

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Cristiane Aparecida Costa Tavares

**A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS
GERAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**

Belo Horizonte

2023

Cristiane Aparecida Costa Tavares

**A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS
GERAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Odete Pereira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Lívia Cozer Montenegro

Belo Horizonte

2023

T231p Tavares, Cristiane Aparecida Costa.
A participação dos Conselheiros Estaduais de Saúde de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia de COVID-19 [recursos eletrônicos]. / Cristiane Aparecida Costa Tavares. - - Belo Horizonte: 2023.
142f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Maria Odete Pereira.
Coorientador (a): Livia Cozer Montenegro.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Participação Social. 2. Conselhos de Saúde. 3. COVID-19. 4. Conferências de Saúde. 5. Saúde Pública. 6. Dissertação Acadêmica. I. Pereira, Maria Odete. II. Montenegro, Livia Cozer. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 153.7

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 99 (NOVENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 17 (dezesete) dias do mês de outubro de dois mil e vinte e três, às 8:00 (oito horas), realizou-se, por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19", da aluna *Cristiane Aparecida Costa Tavares*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria Odete Pereira, Livia Cozer Montenegro, José Renato Gatto Júnior e Mirela Castro Santos Camargos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 17 de outubro de 2023.

Profª. Drª. Maria Odete Pereira
Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Livia Cozer Montenegro
Membro Titular - Coorientadora (UFPR)

Prof. Dr. José Renato Gatto Júnior
Membro Titular (USP)

Profª. Drª. Mirela Castro Santos Camargos
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Maria Odete Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 27/10/2023, às 09:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Livia Cozer Montenegro Usuário Externo**, em 30/10/2023, às 11:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Renato Gatto Júnior, Usuário Externo**, em 31/10/2023, às 20:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Coordenador(a)**, em 01/11/2023, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 01/11/2023, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2725404** e o código CRC **1902D06B**.

À minha Hope, por não me deixar sozinha um único instante.

À Ana Laura e Théo, tia e madrinha ama vocês
e espera fazer sempre o melhor por vocês.

Ao meu Pai e Mãe, tudo para e por vocês!

Irmão, todo meu amor.

Pois só quem sonha, consegue alcançar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda proteção e graça, por tudo que sou e tudo que tenho, por me permitir chegar até aqui e pela certeza que Tu sabes, que este é só mais um degrauzinho.

Agradecer nominalmente é sempre um risco de cometer injustiça, então a todas as pessoas maravilhosas que passaram pelo meu caminho nessa jornada. Agradeço por cada mensagem de carinho, de boa sorte, de incentivo, cada abraço, cada emoji recebido, de você que compreendeu o que este momento representa na minha vida.

Aos meus amigos, que souberam entender minha ausência e me apoiaram em mais uma dessas minhas invenções.

À Ethiara, minha gratidão e carinho por me incentivar e não me deixar desistir, mesmo quando eu não sabia de onde tirar mais forças, você foi minha inspiração e apoio.

À Bela, Kátia Marias e Sandra por serem luz em momentos de escuridão.

À Brisa, pois sem ela nada disso seria possível.

Aos meus colegas do COSEMS/MG, em especial ao presidente, agradeço por me apoiar. Aos Conselheiros Estaduais de Saúde, em especial à Lu, Ederson e à mesa diretora, que contribuíram de forma genuína e cederam seu precioso tempo para que essa pesquisa se realizasse.

À minha orientadora Dr^a. Maria Odete, por dividir seus conhecimentos, tão sábios e pertinentes. À minha coorientadora Dr^a. Lívia, por mesmo de longe se fazer presente. A vocês, o meu reconhecimento e gratidão.

Aos meus colegas da turma quatro, pelos aprendizados e compartilhamentos, e, principalmente, superação nos momentos de dificuldades! Ainda bem que temos nosso *WhatsApp*!

Aos queridos professores da UFMG que em momentos do nosso curso híbrido, cheio de incertezas, souberam nos conduzir com maestria e gentileza.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, representado por seus coordenadores e ao Davidson, em especial, por sempre estar disponível, para tirar nossas dúvidas, agradeço pela oportunidade de fazer parte, conhecer pessoas incríveis, pelo grande aprendizado, que espero levar por toda vida!

Obrigada, UFMG!

“Quando você quer alguma coisa,
todo o universo conspira para que você realize o seu desejo.”
(COELHO, 1990).

RESUMO

TAVARES, Cristiane Aparecida Costa. **A participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia de COVID-19**. 2023. 135 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023).

A saúde pública no Brasil é um assunto complexo, tanto do ponto de vista dos cuidados com a população, quanto da gestão dos sistemas e serviços. A regulamentação da área da saúde ocorreu em 1990, por meio da Lei nº 8.080 que, dentre outros elementos, indicou como diretriz a participação da comunidade na formulação e definição das políticas públicas de saúde. Neste mesmo período, em um contexto de abertura política e redemocratização do país, os conselhos foram instituídos como um dos principais espaços para o exercício da participação e do controle social visando a implementação das políticas públicas em todas as esferas governamentais. Na área da saúde, em especial, os conselhos têm participado de forma contínua na gestão das políticas públicas, fiscalizando a aplicação dos recursos, controlando a execução de programas, monitorando os aspectos econômicos e financeiros, analisando o plano de saúde e acompanhando a implementação das diretrizes das conferências de saúde, em cada esfera de governo. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde decretou a pandemia de COVID-19, causada pelo novo coronavírus, constituindo uma emergência de saúde pública, de importância internacional. Em um cenário, em que várias medidas emergenciais precisaram ser tomadas, buscando enfrentar a situação de crise sanitária, a pesquisa teve por finalidade compreender a participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa e interpretativa. Os participantes da pesquisa foram os conselheiros (membros efetivos) da mesa diretora do Conselho Estadual de Saúde. Para a coleta de dados foram utilizadas técnicas de análise documental, realização de grupo focal com os conselheiros e entrevista com roteiro semiestruturado com o vice-presidente, empregando-se a triangulação dos dados. Para análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da UFMG, por meio do Parecer nº 5.797.773 e, autorizada pela mesa diretora do Conselho

Estadual de Saúde, conforme Ofício CES-MG nº 241. Dos oito membros efetivos, que compunham a mesa diretora do Conselho Estadual de Saúde, seis participaram das intervenções propostas. Sendo que, um era representante do poder público e cinco eram representantes da sociedade civil, destes, quatro eram representantes de usuários do Sistema Único de Saúde e dois representavam os trabalhadores da saúde. O perfil desses participantes indicou uma maioria masculina, negra ou parda, residente em Belo Horizonte, com mais de 40 anos, com ensino médio completo, remuneração de um a três salários mínimos e com mais de quatro anos de atuação no Conselho Estadual de Saúde (um chegando a atuar por 55 anos). Os resultados da pesquisa identificaram o trabalho ativo dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais durante a pandemia de COVID-19, que buscaram se reunir virtualmente, enfrentando obstáculos de plataformas tecnológicas desde o início da pandemia, quando a situação ainda era incerta; problemas de financiamento que impossibilitaram a melhor atuação dos conselheiros do Conselho Estadual de Saúde, pela impossibilidade de utilização do orçamento financeiro que é garantido pela Lei Orçamentária Anual; atuação conjunta com o Ministério Público em dois momentos em que o estado de Minas Gerais solicitou manifestação em temática específica.

Palavras-chave: participação social; conselho de saúde; COVID-19.

ABSTRACT

TAVARES, Cristiane Aparecida Costa. **The participation of state health advisors of Minas Gerais in tackling the COVID-19 pandemic.** 2023. 135 f. Master's (Professional Master's in Health Services Management) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

Public health in Brazil is a complex issue, both from the point of view of caring for the population and managing systems and services. The health area was regulated in 1990 by Law No. 8.080, which, among other elements, indicated community participation in the formulation and definition of public health policies as a guideline. During this same period, in a context of political openness and re-democratization of the country, councils were established as one of the main spaces for the exercise of participation and social control aimed at the implementation of public policies in all spheres of government. In the area of health, in particular, councils have participated continuously in the management of public policies, overseeing the application of resources, controlling the execution of programs, monitoring economic and financial aspects, analyzing the health plan and monitoring the implementation of the guidelines of health conferences at each level of government. In March 2020, the World Health Organization declared the COVID-19 pandemic, caused by the new coronavirus, constituting a public health emergency of international importance. In a scenario, in which several emergency measures needed to be taken, seeking to face the health crisis situation, the research aimed to understand the participation of state health advisors in Minas Gerais in facing the COVID-19 pandemic. This is a case study, with a qualitative and interpretative approach. The research participants were the counselors (permanent members) of the board of directors of the State Health Council. For data collection, document analysis techniques were used, holding a focus group with the counselors and interviews with a semi-structured script with the vice-president, president, using data triangulation. Content analysis was used for data analysis. The research was approved by the UFMG Ethics Committee, through Opinion nº 5,797,773 and authorized by the board of directors of the State Health Council, according to Official CES-MG nº 241. Of the eight effective members, who made up the board of directors of the State Health Council, six participated in the proposed interventions. One was a representative of public authorities and five were representatives of civil society, of these, four were representatives of users of the

Unified Health System and two represented health workers. The profile of these participants indicated that the majority were male, black or mixed race, residing in Belo Horizonte, over 40 years old, with complete secondary education, remuneration of one to three minimum wages and with more than four years of experience at the State Health Council (one working for 55 years). The research results identified the active work of state health advisors in Minas Gerais during the COVID-19 pandemic, who sought to meet virtually, facing obstacles from technological platforms since the beginning of the pandemic, when the situation was still uncertain; financing problems that made it impossible for the counselors of the State Health Council to perform better, due to the impossibility of using the financial budget that is guaranteed by the Annual Budget Law; joint action with the Public Ministry on two occasions when the state of Minas Gerais requested a statement on a specific topic..

