil em matéria de gestão de serviços públicos. Em sentido contrário, trata-se de afirmar que existe uma dinâmica política de auto-organização social, cujo papel deve ser valorizado para que se tenha uma verdadeira democratização da sociedade (FRANÇA FILHO, 2008).

Diante do exposto, é possível afirmar que existem congruências teóricas entre as abordagens de controle social e gestão social, as mesmas podem ser visualizadas na esfera pública, na democracia e cidadania deliberativa, no desenvolvimento do poder local, na participação de atores da sociedade mediante a participação popular e na previsão de espaços públicos não estatais de deliberação (SILVA; CANÇADO, 2018).

É a partir do entendimento de termos como gestão social, controle social e descentralização que se passa a compreender o processo de planejamento e regionalização da política de saúde, que deve ser efetivado por intermédio de arranjos institucionais, arranjos grupais e instrumentos normativos de implementação do SUS.

A regionalização surge como uma alternativa para superar a fragmentação do sistema de atenção à saúde, que necessita ser organizado em redes para que se alcance a eficiência e escala necessária na oferta de alguns bens e serviços. Nessa perspectiva de eficiência e racionalidade de recursos, visando atender aos princípios da equidade e da integralidade, que o

tema regionalização da saúde vem assumindo maior relevância no debate de aprimoramento das políticas no âmbito do SUS (DUARTE et. al., 2015).

Para que seja possível organizar uma região de saúde resolutive, o planejamento ascendente em saúde é fundamental. Esse planejamento regional integrado deve estar apto a explicar as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada região de saúde, buscando a integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. Consistindo assim, na base técnica do processo de regionalização (BRASIL, 2016).

Segundo orienta a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135/2013, os planos municipais de saúde, elaborados a partir das definições estabelecidas com base em um processo de discussão realizado nas conferências municipais de saúde, devem constituir a base para o planejamento das regiões de saúde, que, por sua vez, orientaram o planejamento em âmbito estadual. Do mesmo modo, a esfera federal deve levar em consideração o escopo das atividades planejadas pelas unidades da federação (BRASIL, 2016). Em um processo dialógico e de tomada de decisões coletivas, sem coerção.

3 CONTROLE SOCIAL E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

A concepção de Estado Democrático de Direito está relacionada à existência de uma Sociedade Democrática de Direito, que se assenta na ideia de que a democracia tem por elementos a soberania popular e a participação popular. Estas, tanto na sua forma direta como indireta configuram o princípio participativo (LEAL, 2008).

Para que a democracia se fortaleça, portanto, não basta o estabelecimento de oportunidades materiais de acesso da população à gestão pública, mas fundamentalmente de fórmulas e práticas de sensibilização e mobilização dos indivíduos e das associações e entidades à participação, através de rotinas e procedimentos didáticos que levem em conta as diferenças e especificidades de cada um. É o Estado, enquanto espaço legítimo de debate público igualitário sobre o que se quer da e na sociedade, que se configura como lócus privilegiado de impulsão à constituição de uma Sociedade Democrática de Direito (LEAL, 2008).

Nesse sentido, no Brasil, apesar da influência da conjuntura internacional, o referencial para a construção da participação social na saúde considerou as experiências de diversos movimentos sociais, organizações da igreja e entidades de representação profissional, além do contexto interno de um país que rompia com a prolongada permanência dos militares no poder. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, reafirmou a participação social como um valor fundamental da saúde (COSTA; VIEIRA, 2013).

O debate acerca das interseções existentes entre Estado e sociedade nos processos públicos de tomada de decisão, com destaque para o planejamento de políticas públicas, confere relevância ao papel da sociedade como partícipe da construção, direcionamento e monitoramento da administração pública (PIRES; VAZ, 2012).

A esse propósito, a abordagem acerca da cidadania deve englobar a prática de direitos fundamentais, do reconhecimento e da solidariedade, buscando conceder ao cidadão papel central na esfera social e política, por meio de uma rede. As interações plurais propiciam

condições para a organização da sociedade civil. Nesse processo, é possível reconhecer o outro como sujeito de direitos humanos, que compartilha da mesma dignidade que os demais, viabilizando a cidadania em sociedades multiculturais (ZANATTA, 2009).