Keywords: social participation; health council; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Codificação automática da Entrevista e Grupo Focal com frequência ocorrência.....	57
Figura 2 – Fluxograma das etapas da pesquisa.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resoluções Publicadas Pelo CES-MG de 2020 a 2022	42
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ocorrência dos descritores nas atas das reuniões do CES.....	52
Tabela 2 – Perfil da mesa diretora do CES	62
Tabela 3 – Categorias e subcategorias analíticas e frequência de ocorrência dos termos.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

2019-nCoV	Novo coronavírus
ABEN-MG	Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Minas Gerais
ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
AHFMG	Associação dos Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais
AHMG	Associação dos Hospitais de Minas Gerais
ALMG	Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais
AMAPEM	Associação Mineira de Apoio aos Portadores de Esclerose Multipla
AMDDII	Associação Mineira de Portadores de Doenças Inflamatórias e Intestinais
AMVC	Associação Mineira do AVC
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CB	Coletivo BIL
CEAP	Centro de Educação e Assessoramento Popular
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES-MG	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
CESM-MG	Conferência Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais
CICC-MG	Centro Integrado de Coordenação e Controle
CMC	Centro Mineiro de Controle de Doenças, Ensino, Pesquisa e Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais
CMP	Central de Movimentos Populares
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - Regional Leste 2
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COES-MINAS	Centro de Operações de Emergência em Saúde
COFEN/COREN	Conselho Federal e Regionais de Enfermagem
COFIN	Comissão de Orçamento e Financiamento
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
COREN-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais
COSEMS-MG	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais
CoV	Coronavírus
CREA-MG	Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
CRESS-MG	Conselho Regional de Assistente Social de Minas
CRF-MG	Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais
CRM-MG	Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
CRMV- MG	Conselho Regional de Medicina Veterinária de Minas Gerais
CRO-MG	Conselho de Odontologia de Minas Gerais
CRP-MG	Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais
CTI	Centros de Terapia Intensiva
CUTMG	Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESP	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
ESP II	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de importância Nacional
FADEMG	Federação das Associações de Portadores de Deficiência do Estado de Minas Gerais
FAMEMG	Federação das Associações de Moradores do Estado de Minas Gerais
FAPMG	Federação dos Aposentados e Pensionistas do Estado de Minas Gerais
FEESSSE/MG	Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Minas Gerais
FETAEMG	Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado de Minas Gerais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOA	Lei Orçamentária Anual
MDCMG	Movimento das Donas de Casa e Consumidores de Minas Gerais
MP	Ministério Público

NE	Numeração Especial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Plano Estadual de Contingência
PES	Plano Estadual de Saúde
PNEPCSS	Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS
RAG	Relatório Anual de Gestão
RPP	Revista de Políticas Públicas
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i> (Síndrome Respiratória Aguda Grave)
SEE-MG	Secretaria de Estado da Educação
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde
SINDENF-MG	Sindicato dos Enfermeiros de Minas Gerais
SINDHOMG	Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Minas Gerais
SINDSAÚDE	Sindicato Único dos Trabalhadores da Área de Saúde do Estado de Minas Gerais
SINMED-MG	Sindicatos dos Médicos de Minas Gerais
SINTSPREV	Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Previdência e Assistência Social
STE-MG	Secretaria de Estado do Trabalho e Emprego –
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
Transvida	Transplante pela Vida
UEMP	União por Moradia Popular
UGT	União Geral dos Trabalhadores
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Objetivo geral	26
1.1.1 <i>Objetivos específicos</i>	27
1.2 Justificativa	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 A organização da participação social nas políticas de saúde no Brasil. 29	
2.2 A gestão do SUS durante a pandemia COVID-19	33
2.3 O controle social e sua atuação em situações de crise sanitária (Pandemia da COVID-19)	37
2.4 Sobre o CES-MG	43
3 PERCURSO METODOLÓGICO	49
3.1 Tipo e abordagem de pesquisa.....	49
3.3 Cuidados éticos	60
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1 Perfil e representação dos Conselheiros Estaduais de Saúde	61
4.2 Estruturação da Rede de atenção à saúde durante a pandemia de COVID-19.....	67
4.3 Cooperação Federativa e medidas de enfrentamento	86
4.4 Atuação do Conselho em ações pontuais no estado	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL.....	116
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PARA CONSELHEIROS.....	120
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	121
APÊNDICE E – CARTA-CONVITE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	122
APÊNDICE F – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES.....	123
APÊNDICE G - PRODUTO TÉCNICO.....	124
APÊNDICE H – ENVIO AO CES-MG	137
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	138
ANEXO B – PARECER COEP	139

APRESENTAÇÃO

A pesquisadora é advogada e assessora jurídica do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG), desde o ano de 2012. Anteriormente, foi empreendedora pública do Estado de Minas Gerais e assessora jurídica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a partir de 2004. É especialista em Direito Público (2019), especialista em Planejamento Orçamentário e Financeiro do Sistema Único de Saúde (2013), especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (2009) e Graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2006).

A prática profissional desenvolvida pela pesquisadora é de assessoria técnico-jurídica aos Secretários de Saúde dos 853 municípios de Minas Gerais, principalmente na área de direito sanitário, além de atender outras demandas afetas à área jurídica da administração pública.

A pesquisadora atua em comitês de assessoramento, subsidiando importantes decisões, pois, além de orientar gestores, procuradores e técnicos municipais, faz parte de sua rotina participar de reuniões e grupos técnicos de discussões estaduais e nacionais. Essas discussões têm por objetivo aperfeiçoar a execução das políticas públicas, derivadas da interpretação das normativas do Sistema Único de Saúde (SUS), que incidem no dia a dia dos gestores públicos municipais.

Nesse cenário de trabalho diário, apresentaram-se diversos questionamentos inquietantes sobre a pandemia do novo Coronavírus que foi declarada pela Organização Mundial de Saúde, em janeiro de 2020, em virtude de reuniões acompanhadas, notícias publicadas na mídia, dúvidas que eram remetidas ao estabelecimento em que a pesquisadora trabalha, que por vezes ficavam sem resposta (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Em especial, a pesquisadora se deparou com uma situação em que o presidente do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (CES-MG), que era o próprio secretário de Estado de Saúde, levou, uma decisão já tomada, para ciência do controle social. Fato que deu origem à inquietação que originou a presente pesquisa: quando o conselho toma decisões sobre as questões que estão sendo apresentadas ao plenário? Esses conselheiros estão preparados para decidir? Entendem o papel que ocupam perante os cargos de conselheiros

estaduais nessas reuniões ordinárias?

A pesquisadora começou, assim, a pensar em contribuições acadêmicas e profissionais que poderiam sugerir para aperfeiçoamento, que se alinhavam com o objeto dessa pesquisa e que poderiam contribuir com o funcionamento do CES.

Como o estabelecimento em que a pesquisadora trabalha ocupa duas cadeiras de representação no CES-MG, poderia facilitar a contribuição dos participantes na pesquisa, e essas contribuições poderiam alcançar um potencial mais eficaz e a proposta ser mais eficiente. Por esse motivo, a pesquisadora decidiu propor o presente estudo, que vai ao encontro de sua experiência como advogada sanitária, para aperfeiçoar a participação da comunidade no processo decisório das políticas públicas de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é um assunto complexo, tanto do ponto de vista dos cuidados com a saúde da população como da gestão dos sistemas/serviços. Além dos aspectos relacionados à realidade sociocultural brasileira, faz-se necessário levar em consideração que a implantação de um sistema universal de saúde, em termos históricos, é um fato novo. O direito de acesso universal à saúde foi previsto legalmente a partir de 1988 (Brasil, 1988).