Nesse sentido a institucionalização de conselhos e conferências pode ser vista pelo olhar do Estado como uma ferramenta apta a obter mais legitimidade e apoio para as ações, além de ser uma fonte para obter informações e novos conhecimentos; pelo olhar da sociedade, a qualidade democrática permite o diálogo público em relação a temas relevantes, possibilitando desenvolver interação e o engajamento com a coisa pública. De modo que a ampliação do espaço público ao trazer mais atores para processos decisórios, anteriormente restritos à burocracia, tem potencial importante na efetivação de políticas públicas. O histórico brasileiro demonstra que muitos direitos e políticas foram conquistados por meio da mobilização social, o que comprova que a sociedade é reflexiva, possui resiliência e capacidade de inovar (FERRAREZI; OLIVEIRA, 2013).

O campo da saúde destaca-se ao garantir a participação social na gestão da política. A institucionalização desse modelo dialógico e deliberativo se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde. Surge assim uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais porosa a presença e ação da sociedade. O entrelaçamento entre Estado e sociedade tem por intento construir consensos que tenham por objetivo o interesse público e o bem comum. Esses arranjos organizativos que vão dar vazão à participação social se constituem em espaços de autonomia dos atores sociais e escolha de representantes que atuarão em outras esferas na defesa de propostas e estabelecimento de metas que possam dar voz aos anseios daquela comunidade, em um modelo que contempla ora a democracia participativa, ora a representativa (COSTA; VIEIRA, 2013).

Ainda, a participação dos usuários através dos conselhos, enquanto conquista dos valores da democracia presentes na Constituição Federal, se efetiva em um formato de controle social, vez que assegura o direito da população contribuir com o planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelos entes federados no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2013).

É preciso esclarecer que participação e controle social não são sinônimos, embora sejam conceitos que se interligam. A participação indica uma postura ativa do usuário na vida do Estado, por meio da sua interferência, individual ou organizada de forma coletiva, realizada a favor da coletividade; já o controle social pode ser entendido como a atividade de fiscalização de atos dos agentes estatais na execução das políticas públicas. A finalidade do controle é verificar a conformidade das ações com as normas, a conveniência, oportunidade e os resultados obtidos com as atividades estatais (CAMPOS, SALGADO, 2018).

Enquanto a ideia de controle social remete para uma atuação por dentro das vias institucionais, a ideia de participação possui uma potência de atuação mais ampla, que permite conciliar diferentes estratégias. Assim, a participação pode ser compreendida enquanto um ato político que olha para o futuro, e o controle social é um ato jurídico que olha para o passado (ABRUNHOSA; MACHADO; PONTES, 2020).

No entanto, segundo Secchin (2008), o controle social é uma forma de participação do cidadão na gestão pública em que através da sua ação será efetivada a fiscalização,

monitoramento e controle dos atos da Administração Pública. Constituído-se assim em um importante mecanismo de prevenção da corrupção e fortalecimento da cidadania, sendo um complemento indispensável ao controle institucional realizado pelos órgãos fiscalizatórios.

Por esta razão, quanto mais os conselhos e conferências se fortalecem enquanto espaços participativos, garantindo aos indivíduos autonomia e capacidade propositiva e deliberativa, maior a probabilidade de se avançar no debate de temas relevantes e incluí-los na agenda governamental. A multiplicidade de atores cria novas possibilidades de mudança na medida em que se incorporam novos conhecimentos, padrões e entendimentos. Para tanto, o aparato estatal deve estar preparado para criar mecanismos de gestão capazes de absorver e dar voz a esse potencial (FERRAREZI; OLIVEIRA, 2013).

Em consonância com o comando constitucional da participação social, o Sistema Único de Saúde trouxe de forma expressa essa diretriz no inciso III do artigo 198 do texto constitucional. No mesmo sentido, a legislação infraconstitucional que orienta a organização e funcionamento do SUS disciplinou espaços obrigatórios de participação e controle social, garantindo aos cidadãos poder de voz em ações que vão desde o planejamento até a avaliação das ações públicas de saúde, o que demonstra que a saúde é um dos setores que mais têm incorporado e cumprido com a abertura e institucionalização de espaços de participação social (CAMPOS; SALGADO, 2018).

É preciso observar, entretanto, que não obstante os avanços alcançados, em estudo sobre controle e participação social na administração pública federal brasileira, Grau (2013) reflete que apesar de dispor de diversos institutos em defesa dos direitos de cidadania, especialmente dos usuários de serviços públicos, o Brasil registra pouca efetividade no funcionamento desses instrumentos e as instâncias de participação social ainda não conseguiram assegurar qualidade aos mecanismos de *accountability*.