A Constituição Federal (CF) de 1988 foi a pioneira na institucionalização de mecanismos de controle e participação social, estabelecendo colegiados (conselhos e conferências) e atribuições jurídicas da sociedade civil que trabalham junto ao Estado para formular e monitorar a implementação da política pública (Lobato, 2009). Desde sua entrada em vigor, mudanças significativas ocorrem na interação entre o Estado e a sociedade brasileira. Dentre essas mudanças, vale destacar o processo de formação, difusão e funcionamento das organizações participativas - “formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas” (Avritzer, 2009, p. 08).

Na mesma direção, a regulamentação das ações e serviços de saúde ocorreu em 1990, por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que, dentre outros elementos, indicou como diretriz a participação da comunidade na formulação e definição das políticas públicas de saúde (Brasil, 1990a). Isso porque a participação da comunidade orienta as ações políticas no sentido de convergir às vontades dos cidadãos. Nesse sentido, a abertura e a presença organizada da sociedade civil em diversos segmentos do Estado resultariam na criação de instrumentos mais transparentes de diálogos, como o crescimento exponencial de ouvidorias, audiências públicas e mesas permanentes de negociação (Lambertucci, 2010).

Em seus ensinamentos, Carvalho (2014) destaca que:

A participação da comunidade na saúde, preceito constitucional, precisa ser proposta, estimulada e garantida por todos nós cidadãos. Ela é um direito do cidadão pleno, portador de direitos. É extremamente necessário cultivá-la nas questões que dizem respeito ao direito à vida e à saúde (Carvalho, 2014, p. 17).

A fim de definir a participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

definiu que a participação da comunidade no SUS seria por meio de conselhos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Sua atuação envolveria a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990b).

Em muitas áreas das políticas públicas, os mecanismos institucionais e/ou informais foram gradualmente introduzidos, fazendo com que os cidadãos brasileiros passassem a propor e revisar diretrizes para implementação de políticas (Avritzer, 2009; Wampler, 2015; Curato *et al.*, 2020). Os representantes da sociedade civil devem se propor a trazer legitimidade às decisões tomadas nos espaços de deliberação, e dessa forma, passam a contribuir para o atendimento das necessidades e interesses dos diversos segmentos sociais aos quais representa (Kanufre, 2008).

Os conselhos são um dos principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas públicas em todas as esferas governamentais (Brasil, 2009). Os conselhos são compostos por igual número de representantes da sociedade civil e do Estado, ou seja, tanto os representantes da sociedade civil como do Estado são corresponsáveis pelas decisões tomadas e figuram nas três esferas de governo: governo federal, estadual e municipal.

Gohn (1996, p. 14) descreve que os conselhos são "órgãos públicos colegiados de natureza ambivalente, vinculados à administração estatal, mas ao mesmo tempo constituídos de representações da sociedade". Constituem assim, instâncias de decisões políticas que se diferem na forma como se comportam, como são estruturadas e como refletem na formulação de políticas públicas, dependendo das leis e das relações de poder recíprocas estabelecidas dentro delas (Nahra, 2007).

Ademais, como espaços públicos de participação institucionalizados pelo Estado, que visam promover a participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas, considera-se que a sociedade e os governos participam juntos do que é feito no funcionamento dos setores. Esta é uma forma importante de garantir a participação efetiva no município onde a pessoa vive, ou

seja, alguma forma de participação no governo onde residem os cidadãos (Brasil, 2007, Assis, 2009).

Desta forma, para que esse mecanismo funcione de forma efetiva como órgão de controle social é preciso que a sociedade civil atue, conheça suas atribuições e que se imponha diante das situações que exijam sua intervenção (Kocian, 2014).

Segundo Gohn (2006), existem duas posições em relação ao papel central dos conselhos: a primeira circunscreve os no plano da consulta, preocupa-se com a separação de sua atuação em relação ao legislativo, defendendo que eles fiquem limitados a serem auxiliares do poder legislativo. A segunda postula no campo deliberativo, tendo uma atuação como órgãos fiscalizadores do executivo, segundo uma perspectiva e modelo de gestão descentralizada; sugere-se que eles operem dentro das decisões que são tomadas em sua área, acarretando um estilo de governo que tenha como diretrizes e eixos fundamentais as questões da participação e da cidadania, um governo que aceite os conflitos como parte do jogo de interesses numa democracia. Portanto, o papel dos conselhos incide na discussão sobre as estratégias de gestão pública de uma forma geral e sobre o caráter das próprias políticas públicas em particular (Borja, 2000).

Com base na Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a terceira diretriz do conselho de saúde os torna “uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 2012).

A partir dessa premissa, os conselhos de saúde têm participado de forma contínua na gestão das políticas públicas de saúde: fiscalizando a aplicação dos recursos de saúde; controlando a execução de programas de saúde; monitorando os aspectos econômicos e financeiros; analisando o plano de saúde; e acompanhando a implementação das diretrizes das conferências de saúde em cada esfera de governo (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

A relevância dos conselhos de saúde está, para além da participação e controle social, na exigência do seu funcionamento para que os recursos do governo federal que, dizem respeito à saúde, sejam transferidos de forma regular para os municípios e estados (Silva, 2021). Nesse sentido, os conselhos de saúde, caracterizados como a instância legítima de participação social, exercem suas atribuições por intermédio de seu plenário.

Os membros que compõem os conselhos de saúde, podem ser organizados em grupos e comissões, de modo a qualificar sua atuação, como, por exemplo: comissão de acompanhamento e fiscalização; comissão de saúde; comissão de comunicação e educação; Comissão de Orçamento e Financiamento do SUS (COFIN). No que diz respeito ao funcionamento dos conselhos de saúde, o plenário tem que tornar públicas suas decisões por meio de documentos como resoluções, recomendações e propostas (Brasil, 2012).

Outra forma de gestão participativa foi proposta, em 2007, pela secretaria de gestão estratégica e participativa do Ministério da Saúde. A secretaria publicou a política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS implementando, por meio da Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, o “ParticipaSUS”. A política teve por objetivo orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS (Brasil, 2007).

Assim, o ParticipaSUS compreende que a gestão participativa é uma estratégia presente nos processos cotidianos de gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social, e compreende quatro componentes principais: a gestão participativa e o controle social no SUS; o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, a ouvidoria do SUS e, ainda, a auditoria do SUS (Brasil, 2007).

Com efeito, a gestão participativa objetiva agregar legitimidade às ações de governo, de forma a assegurar a inclusão de novos atores políticos e possibilitar a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade. Requer a adoção de práticas e dispositivos de controle social, mecanismos de escuta permanente das opiniões e demandas da população, processos participativos de gestão, intersetorialidade e mecanismos de mobilização social (Brasil, 2007; Coelho, 2012; Bispo Júnior; Gerschman, 2013).

A criação de canais de participação não constitui, no entanto, garantia suficiente de que os participantes privilegiados (na maioria dos casos representantes de grupos de interesse sociais, populares, sindicais e de usuários) estarão envolvidos, em certa medida, nas decisões políticas que são tomadas, podendo optar por não participar ou apenas gerir, consultar ou aceder à informação (Arnstein, 1969; Paul, 1987; Choguill, 1996).

No caso dos conselhos de saúde, existe a prerrogativa prevista na Resolução

nº 453 do CNS, em que, quando da publicação de suas decisões, através de resolução, essas devem ser homologadas pelo secretário, prefeito ou governador em 30 dias e devem ser divulgadas oficialmente. Caso os 30 dias se passem e a resolução não tenha sido homologada, ou se o gestor não enviar ao conselho uma justificativa com proposta de mudança ou rejeição a ser apreciada na próxima reunião, o conselho de saúde pode buscar sua validação recorrendo, se necessário, ao Poder Judiciário ou ao Ministério Público (MP) (Brasil, 2015; Diniz, 2017). Dessa forma, a deliberação utilizada nos conselhos deve seguir uma agenda de temas prioritários para a implementação do SUS, acompanhando ou, até, antecipando a agenda do gestor correspondente (Noronha; Lima; Machado, 2012).

Apesar de toda estruturação e legislação norteadora, a saúde pública brasileira passa por diversos desafios. O mais recente aconteceu quando foi impactada, em janeiro de 2020, com o surto e posterior declaração da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Batizado como SARS-CoV-2, por causar uma síndrome respiratória aguda grave (SARS, do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome*) similar a outro coronavírus descoberto em 2002, o novo vírus se mostrou altamente transmissível, e não havia imunidade contra ele nas populações atingidas (Fonseca, 2021).

A COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, afetou todos os aspectos da vida humana, desorganizando os sistemas de atenção à saúde do mundo inteiro e provocando uma crise econômica e social sem precedentes e de dimensões planetárias. A rapidez com que se alastrou globalmente, o seu potencial de contaminação, o baixo conhecimento do vírus e de sua fisiopatologia, a insuficiência das evidências sobre abordagens farmacológicas e a inexistência de vacinas eficazes agregaram complexidade e incertezas às estratégias de seu enfrentamento (Mendes, 2020, p. 2).

O vírus identificado como causador do primeiro surto da enfermidade no final de 2019, em Wuhan, na China. Os grupos submetidos a maior risco de formas graves e de morte foram os idosos e os pacientes com doenças crônicas (World Health Organization, 2020). Com exponencial número de casos, que elevariam a mortalidade no Brasil, medidas sanitárias urgentes precisaram ser adotadas.

Segundo Cavalcante *et al.* (2020) no dia 26 de fevereiro foi confirmado o primeiro caso importado no Brasil. Em 22 de março, 25 dias após a confirmação do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, todas as regiões já haviam feito notificações da doença. Passados 56 dias do milésimo registro, verificou-se o aumento de 200%,

atingindo 233.142 casos em maio/2020. Ao final de maio, o Brasil registrou 233.142 casos e 15.633 óbitos.

Dessa maneira, em 20 de março, o Ministério da Saúde declarou estado de transmissão comunitária do SARS-CoV-2 em todo o território nacional.¹ Esse cenário mobilizou o estado, por meio de suas esferas municipal, estadual e nacional, a dar respostas à essa emergência, garantindo gestão e análise apropriada dos dados para geração de informações que subsidiassem a tomada de decisão dos gestores e técnicos. Além disso, a definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento da COVID-19 (Brasil, 2020a).

Em 29 de setembro de 2020, a COVID-19 superou o número total de 1 milhão de óbitos em todo mundo. Com mais de 150 mil óbitos registrados entre março e outubro de 2020, o Brasil figurou na segunda posição mundial com o maior número de mortes provocadas pela doença (Organização Mundial da Saúde, 2019). No contexto brasileiro, de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração (Werneck; Carvalho, 2020), os desafios se apresentaram ainda maiores.

Casos da história recente, como os surtos de ebola em 2014, e de SARS e MERS, em 2003 e 2012, respectivamente, já anunciavam que as políticas públicas de saúde mundiais deveriam mudar seu foco de atuação. Em lugar de apenas conter e isolar potenciais pandemias, era preciso começar a pensar em medidas de prevenção e investimentos na busca por soluções para problemas que ainda estariam por vir. No entanto, foi exatamente essa carência de antecipação que tornou a ação do SARS-CoV-2 tão letal, acarretando a morte de dezenas de milhares de pessoas mundo afora (Massuda; Tasca, 2021).

Com a COVID-19, mesmo os sistemas de saúde bem estruturados entraram em colapso devido ao rápido aumento nas hospitalizações para tratamento de pacientes gravemente enfermos em regiões com altas taxas de transmissão do vírus (Legido-Quigley *et al.*, 2020).

Sabe-se que, no âmbito da saúde, principalmente da sua gestão, os diálogos são indispensáveis. Assim, a legislação pátria exige a contínua e permanente aproximação entre todas as pessoas que atuam na governança do SUS. Ou seja,

¹ Quando não se consegue mais mapear a cadeia de infecção e saber quem foi responsável pela contaminação dos demais.

nos moldes previstos pela Constituição de 1988 (art. 196 a 200), uma rede somente funciona se existir conexão e coesão entre todos os atores envolvidos (Schulze, 2021).

Nessa seara, frente a um contexto de extrema gravidade, o CNS, divulgou em abril de 2020, um documento orientador para os conselhos municipais, estaduais e distrital de saúde, enfatizando que, como órgãos responsáveis pelo controle social no SUS:

Precisamos de articulação e mobilização. Se o contágio pelo Sars-Cov-2 (nome oficial do Novo Coronavírus), que causa adoecimento pela COVID-19 (nome oficial da doença), seguir o curso de outros países, há grande possibilidade de aumentarmos os casos muito rapidamente nos próximos dias, podendo levar o Brasil a uma crise sem precedentes na Saúde nos próximos meses (Conselho Nacional de Saúde, 2020, p. 1).

Nesse sentido, os conselhos estaduais e municipais foram chamados a exercer de forma mais ativa suas funções, atuando de forma conjunta no combate à COVID-19. O estado de Minas Gerais, em especial, define que o CES-MG, instituído pelo Decreto Estadual nº 32.568, de 05 de março de 1991, compõe a estrutura administrativa da SES e tem por competência atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da política estadual de saúde.

Em março de 2020, com os primeiros casos confirmados no país, Minas Gerais já anunciava mais de dezessete mil casos sem confirmação da COVID-19 (Minas Gerais, 2020). Assim, seguindo a normativa federal, o governador mineiro reconheceu o estado de calamidade pública decorrente da pandemia e iniciou uma série de medidas de prevenção e contingenciamento do COVID-19.

Ante a esse cenário desafiador da pandemia, esperava-se uma atuação conjunta dos entes federados que, mobilizados por uma coordenação central do Ministério da Saúde, unificariam as ações e direcionariam os recursos para as medidas eficazes de enfrentamento à COVID-19 no país. Entretanto, por fatores diversos, dentre eles a falta de credibilidade do próprio Ministério da Saúde e uma série de discussões políticas acerca da competência dos entes federados para estabelecer e suspender restrições em relação às liberdades individuais em prol da saúde coletiva (Fonseca, 2021), isolamento social e fechamento do comércio, por exemplo, acabou por ocorrer uma centralidade dos governadores e prefeitos, instalando-se uma série de ações fragmentadas (Sodré, 2020).

Com base no que foi exposto, diante das novas demandas ao sistema público de saúde, das inúmeras deliberações emergenciais sendo tomadas, da criação de novas instâncias de enfrentamento, mas sem perder de vista o arcabouço legal do SUS que apresenta como exigência legal a participação dos conselheiros de saúde nas tomadas de decisões, questiona-se: como ocorreu a participação dos Conselheiros Estaduais de Saúde de Minas Gerais nas decisões para o enfrentamento pandemia da COVID-19?

Buscando responder ao questionamento anunciado, a presente dissertação foi organizada, para além dessa introdução, em quatro capítulos. O capítulo dois, destinado ao referencial teórico, apresenta aproximação entre os temas centrais que compõem a pesquisa, a saber: organização da participação social nas políticas de saúde no Brasil, a gestão do SUS durante a pandemia do COVID-19 e o controle social e sua atuação em situações de crise sanitária.

Sabendo, segundo Gomes e Amaral (2005), que toda escolha metodológica é complexa, e que cada tipo de pesquisa tem seus limites e que toda opção implicará em renúncias, o capítulo três, destinado aos percursos metodológicos, apresenta, dentre os diversos caminhos possíveis para a pesquisa, aqueles elegidos como os que melhor pudessem oferecer os dados necessários para a compreensão da participação dos conselheiros nas deliberações sobre a pandemia.

O capítulo quatro, dividido em cinco tópicos, discorreu sobre os eixos e categorias de análises diretamente relacionadas aos termos chave da pesquisa, abordando o contexto de ocorrência nos documentos analisados e as concepções dos conselheiros frente à sua atuação durante a pandemia.

No conjunto, os capítulos representaram um esforço de compreensão da participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia do COVID-19.

1.1 Objetivo geral

Compreender a participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia do COVID-19.

1.1.1 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais;
- verificar como se deram as tomadas de decisões do CES-MG;
- identificar o papel dos conselheiros estaduais de saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19.

1.2 Justificativa

Esta pesquisa se justifica, em termos teóricos, por explorar o papel e a importância da gestão participativa sob o prisma dos conselheiros de saúde, aspecto pouco explorado na literatura nacional. Em termos práticos, acredita-se que os resultados da pesquisa possam demonstrar um cenário real da participação dos conselheiros de saúde estaduais durante a pandemia da COVID-19, analisando a abrangência e realidade das decisões tomadas, ocasionando uma discussão importante para construção e aperfeiçoamento de uma gestão participativa.

Buscando maior aproximação com a temática e com o objeto de investigação, realizou-se uma pesquisa bibliográfica recorrendo ao repositório de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),² para levantar as produções dos últimos cinco anos (em todos os idiomas e em todas as bases de pesquisa) que continham aproximações sobre conselhos (federais, estaduais ou municipais) e a COVID-19.