Benevides (2008) compreende que a cidadania ativa necessita ser atraente, uma vez que o direito à participação política exige um ambiente de pluralismo e ampla liberdade de informação, além do respeito integral aos direitos humanos. De modo que se trata de vivenciar uma nova cultura política, que permita diminuir a distância entre o povo e os órgãos de decisão política. O exercício do governo inclui cada vez mais tarefas complexas e técnicas, se nesse cenário os usuários não conseguem se inserir e compreender a política pública, porque a linguagem utilizada não é compreensível, se perde a motivação para participar de forma consciente e compreender os processos em discussão, permanece indiferente, hostil ou suscetível a manipulações oportunistas.

Para Gaspardo (2018), sempre estiveram presentes muitos obstáculos para a concretização do modelo participativo, podendo ser listados: a resistência dos atores hegemônicos, a tecnicização da política, a desigualdade social que se reflete nos próprios processos participativos, a dificuldade para concretizar as decisões, problemas de *accountability* e de legitimidade das pessoas que compõem os colegiados. O quadro de descrença com as instituições públicas também dificulta a implantação de processos participativos.

4 METODOLOGIA

No que diz respeito ao objetivo estabelecido no presente trabalho, trata-se de uma pesquisa descritiva. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo retratar com precisão as características de indivíduos, eventos, fenômenos ou situações, sendo utilizada tanto na abordagem qualitativa como na quantitativa (BIROCHI, 2015, p. 50).

Parte-se, portanto, de um objeto de estudo que delimita uma área geográfica regional e tem por intento verificar se o processo de elaboração dos planos municipais de saúde atende aos preceitos da gestão social, consubstanciados na Constituição Federal de 1988 e na legislação de regência do SUS.

A área geográfica escolhida para o estudo é a região de saúde 20- Rota da Produção, com sede administrativa no município de Palmeira das Missões e área de abrangência de vinte e seis municípios, localizada no norte do Estado do Rio Grande do Sul.

O conceito de região aqui adotado é o expresso no Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Segundo orienta o referido texto legal, o conceito de região de saúde refere-se ao espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A região em estudo é composta pelos seguintes municípios: Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras e Trindade do Sul.

Para alcançar o objetivo proposto, a formulação do esquema geral da pesquisa perpassou pela análise dos planos municipais de saúde dessa região. A referida construção inicial orientou a abordagem da presente investigação e, conseqüentemente, a construção do problema de pesquisa que trata de investigar se o processo de confecção dos planos municipais de saúde da Rota da Produção observa os preceitos da gestão social.

Em prosseguimento, foram selecionados e tabulados quesitos do *check list* de avaliação de Planos Municipais de Saúde formulado pela Assessoria de Gestão e Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde-AGEPLAN. Os quesitos selecionados observaram três conjuntos de dados: controle social, análise situacional do contexto local e gestão das redes. A análise inicial consistiu em efetuar o cálculo do percentual de municípios da região que atenderam a cada quesito. O cálculo computou como percentual total apenas 19 municípios, uma vez que os demais não apresentaram seus planos municipais de saúde no prazo legal.

Assim, a partir da coleta de dados, torna-se possível observar como os municípios referenciados visualizam e projetam seu planejamento, identificando potencialidades e

fragilidades. O estudo limita-se a uma análise documental, refletindo apenas os dados extraídos dos Planos Municipais de Saúde.

A autorização para acesso e utilização dos dados foi concedida pela 15ª Coordenadoria Regional de Saúde em 19/09/2019, uma vez cumpridos os requisitos da Portaria SES/RS n. 334/2019.

Para o tratamento dos dados, buscou-se identificar nos indicadores a adequação a duas categorias analíticas: Transparência e Promoção do Controle Social. O conceito para tanto foi extraído da matriz elaborada pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos em Gestão e Políticas Públicas, Desenvolvimento, Comunicação e Cidadania -GPDeC da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijuí, categoria de controle social e seus critérios de análise, abaixo representada.

Quadro 01 – Categoria controle social

Cidadania Deliberativa	Categoria	Crítérios de Análise
	Controle Social: o ato de fiscalização exercido pela sociedade civil sobre as ações do Estado.	Transparência: Informações governamentais abertas aos cidadãos, propiciando o acesso às informações, possibilitando uma maior fiscalização pela sociedade. Promoção do controle social: capacidade do conselho de promover o controle social.