Ao todo foram contabilizadas 157 produções acadêmicas. Entretanto, apenas uma com os dois descritores (conselho e covid) relacionados à temática da presente pesquisa, as demais possuíam apenas algumas fontes, bibliografia ou palavras esparsas.

O artigo em questão é intitulado “Conselhos em Quarentena?” Participação e controle social na política urbana na pandemia da COVID-19”, de autoria de Liana Silvia de Viveiros e Oliveira, Aparecida Netto Teixeira, Maria Auxiliadora da Silva Lobão e Camila Martins de Abreu Farias, todas da Universidade Católica de Salvador. A produção é de 2021 e compõe o Dossiê Temático “*Políticas Públicas em*

² Disponível em: <https://www-periodicos-capes-gov.br.ez27.periodicos.capes.gov.br/index.php/buscaador-primo.html>.

Tempos da pandemia de COVID-19: dinâmicas, contradições e enfrentamentos em defesa da vida e dos direitos”, organizado pela Revista de Políticas Públicas (RPP).

O artigo aborda o contexto de crise política e sanitária do país, com base em uma pesquisa documental e bibliográfica, revisitando o histórico de constituição e atuação do Conselho Estadual das Cidades da Bahia e do Conselho Municipal de Salvador, para avaliar a atenção dada à pandemia (Oliveira *et al.*, 2021).

Os resultados do artigo evidenciam as contradições e fragilidades na atuação dos conselhos, além da ausência de compreensão, nos âmbitos dos conselhos e dos governos, do potencial dessas instâncias e do indispensável acionamento da política urbana no enfrentamento à pandemia (Oliveira *et al.*, 2021).

Apesar da proximidade com a presente pesquisa, a análise é voltada para a política urbana e não para a política da saúde. Assim, apesar de convergir na análise do contexto de atuação dos conselhos e da observância do potencial dessas instâncias participativas, se afasta quando não imerge na atuação específica da política da saúde, sendo essa separação importante para a análise das decisões no âmbito da pandemia de COVID-19 (Oliveira *et al.*, 2021).

Além de colaborar com o preenchimento das lacunas da academia em torno da temática das instâncias de participação e controle social, especificamente, as decisões tomadas do período de maior instabilidade da política de saúde no país e no mundo, esta pesquisa pode fornecer contribuições valiosas para a demarcação desse campo de ação social. Além disso, pode dar mais visibilidade àquilo que está sendo feito, como está sendo feito, e quais são as concepções que conformam as escolhas públicas (Menicucci, 2008) e como a sociedade civil organizada consegue participar desses espaços de decisão coletiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi estruturado em quatro partes: a primeira, discute a organização da participação social nas políticas de saúde no Brasil; a segunda, apresenta a gestão do SUS durante a pandemia da COVID-19; a terceira, apresenta o controle social e sua atuação em situações de crise sanitária; e, a quarta, apresenta o funcionamento e estrutura do CES-MG.

2.1 A organização da participação social nas políticas de saúde no Brasil

O acesso à saúde se estabeleceu no Brasil bem antes da promulgação da Constituição da República de 1988. A concepção do direito à saúde veio atrelada ao direito de trabalhadores formais e seus familiares, que contribuíam com o regime de previdência social existente na época, garantindo a assistência ambulatorial e hospitalar para aqueles que pagavam para suas respectivas categorias profissionais.

Nessa perspectiva, podemos voltar ao ano de 1948, com a Declaração Universal de Direitos Humanos que, no art. 25, determinou:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (Organização das Nações Unidas, 1948).

A Organização Mundial de Saúde (1946, p. 1) reconheceu o conceito de saúde como o “estado de mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”. Assim, com o passar dos anos, várias discussões foram acontecendo, para o que nos anos 1980, viria a conformar-se como reforma sanitária brasileira (Mendes, 1995).

Sobre esse período, Lima (2014) destaca em seu estudo que:

Além dos debates, houve no período uma série de experiências municipais e de universidades, no sentido da universalidade da atenção e integração das ações de saúde, as quais em conjunto resultaram no movimento sanitário. Desse modo, todo esse projeto reformista do sistema de saúde foi unificado e ganhou identidade política de movimento sanitário ou movimento da Reforma Sanitária (Lima, 2014, p. 184).

Nessa perspectiva, o movimento sanitário organizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de vários segmentos da sociedade e políticos, proporcionando discussões de pontos fundamentais. Segundo Ressinger (2008), dentre os vários temas que eram discutidos estava a saúde como um direito na CF/1988.

Dessa maneira, o termo participação surge no contexto do movimento sanitário brasileiro, mesmo possuindo diferentes significados, apresenta a qualificação do agir do sujeito político nos espaços públicos (Oliveira; Pinheiro, 2010). Após toda a movimentação na VIII Conferência de Saúde e ouvidas as demandas dos participantes, que contou pela primeira vez com usuários, foi elaborado um relatório final apontando, dentre outras questões, a necessidade de participação popular, por intermédio de entidades representativas na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

De acordo com Coelho (2021), as contribuições do movimento popular são suas experiências, aspirações e valores adquiridos os quais são enriquecidos e modificados na relação, por exemplo, com profissionais de saúde que podem agir como educadores, facilitadores e mobilizadores, mesmo sendo, de acordo com Valla (1998), inevitável em alguns momentos a dificuldade de compreensão entre estes. Bodstein (1993) sublinha que o nível local é um espaço privilegiado para constitui-se atores e construir identidades coletivas, pois é palco de questões concretas sobre saúde e da interação entre agentes sociais.

Para Oliveira e Dallari (2011), não se pode negar que a participação social representa uma das facetas da participação política, entendida como agir do sujeito nos espaços públicos, reconhecida como direito fundamental dos indivíduos, previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao mesmo tempo em que a considera como um dever de todo cidadão. Com isso, a Constituição Federal de 1988 garantiu a participação da sociedade no SUS, por meio do seu art. 198, que determina como princípio de diretriz do sistema a participação da comunidade (Brasil, 1988).

Com efeito, a gestão participativa objetiva agregar legitimidade às ações de governo, assegurando a inclusão de novos atores políticos e possibilitando a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade. Requer a adoção de práticas e dispositivos de controle social, mecanismos de

escuta permanente das opiniões e demandas da população, processos participativos de gestão, intersetorialidade e mecanismos de mobilização social (Brasil, 2007; Coelho, 2012; Bispo Junior; Gerschman, 2013).

A participação da comunidade no SUS traz a ideia de que a população, de forma democrática, participará dos processos decisórios, por meio da fiscalização e desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

A participação da comunidade nos serviços e nas ações de saúde foi garantida pela criação dos conselhos, assegurada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentada pela Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, revogada e vigente pela Resolução 453, de 10 maio de 2012, representando um avanço em relação à participação popular e ao controle público no Brasil (Brasil, 2012). O estímulo a esta participação faz parte da ideia de se inverter o paradigma de subordinação da sociedade ao Estado para o Estado subordinado à sociedade (Nogueira, 2008).

Através dos espaços de controle social do SUS, garante-se também, a incorporação de demandas sociais vocalizadas por diferentes sujeitos coletivos. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que exista um efetivo controle social e uma gestão participativa, sendo fundamental que sejam (re)conhecidos os desafios enfrentados nos diferentes canais de participação popular que, conseqüentemente, prejudicam o pleno exercício do controle social, possibilitando, ainda, que, mediante esse (re)conhecimento, sejam traçadas estratégias que subsidiem a superação dos diversos obstáculos (Gomes; Órfão, 2021).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 determina a instituição de conselhos de saúde nas três esferas de governo, sob o caráter permanente e deliberativo, com composição, organização e competências estabelecidas em lei própria, assim como foi regulamentada a realização periódica de conferências temáticas de saúde. De acordo com a norma, os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos de caráter permanente, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Cabe a cada município, por decreto do chefe do poder executivo, lei municipal ou portaria, criar os conselhos locais e distritais de saúde. Os conselhos municipais de saúde possibilitam a proximidade da comunidade da dinâmica dos serviços de saúde da unidade e a interação com as demais organizações do bairro. Por esta

razão, são considerados como componentes estratégicos da gestão participativa (Brasil, 1990).

Segundo Gomes e Órfão (2021), os conselhos de saúde são importantes para a participação da sociedade na tomada de decisão, mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS.

Há organização do controle social, que se estruturou em fóruns informais e posteriormente em espaços formais de participação da sociedade civil organizada, como conferências de saúde e conselhos de saúde. Neste cenário, a organização jurídica no país instituiu os conselhos de saúde como instâncias decisórias e de fiscalização dos recursos públicos destinados ao SUS. Assim, os conselhos de saúde se fortaleceram como espaços de poder, de negociação e de conflitos (Junglos *et al.*, 2019).