Fonte: Adaptada pelos autores a partir de Allebrandt; Prediger (2018).

Quanto ao desenho metodológico empregado, pode-se classificar está como uma pesquisa de enfoque predominantemente qualitativo. A pesquisa qualitativa se dedica ao estudo de fenômenos em que a quantificação não é apropriada; ou em que não seja conveniente reduzir o objeto estudado a variáveis e padrões de medida. Ao interagir com a realidade, o pesquisador realiza um processo contínuo de interpretação e transformação (BIROCHI, 2015).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da Resolução nº 555/12- CIB/RS, o Estado do Rio Grande do Sul foi reorganizado em trinta regiões de saúde. Tal organização reafirmou a regionalização como estratégia para o reordenamento da política de saúde, tendo por intuito ampliar a capacidade de governança dos pequenos municípios na região, proporcionando uma maior equidade social. A análise ora apresentada se refere a região 20, denominada de Rota da Produção, última região de saúde a ser consolidada no território estadual, cuja área atual foi definida pela Resolução nº 499/14- CIB/RS.

Composta por vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, a região de saúde tem Palmeira das Missões como sede administrativa. A população regional perfaz um total de 162.885 habitantes (IBGE, população estimada 2021), sendo que 38,9% reside na zona rural e a principal fonte de renda está na produção agropecuária. Esta região está vinculada a 15ª

Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), estrutura administrativa descentralizada da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A tabela abaixo demonstra alguns dados quantitativos que comparam a região com o Estado do Rio Grande do Sul:

Tabela 1 – Dados Quantitativos da Região de Saúde n. 20

Dados	REGIÃO 20	ESTADO
População	162.885 habitantes	11.247.972
Densidade demográfica	26 hab/km ²	42 hab/km ²
População Rural	38,9%	14,9%
População idosa	15,2%	13,6%
População indígena	6.259 habitantes	32.989 habitantes
Taxa de analfabetismo	8,9%	4,4%
Sem instrução/ 1º ciclo incompleto	25,5%	17,7%
Renda inferior a ½ salário-mínimo	30,0%	20,2%
Renda média mensal per capita	R\$ 696,50	R\$ 940,30

Fonte: PES/SES/RS (2016)

Os dados revelam que a região em estudo apresenta dificuldades de ordem socioeconômica e demográfica, consubstanciadas pelo pequeno quantitativo populacional, a baixa renda de um grande percentual de famílias, alta taxa de analfabetismo e trabalho infantil, maior população indígena do Estado, sendo que essa população vive em um contexto de vulnerabilidade bastante acentuado, bem como um alto índice de população idosa que necessita de políticas de saúde adequadas as demandas dessa faixa etária.

Destarte, para que se possa melhor conhecer as potencialidades e fragilidades da região de saúde, estabelecendo diagnósticos mais precisos do ponto de vista da gestão e do estabelecimento de ações necessárias para o bem comum, além de uma análise situacional fundamentada em indicadores, imprescindível se faz a observação do planejamento municipal, a fim de verificar se os preceitos de cidadania deliberativa foram atendidos por ocasião do processo de discussão e elaboração dos planos.

4.1 ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE 2018-2021 DOS MUNICÍPIOS DA ROTA DA PRODUÇÃO

Conforme dispõe o §8º do artigo 15 da Lei nº 8.080/90, o plano de saúde é a ferramenta central de planejamento para a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Sustenta ainda que o plano explicita os compromissos do governo para o setor e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

O Plano de Saúde deverá observar os prazos do Plano Plurianual e ser orientado pelas necessidades de saúde da população identificadas por meio de um planejamento que contemple

espaços de participação social. Além da análise situacional, o documento deverá contemplar a definição das diretrizes, objetivos, metas, indicadores e o processo de monitoramento e avaliação.

Com fulcro na legislação vigente, a Assessoria de Gestão e Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul- AGEPLAN, elaborou um *check list* estabelecendo quesitos de avaliação dos planos municipais a serem utilizados pelos técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde. Com a referida avaliação foi possível traçar um panorama regional e estadual no que se refere ao conteúdo dessa importante ferramenta.

No âmbito da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, estrutura administrativa que atende a região de saúde nº 20, as avaliações foram conduzidas pelo Grupo Técnico de Planejamento, Monitoramento e Avaliação- GTPMA, composto por quadro multidisciplinar de servidores efetivos.

O primeiro fator analisado foi o cômputo do número de municípios que efetivamente protocolaram, no prazo legal, seus planos municipais de saúde junto a Coordenadoria Regional, identificando-se que dos 26 (vinte e seis) municípios que integram a região de saúde, até o mês de agosto de 2018, apenas 19 (dezenove) haviam protocolado seus planos, computando um percentual de 73%.

Em prosseguimento, foram selecionados e tabulados os quesitos do *check list* formulado pela AGEPLAN referentes ao controle social, análise situacional e gestão das redes, calculando-se o percentual de municípios da região que atenderam a cada quesito. O cálculo computou como percentual total apenas os 19 municípios que apresentaram seus respectivos planos municipais de saúde no prazo legal. Os valores seguem ilustrados na tabela abaixo:

Tabela 2 – Análise dos Planos Municipais de Saúde

Quesito do Check List	Percentual de municípios que atenderam ao quesito
Prazos legais, controle social e divulgação	
O Plano Municipal de Saúde (PMS) contempla as deliberações da Conferência Municipal de Saúde?	21%
O Plano Municipal de Saúde foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde?	84%
Houve Audiência Pública para construção do Plano Municipal de Saúde?	5%
Houve outro mecanismo de participação na construção do Plano Municipal de Saúde?	15%
O PMS foi distribuído entre os trabalhadores da saúde do município?	5%
O PMS foi disponibilizado publicamente no site da prefeitura?	0%
Análise Situacional	
Possui o capítulo de Análise Situacional?	42%
Apresenta análise comparativa em relação à Região de Saúde e ao Estado?	5%
Apresenta a situação de saúde dos grupos específicos e vulneráveis da população	15%
Lista as principais causas de morbidade e mortalidade?	36%
Gestão das redes	
Descreve ações de Educação Permanente?	31%
Descreve as estratégias de Participação Social?	52%
Descreve os canais de Ouvidoria para o cidadão?	0%

Fonte: Elaborada pelos autores com base em *check list* da AGEPLAN/SES/RS

Com relação ao primeiro grupo de quesitos, da análise dos percentuais, conclui-se que os planos municipais tiveram baixa utilização de ferramentas de controle social e debate ampliado. Conforme revelam os dados, na maioria dos municípios a única forma de contribuição e avaliação dos planos por parte dos usuários se deu pela via da aprovação do plano no âmbito do Conselho Municipal de Saúde. E mesmo esse quesito, embora imposto pela legislação, deixou de ser observado por alguns municípios.

A divulgação dessa ferramenta entre os próprios trabalhadores da pasta demonstra um percentual extremamente baixo, de 5%, e a utilização dos sites das prefeituras, enquanto ferramentas de transparência e acesso à informação não foi adotada por nenhum dos municípios.

Em termos de análise situacional percebe-se que menos da metade dos municípios destinou um capítulo do plano para tanto. A mesma fragilidade é identificada nos demais quesitos referentes a esse tópico. A falta de análise situacional dificulta a construção de um diagnóstico que retrate a realidade local e articule os problemas prioritários em termos de gestão e assistência à saúde.

Da leitura dos quesitos que se referem a gestão das redes depreende-se que apenas a descrição de estratégias de participação social superou o percentual de 50%, entretanto, se o dado for analisado de forma conjunta com o primeiro tópico, observa-se que embora exista a previsão desses espaços os mesmos não foram observados por ocasião da confecção do próprio plano que as prevê.

Os dados tabulados demonstram que o planejamento da gestão em saúde tem suprimido o processo de discussão e deliberação coletiva, violando, assim, os preceitos de gestão social e cidadania deliberativa, insculpidos na Constituição Federal e fundamentos de base do Sistema Único de Saúde.

A partir dos dados observa-se que tanto a transparência, quanto a promoção do controle social restaram prejudicadas no processo de elaboração dos planos municipais de saúde no âmbito regional.

Importante ressaltar que a organização jurídica no país instituiu os conselhos de saúde enquanto instâncias decisórias e de fiscalização. Neste formato, os conselhos de saúde fortaleceram-se como espaços de poder, de negociação e de conflitos. No entanto, ainda há dificuldades para a participação da comunidade nos conselhos de saúde devido a vários motivos, tais como: a falta de reconhecimento; a fragilidade ainda do modelo para cumprir suas atribuições; a crise da democracia representativa e o risco de aprisionamento dos movimentos populares; a capacidade de intervenção dos usuários, mesmo com a paridade legalmente garantida; e a apropriação dos conselhos pelo Poder Executivo (JUNGLOS, 2019).