A composição dos conselhos de saúde, consoante as Recomendações da X e XI Conferências Nacionais de Saúde, devem ser apresentar: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

O critério de paridade para a composição dos conselhos e a realização de eleição também contribui para garantir a representação e o equilíbrio de forças entre sociedade civil e governo na tomada de decisões (Silva; Novais; Zucchi, 2021).

A União e os Estados podem condicionar a entrega de recursos financeiros aos municípios à constituição e ao funcionamento do conselho de saúde no âmbito do respectivo ente da Federação (Brasil, 2013), e com Lei Complementar nº 141/2012,³ maiores atribuições de fiscalização foram dadas aos conselhos de saúde.

Segundo Carvalho (2014) houve um grande avanço no estabelecimento de atribuições e obrigações dos conselhos de saúde:

A cada dia preocupa-me mais a distância entre o funcionamento real dos Conselhos de Saúde e o cumprimento das obrigações da Lei 8.080 e agora da LC 141. Grande parte dos Conselhos de Saúde tem se perdido em ações periféricas ou apenas formais não cumprindo suas obrigações legais (Carvalho, 2014, p. 17).

³ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.

Segundo Barbosa, Tardivo e Barbosa (2016) a lei determina expressamente que devem ser promovidas ações que visem à maior e mais efetiva participação da sociedade. Nesse sentido, destacam Pereira, Conny e Costa (2021) que é atribuição legal dos conselhos e conselheiros elaborar e deliberar sobre os planos de saúde, constituindo, portanto, o planejamento como estratégia fundamental de participação no controle social cidadão.

Os conselheiros de saúde são detentores de mandatos eletivos, que têm por dever legal o acompanhamento da política de saúde de cada nível de governo, desde a aprovação até a sua execução, bem como a avaliação e deliberação acerca dos instrumentos de gestão do SUS, como os relatórios de gestão.

2.2 A gestão do SUS durante a pandemia COVID-19

Conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), os coronavírus (CoV) são de uma ampla família de vírus que pode causar uma variedade de condições, do resfriado comum a doenças mais graves. “É necessário destacar que os sintomas são similares aos de resfriados e outras doenças respiratórias graves, tais como a síndrome respiratória aguda grave (SARS)” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022, p. 1).

A Organização Mundial da Saúde (2020, p. 1) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) “constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)”. No Brasil, a declaração de emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN), em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), foi formalizada pela Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2020b). Por meio da Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, foram tomadas medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública no Brasil, decorrente do coronavírus, responsável pelo surto em 2019. Sua finalidade era a contenção da disseminação do vírus e flexibilização de procedimentos burocráticos para o enfrentamento da doença (Brasil, 2020a).

Após a declaração da OMS sobre a existência de uma pandemia e a notificação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, o ministro da saúde reconheceu a autonomia dos estados para que decidissem sobre a circulação das pessoas (Sodré, 2020).

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Segundo Schweickardt *et al.* (2020), a OMS informou que uma em cada seis pessoas acometidas da COVID-19 ficava gravemente doente e desenvolvia dificuldade em respirar. As pessoas idosas e/ou com comorbidades crônicas como pressão alta, problemas cardíacos ou diabetes, tinham maior probabilidade de desenvolver doenças graves. No mesmo mês, o Ministério da Saúde declarou que a transmissão do vírus no Brasil passou a ser considerada comunitária. Ou seja, ela se disseminou a ponto de não identificar mais as pessoas que importaram a doença. Assim, a Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, declarou, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19) (Brasil, 2020).

Nesse estágio de emergência de saúde pública, de importância internacional, foi publicado pelo governo federal, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, que reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública (Brasil, 2020c). Conforme explica Schweickardt *et al.* (2020), em alguns estados houve aumento das notificações, podendo ser indicativo de uma limitação na velocidade da realização de testes, por insuficiência de exames, saturação ou falha no processo.

O ambiente da pandemia implica respostas que sejam tomadas de forma rápida em função do avanço avassalador do vírus. Nesse aspecto manifesta-se um claro desequilíbrio entre o avanço da COVID-19 que se dá de forma exponencial e as capacidades de respostas das organizações que se manifestam em escala aritmética (Mendes, 2020).

Esforços iniciais do Ministério da Saúde para comunicar a população sobre os riscos da pandemia e sobre distanciamento físico e uso de máscaras tiveram efeito positivo. A maioria das unidades federativas adotou medidas para o distanciamento social (Silva *et al.*, 2020), e boa parte da população mudou hábitos, passando a fazer uso de álcool em gel para higienização das mãos e de máscaras de proteção (Lima-Costa *et al.*, 2020). Porém, as orientações sanitárias do Ministério da Saúde esbarraram na posição e nas atitudes de outras instâncias do governo federal, que, sob o argumento de proteger a economia, acabava por contradizer as recomendações de distanciamento social e defendendo o uso da cloroquina (sem eficácia comprovada para o combate ao coronavírus) como principal estratégia para o enfrentamento da doença (Massuda *et al.*, 2021).

Durante uma pandemia, as pessoas que possuem competência normativa para proferir decisões devem estar conectadas entre si, principalmente quando se trata de questões que exigem a atuação conjunta dos entes da federação (Schulze, 2021). Assim, caberia ao Ministério da Saúde atuar como uma coordenação central entre as três esferas do pacto federativo, unificando as ações e direcionando os recursos para medidas eficazes entre os estados – algo que não aconteceu. Nem mesmo a ação conjunta entre estados e municípios liderados pelo ente central da federação foi pactuada para enfrentar a pandemia. A centralidade dos governadores instalou-se e ações fragmentadas aconteciam entre os municípios como se não houvesse um SUS que pudesse prever a ação entre os três âmbitos da federação (Sodré, 2020).

Diante da alta demanda global e da escassez nacional, sem coordenação federal, estados e municípios passaram a disputar a compra de insumos, resultando em grande iniquidade na distribuição e enormes disparidades de preços pagos (Monteiro, 2020). Nesse contexto, seguindo a normativa federal, o governador do estado de Minas Gerais, publicou o Decreto nº 47.891, de 20 de março de 2020, que reconhece o estado de calamidade pública decorrente da pandemia causada pelo agente coronavírus (COVID-19). Em seguida, criou o Comitê Gestor do Plano de Prevenção e contingenciamento em Saúde do COVID-19 – Comitê Extraordinário COVID-19 para adotar medidas estruturais para enfrentamento da pandemia (Minas Gerais, 2020).

As discussões políticas acerca da COVID-19, no campo formal, giraram em torno da competência dos entes federados para estabelecer e suspender restrições em relação às liberdades individuais em prol da saúde coletiva (Fonseca, 2021). Uma das medidas mais controversas adotada pelos governantes foi o isolamento social, com o conseqüente fechamento do comércio, permitindo apenas o funcionamento de atividades ditas como essenciais, por meio normativas regulamentadoras.

Houve divergências entre União, Estados e Municípios acerca da abrangência das medidas de isolamento social e, como evidenciado, esse descompasso sobre as orientações de prevenção da transmissão do vírus foi existente também entre as diferentes instâncias do governo federal, resultando na demissão do ministro da saúde e na renúncia do segundo ministro, menos de um mês após sua posse.

O conflito interno entre poderes e as orientações mundiais advindas de países cujo sistema de saúde é divergente do contexto brasileiro atrelado as dissonâncias entre sociedade e ciência resultaram na demissão do ministro da saúde e na renúncia do segundo ministro, menos de um mês após sua posse.

Se, porém, os problemas conjunturais afetaram a capacidade de resposta, o modelo federativo vigente também representou um problema estrutural mais grave para o SUS. O modelo municipalista autárquico de organização, que permitiu dar capilaridade à gestão e à constituição de uma rede básica de saúde, foi um impeditivo para a implantação de serviços de maior complexidade, que se concentraram em poucos centros urbanos e no setor privado (Albuquerque *et al.*, 2019). Instrumentos estabelecidos no SUS, como comissões intergestoras e consórcios, foram insuficientes para integrar redes assistenciais municipais e estaduais em regiões de saúde, o que levou muitas vezes à duplicação de filas para acesso a serviços e ao desperdício dos escassos recursos (Massuda *et al.*, 2018).

A disponibilidade de informações confiáveis é outro aspecto crítico na preparação e na resposta à doença (Organização Mundial da Saúde, 2020). Não obstante o SUS disponha de diferentes sistemas que geram amplo rol de informação sobre saúde em âmbito municipal (Pinto; Freitas; Figueiredo, 2018), o baixo grau de informatização da rede assistencial, o incipiente uso de registro eletrônico em saúde e problemas de integração e atualização das bases de dados dificultam informações assistenciais para tomada de decisões (Jorge; Laurenti; Gotlieb, 2010).