Acerca dos gargalos que circundam a participação no âmbito da política de saúde são identificados problemas, tais como: a falta de representatividade dos atores inseridos no conselho; a baixa cultura associativa e reivindicativa; a utilização de linguagem técnico-científica que dificulta o entendimento da comunidade; o baixo interesse dos membros das entidades em participar desses espaços; alguns conselheiros estão no conselho municipal de saúde com o objetivo de fortalecer a entidade a que pertencem; os usuários não se sentem representados pelo limitado alcance de suas ações; o relacionamento dos conselheiros com a entidade que representam pode fragilizar o plenário e torná-lo suscetível a manipulação; a participação muitas vezes é vista como um fardo para os conselheiros; conflitos particulares e

partidários; e a percepção de que as reuniões são um ambiente de reclamações, evidenciando o pouco entendimento das pessoas sobre o seu verdadeiro papel (SOUZA, 2021).

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo questiona se o processo de confecção dos planos municipais de saúde da Rota da Produção observa os preceitos da gestão social. Ao longo do referencial teórico afirma-se que a gestão da política pública de saúde, permeada pela complexidade e articulação interfederativa, só pode ser bem conduzida com um planejamento que contemple processos de discussão em que a cidadania participe do governo e definição de ações.

Da análise situacional da região de saúde 20- Rota da Produção, objeto do presente estudo, verifica-se que se trata de uma região fragilizada do ponto de vista das questões socioeconômicas, o que acarreta maiores desafios em termos de políticas de saúde já que a dependência por serviços, a importância das ações preventivas e da gratuidade de toda a linha de cuidado são fundamentais para essa população. O alto índice de analfabetismo e a baixa renda exigem maior resiliência e empenho das equipes, considerando que o autocuidado dos usuários fica dificultado em cenários como esse.

Nesse sentido, conclui-se que embora em termos normativos o planejamento em saúde tenha como característica o fato de ser ascendente, privilegiando as construções locais que nortearão o planejamento regional, estadual e federal, os critérios da transparência e efetivo controle social não foram observados no processo de elaboração dos planos municipais de saúde analisados.

A doutrina compreende que existem vários fatores que levam ao distanciamento da população dos espaços de controle social como a resistência dos atores hegemônicos, a tecnicização da política, a linguagem dos técnicos que se distancia da realidade vivida pelos usuários, a desigualdade social, a dificuldade para concretizar as decisões, problemas de *accountability*, a legitimidade das pessoas que compõem os colegiados e a própria descrença com a política e o público.

A partir da leitura dos planos municipais da região de saúde 20- Rota da Produção percebe-se que o caminho que privilegia o planejamento, a educação permanente e a participação popular, ainda necessita percorrer um grande caminho para que se consolide e possa nortear a política de saúde dentro das diretrizes da descentralização insculpidas na Constituição Federal.

Conclui-se que não é possível falar em desenvolvimento e equidade entre regiões sem que antes se desenvolva a prática democrática da participação social, do planejamento local e da gestão dialógica. De modo que se recomenda que os dados ora apreciados sirvam de norte para uma atuação de gestão que privilegie a gestão social e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, já que ouvir as demandas reais da população contribui para uma melhor e mais adequada alocação de recursos humanos e financeiros e para a proposição de ações e serviços que garantam maior resolutividade aos problemas de saúde existentes.

REFERÊNCIAS

- ABRUNHOSA, Marcela Alves, MACHADO, Felipe Rangel de Souza, PONTES, Ana Lúcia de Moura. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 29, n. 3, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200584>.
- ALLEBRANDT, Sérgio Luís; PREDIGER, Reneo Pedro. Escopo metodológico. In: ALLEBRANDT, Sérgio Luís; TENÓRIO, Guilherme (orgs.). **Controle social de territórios: teoria e prática**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2018. v.2, p. 29-44.
- AQUINO, Jael Maria de Monteiro, et al. Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 6, n. 1, p. 364-377, jan./mar. 2014. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7837/1/2014_art_emlmmonteiro.pdf. Acesso em 20 jun. 2023.
- BENEVIDES, Maria Victoria. O direito humano à participação política. In: SEDH. **Brasil Direitos Humanos 2008: a realidade do país aos 60 anos da Declaração Universal**. Brasília: SEDH, 2008, p. 188-189.
- BIROCHI, Renê. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração- UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 27 fev. 2020.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 28 fev. 2020.
- BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 27 de jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_para_entender_controle_social.pdf. Acesso em 27 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 28 fev. 2020.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis**. 2012;22(4):1313–32. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400004>.

CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso; SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. A diretriz constitucional de participação social no SUS. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo. (org.) **Coletânea direito à saúde: institucionalização**. Brasília: CONASS, 2018, p. 44-55.

CANÇADO, Airton Cardoso; PEREIRA, José Roberto; TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Gestão social: epistemologia de um paradigma**. 2.ed. Curitiba: CRV, 2015.

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**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 237-271. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 19 jun. 2020.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472-485, jun. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000200007>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em 28 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 499/14**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155805-resolucao-cib-499-14.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 555/12**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

FERRAREZI, Elisabete; OLIVEIRA, Clarice. Reflexões sobre a emergência da participação social na agenda das políticas públicas: desafio à forma de organização burocrática do Estado. In: ANTERO, Samuel; SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. (orgs.) **Inovação na gestão pública: cooperação Brasil-Espanha**. Brasília-DF: Editora IABS, 2013, p. 117-142.

FRANÇA FILHO, Genauto Carvalho de. Definindo Gestão Social. In: SILVA JÚNIOR, Jeová Torres, et. al.(org.). **Gestão Social: práticas em debate, teorias e construção**. Disponível em: http://gestaosocial.paginas.ufsc.br/files/2011/07/Livro-1-Cole%C3%A7%C3%A3oEnapegsV1_Gest%C3%A3oSocialPraticasDebatesTeoriasConstru%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em 28 fev. 2020.

GASPARDO, Murilo. Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios. **Estudos Avançados**, n. 32, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100065. Acesso em: 15 jun. 2023.

GRAU, Nuria Cunill. Modelos de controle e de participação sociais existentes na Administração Pública Federal. In: ANTERO, Samuel; SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. (orgs.) **Inovação na gestão pública: cooperação Brasil-Espanha**. Brasília-DF: Editora IABS, 2013, p. 143-391.

GUIZARDI, Francini Lube. A autocritica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. **Revista Eletron Comum Inf Inov**. 2015;9(3):1-7. Doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v9i3.1028>.

JUNGLOS Carlos, et al. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Cogitare enfermagem**. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.66874>.

LEAL, Rogério Gesta. Esfera pública e participação social: possíveis dimensões jurídico-políticas dos direitos civis de participação social no âmbito da gestão dos interesses públicos no Brasil. In: LEAL, Rogério Gesta(org.). **A Administração pública compartilhada no Brasil e na Itália: reflexões preliminares**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008, p. 177-227.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.* De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, mar. 2011. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000300027>.

PIRES, Roberto; VAZ, Alexander. **Participação social como método de governo?** um mapeamento das "interfaces socioestatais" nos programas federais. Texto para discussão 1707. Ipea, 2012. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=15116. Acesso em 23 jun. 2023.

SECCHIN, Lenise Barcelos de Mello. Controle Social: transparência das políticas públicas e fomento ao exercício da cidadania. **Revista da CGU**, a. 3, n. 5, p. 28-45, dez. 2008.

SILVA, Fernanda Rodrigues da; CANÇADO, Airton Cardoso. Controle social e gestão social: abordagens diferentes ou congruências relevantes? In: TENÓRIO, Fernando Guilherme (Org.). **Controle social de territórios: teoria e prática**. v.1. Palmas/TO: Universidade Federal do Tocantins: EDUFT, 2018, p. 57-94.

SOUZA, Livia de Souza e, et al. Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.45, n.3,2021. Doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3370>.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. Gestão social: uma perspectiva conceitual. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 7-23, set./out. 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7754/6346>. Acesso em: 29 fev. 2020.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. Reprisando o conceito de gestão social. In: TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Uma alternativa: gestão social**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016. p. 69-102.

ZANATTA, Leticia Gheller. A cidadania diante da diversidade de identidades nacionais e da interculturalidade. In: BERTASO, João Martins (org.). **Cidadania, diversidade e reconhecimento**. Santo Ângelo: Furi, 2009.