A título de exemplo o Conselho Federal de Medicina, emitiu o Parecer nº 04/2020, concluindo pela independência do critério de prescrição de medicamentos pelo médico e consentimento do paciente.

Em junho de 2020, o Ministério da Saúde retirou todas as estatísticas oficiais sobre os óbitos⁴ e os registros de novos casos por COVID-19 do site do governo federal, desaparecendo com toda a sistematização de dados sobre a doença, reivindicando a necessidade de revisão.

Um fato marcante da gestão pública da crise foi a liminar emitida pelo Supremo Tribunal Federal, em 8 de abril, em que se decide que o governo federal não poderia interferir nas decisões estaduais e municipais a respeito das medidas

⁴ Disponível em: <http://www.labcidade.fau.usp.br/denuncia-ministerio-da-saude-retira-dados-que-permitiam-a-territorializacao-da-pandemia/>; <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/06/apos-reduzir-boletim-governo-bolsonaro-retira-dados-acumulados-da-covid-19-de-site-oficial.ghtml>.

para o combate da pandemia. Nesse sentido, fica claro que:

A atuação de Estados e Municípios torna-se ainda mais crucial porque são as autoridades locais e regionais que têm condições de fazer um diagnóstico em torno do avanço da doença e da capacidade de operação do sistema de saúde em cada localidade (Brasil, 2020, p. 2).

Para o presidente do CNS, a atuação do controle social brasileiro em tempos de pandemia, gerou ações para amenizar o caos instaurado pela crise sanitária atual (Pigatto, 2021). Ainda segundo o autor, os espaços participativos foram fundamentais no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Porém, a necessidade do distanciamento social como estratégia para a diminuição da transmissibilidade do vírus impôs dificuldades no funcionamento habitual dessa estrutura do controle social, particularmente, para realização das reuniões ordinárias mensais do pleno, das comissões e câmaras técnicas, que, em geral, ocorriam em Brasília presencialmente.

Frente a todos os desafios advindos da pandemia, e das dificuldades em realizar as reuniões dos conselhos para discussões e deliberações, fica o questionamento sobre como se deu a participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia do COVID-19.

2.3 O controle social e sua atuação em situações de crise sanitária (Pandemia da COVID-19)

No âmbito dos conselhos de saúde, acontecem negociações entre usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde, para apreciação das questões e políticas de saúde, visando deliberações consensuais que contemplam a diferença de interesses de cada segmento (Silva *et al.*, 2012).

O conceito de controle social pode se referir à ideia do controle do Estado sobre a população, mas, por outro lado, também significar um movimento instaurador de uma *práxis* que contribua para a participação popular e ação da sociedade civil sobre o Estado na gestão da política pública (Correia, 2003).

Não obstante, é um importante espaço de disputa e luta política pelo atendimento das demandas e necessidades sociais de saúde dos profissionais e usuários do sistema público de saúde (Stotz, 2006).

Partindo dessa perspectiva, segundo Martins, Crisóstomo Júnior e David (2021), o controle social institucionalizado, através dos conselhos e conferências de saúde, é um recurso fundamental para fortalecimento do SUS e proteção da saúde da população no enfrentamento da grave crise sanitária da COVID-19. A disputa institucional nos conselhos de saúde pode promover a democratização nas decisões políticas relacionadas à organização do sistema.

Seguindo essa premissa, a Terceira Diretriz da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do CNS determina: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os conselhos de saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 2012). Nesse sentido, para que a gestão participativa ocorra efetivamente, pressupõe-se que os conselhos sejam atuantes e deliberativos (Brasil, 2007).

O exercício desse controle não se resume apenas à participação do conselheiro em reuniões de praxe. Ele deve cumprir sua finalidade constitucional, oportunizando a participação da sociedade representada na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, na fiscalização da execução com a atuação fundamentada nos regimentos internos e leis próprias que regem a forma de trabalho dos respectivos conselhos (Brasil, 2012).

A atuação de conselheiros e conselheiras de saúde, aliada ao trabalho da vigilância, é fundamental não apenas para a compreensão da dinâmica da epidemia nas localidades, mas para poder ir além. Favorece, por um lado, o fomento à participação popular nas decisões e formulação de estratégias de enfrentamento da pandemia, de acordo com a realidade dos respectivos territórios e serviços de saúde descentralizados. Por outro, fomenta o acompanhamento e fiscalização das medidas tomadas pela administração pública e gestão da saúde, tendo como horizonte a máxima “a vida acima dos lucros” (Martins; Crisóstomo Júnior; David, 2021).

Entendido dessa maneira, “é papel do conselheiro de saúde participar na formulação das políticas de saúde, acompanhar a implantação das ações escolhidas, fiscalizar e controlar gastos, prazos, resultados parciais e a implantação definitiva dessas políticas” (Brasil, 2012, p. 30).

Dados do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), ao realizar uma sistematização documental dos conselhos estaduais de saúde (2019-2020),

indicam que os conselheiros e conselheiras de saúde que atuam nos municípios, estados e União ultrapassam a marca de 100.000 cidadãos e cidadãs que se dedicam a formulação, fiscalização e deliberação acerca das políticas de saúde nos espaços dos conselhos de saúde. Ainda que a legislação lhes garanta papel de relevância pública, nem sempre reconhecido pela administração pública, esse dado expressa, sim, a força social para a defesa do SUS (Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2022).

Com a pandemia do COVID-19, como descrito por Pigatto (2020), foram encontradas muitas dificuldades para o funcionamento habitual do controle social na saúde, principalmente para a realização das reuniões ordinárias mensais do pleno, além de reuniões das comissões e câmaras técnicas. Isso, devido à necessidade do distanciamento social como estratégia para a diminuição da transmissibilidade do vírus, ocasionando a intensificação das atividades de todas as instâncias, de forma virtual.

O autor ainda destaca que o CNS atuou na construção do plano nacional de enfrentamento à COVID-19, produzindo um documento orientador devido à negligência de ações federais consistentes que, inclusive, contrariaram as definições da OMS, da comunidade científica e de outros órgãos de notório saber (Pigatto, 2020).

O controle social do SUS, por meio dos conselhos, nas diferentes esferas de governo, foi duplamente impactado pela pandemia e pelo isolamento social. A principal medida para diminuir o contágio impossibilitou a dinâmica de funcionamento dos conselhos via reuniões presenciais, discussões e articulações de políticas públicas de saúde. Ao mesmo tempo, a gravidade da situação de saúde provocada pela COVID-19 exigiu medidas rápidas, abrangentes e inovadoras para se comunicar com a sociedade e atender às novas necessidades (Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2022).

Para Araújo Júnior *et al.* (2021), dois movimentos ganharam destaque durante a pandemia de COVID-19: a adaptação dos conselheiros às tecnologias digitais para dar seguimento às ações que passaram a ocorrer de modo remoto; e a intensificação do monitoramento dos gastos públicos na aquisição de bens e insumos e contratações emergenciais de profissionais.

O CNS emitiu uma instrução normativa, convertida, em seguida, na Resolução nº 645, de 30 de setembro de 2020 (Brasil, 2021e), com o propósito de

estabelecer os procedimentos relativos ao funcionamento do CNS através da realização remota de reuniões colegiadas, durante a pandemia, bem como buscando evidenciar a prioridade por pautas diretamente relacionadas à emergência em saúde pública e do estado de calamidade pública decorrentes da COVID-19, reiterando os critérios regimentais de pertinência, relevância, tempestividade e precedência.

Nesse sentido, ante as medidas de distanciamento impostas, foi necessária a potencialização e a diversificação das estratégias de comunicação nas redes sociais, no site e no processo de interlocução e assessoria de imprensa com as mídias para a amplificação do alcance das informações, orientações, deliberações e opiniões do CNS (Pigatto, 2020).

O CNS intensificou sua incidência no contexto da pandemia: atuou em parceria com entidades acadêmicas e sociais, contribuiu na construção do Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19, além de ter instalado o comitê do CNS para acompanhamento da COVID-19, realizando, por meio virtual, encontros periódicos com representantes dos CESs, coordenações das comissões intersetoriais e as próprias reuniões extraordinárias do pleno. Ainda, posicionando-se a respeito de vários temas relacionados ao enfrentamento da pandemia; contabilizadas até outubro de 2020, tinham sido emitidas 22 notas públicas, 55 recomendações, 4 moções, diversas campanhas, orientações, cartas, boletins da COFIN e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2022).

As resoluções, recomendações, moções e orientações do CNS foram estratégias potencializadoras e de visibilidade na agenda do controle social em defesa do SUS público e do direito humano à saúde e de qualidade para a população. Ainda, na articulação e mobilização institucional dos CES nos estados e municípios, na valorização dos serviços e dos trabalhadores/as da saúde, de defesa da vida e do meio ambiente, defesa do orçamento e financiamento que dê conta da diversidade e amplitude da atenção em saúde, de distanciamento físico – o que envolve também o retorno à escola e o trabalho em *home office*, auxílio emergencial e nutricional (Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2022).

As eleições dos CES e suas comissões aconteceram no contexto anterior e durante a pandemia da COVID-19, recomendação do CNS para a prorrogação dos mandatos nesse cenário, evitando a descontinuidade nas ações dos CES.

O desafio que se apresentou com a pandemia foi conhecer a doença e adaptar-se às plataformas digitais para reuniões não presenciais do pleno e das comissões em um curto espaço de tempo, garantindo a participação dos/as conselheiros/as de saúde, das comissões e da sociedade nas reuniões e dando conta das novas demandas geradas pelo novo contexto sanitário. Neste sentido, intui-se que a pandemia não inaugurou, mas ampliou as dificuldades de estrutura enfrentadas pelo controle social, principalmente no tocante a equipamentos tecnológicos e acesso à internet de boa qualidade para a secretaria executiva e para os conselheiros. Outro aspecto é a capacitação dos/as conselheiros/as, bem como assessorias na área de tecnologia e comunicação para aperfeiçoar o uso destas ferramentas e ocupar de forma mais eficiente as novas plataformas de comunicação (Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2022).

Ao todo, o CNS expediu 13 resoluções e 73 recomendações no ano de 2020. Em que pese a não observância da edição de resoluções, instrumento com maior poder de vinculação ao ato do gestor, restringindo-se a emissão de recomendações, tal fato não tem o condão de apequenar a atuação do órgão colegiado. Ressalta-se que o CNS desenvolveu seu papel institucional e político, necessário na atual conjuntura, principalmente num cenário que ao longo dos últimos anos vem mitigando a legitimidade dos espaços de controle e participação social no Brasil (Acipreste, 2022).

O CES-MG, no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2022, expediu 23 resoluções, conforme site.

Quadro 1 – Resoluções publicadas pelo CES-MG de 2020 a 2022

66/2020	Dispõe sobre a alteração dos Art. 22 e 31 do Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.
67/2020	Dispõe sobre a aprovação, com ressalvas e recomendações, da prestação de contas apresentada pelo Relatório Anual de Gestão 2017, elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais.
68/2020	Dispõe sobre a aprovação, em caráter excepcional, da implantação do Hospital de Campanha, destinado a COVID-19.
69/2020	Dispõe sobre a aprovação, ad referendum, em caráter excepcional, das metas dos anos de 2020 e 2021 dos indicadores da Pactuação Interfederativa 2017 – 2021 para o Estado de Minas Gerais, conforme Resolução CIT nº 08, de 24/11/2016.
70/2020	Dispõe sobre a aprovação das metas dos anos de 2020 e 2021 dos indicadores da Pactuação Interfederativa 2017 – 2021 para o Estado de Minas Gerais conforme Resolução CIT nº 08, de 24/11/2016
71/2020	Dispõe sobre a aprovação do Plano Estadual de Contingência (PEC) para o Enfrentamento das Arboviroses Urbanas.
72/2020	Dispõe sobre a aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2020-2023 (PES).
73/2021	Dispõe sobre a realização das Conferências Municipais de Saúde do ano de 2021, base para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.
74/2021	Dispõe sobre a Prorrogação do mandato da Mesa Diretora e conselheiras e conselheiros e das funções de coordenadoras e coordenadores, secretárias e secretários das Câmaras Técnicas e Comissões do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, a partir de 12 abril de 2021, por seis meses, da Gestão 2019/2021, em virtude da pandemia do SARS-CoV-2 Leia mais sobre Resolução 74/2021 [...].
75/2021	Dispõe sobre o Projeto de Lei nº 2.509/2021 do Centro Mineiro de Controle de Doenças, Ensino, Pesquisa e Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais.
76/2021	Dispõe sobre a aprovação com ressalvas e recomendações a prestação de contas apresentadas pelo Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018 elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
77/2021	Dispõe sobre a reprovação do planejamento orçamentário financeiro das contas apresentadas pela Programação Anual de Saúde 2020, elaborada pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais.
78/2021	Dispõe sobre a suspensão do Edital de concessão para os hospitais regionais.
79/2021	Dispõe sobre a deliberação de suspensão o Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências no Âmbito da Política Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.
80/2021	Dispõe sobre a prorrogação do mandato da Mesa Diretora e conselheiras e conselheiros e das funções de coordenadoras e coordenadores, secretárias e secretários das Câmaras Técnicas e Comissões do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, de 18 de outubro de 2021 até março de 2022, em virtude da pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19) e calendário Leia mais sobre Resolução 80/2021 [...]
81/2021	Dispõe sobre a aprovação, ad referendum, da V Conferência Estadual de Saúde Mental.
82/2021	Dispõe sobre a aprovação com ressalvas do planejamento orçamentário financeiro das contas apresentadas pela Programação Anual de Saúde PAS-2021, elaborada pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais.
83/2021	Dispõe sobre aprovação do Plano Diretor de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais 2020-2023, com as ressalvas apresentadas na 567ª Reunião Ordinária do CES-MG.
84/2021	Dispõe sobre adequações do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.
85/2021	Dispõe sobre a aprovação ad referendum do Regimento da V Conferência Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais (V CESM-MG).
86/2021	Dispõe sobre a aprovação da composição do Comitê Executivo da V Conferência Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais.
87/2021	Dispõe sobre a criação da Comissão Eleitoral da Mesa Diretora do CESMG – biênio, março de 2022 a março de 2024.
88/2022	Dispõe sobre a aprovação das adequações do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Fonte: Elaborado Pela Autora.

Como evidencia o Quadro 1, no site oficial do CES-MG não consta nenhuma recomendação, moção ou outro documento orientador. Consta, das 22 resoluções, apenas uma que se refere à COVID-19, a Resolução nº 68/2020, que dispõe sobre a implantação, em caráter excepcional, do hospital de campanha. A temática foi abordada pelos conselheiros e será melhor abordada em capítulos futuros.

2.4 Sobre o CES-MG

O CES-MG foi instituído pelo Decreto Estadual nº 32.568, de 05 de março de 1991. Em 03 de março 2011, por meio do Decreto Estadual nº 45.559, foram alteradas as atribuições do CES-MG, revogando o Decreto vigente até então. Ademais, outras alterações foram inseridas pelo Decreto Estadual nº 46.934, de 20 de janeiro de 2016.

Através da Lei nº 24.313, de 28/04/2023 e do Decreto nº 48.661, de 31/07/2023, o Estado de Minas Gerais definiu que o CES passaria a compor a estrutura administrativa da SES.

Compete ao CES-MG atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sua missão é promover e defender o SUS de Minas Gerais, enquanto sua visão é ser referência na tarefa de participar no aprimoramento e qualificação dos atores e agentes públicos de controle social do Estado (Minas Gerais, 2023).

O conselho, segundo informações em destaque no seu site oficial, busca permanentemente uma agenda atualizada em relação às necessidades de saúde da população de Minas Gerais e, inclusive, levando e elevando essa agenda ao patamar nacional.

O CES-MG atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

São suas competências:

- I – atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo Gestor do Sistema Único de Saúde – SUS no Estado;
- II – estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Estadual de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- III – acompanhar e fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS, depositados em conta especial do Fundo Estadual de Saúde;
- IV – propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais, bem como a organização hierárquica estabelecida no Plano Diretor de Regionalização;
- V – acompanhar o processo de desenvolvimento e de incorporação científica e tecnológica na área de saúde;
- VI – articular-se com os órgãos de fomento da educação, como a Secretaria de Estado de Educação, com as universidades e com as instituições de ensino superior, na busca de subsídios no que concerne à caracterização das necessidades sociais e intersetoriais na área de saúde; e
- VII – observar nas deliberações sobre remuneração de serviço os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela direção nacional do SUS (Minas Gerais, 2011).

Além da organização e atribuições do CES-MG definidas pelo Decreto Estadual nº 45.559/2011, o regimento interno do CES-MG complementa a normativa estadual descrevendo detalhadamente sobre as competências do conselho.

Art. 6º - Ao CES compete:

[...]

VIII - deliberar sobre a adequação do Programa Plurianual de Ações – PPA, Programação Anual de Saúde – PAS, Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO e da Proposta Orçamentária Estadual de Saúde - LOA a ser enviada à Assembleia Legislativa do Estado, respeitando as diretrizes definidas pelo Conselho Estadual de Saúde, e, fiscalizar, acompanhar, e avaliar o cumprimento da Política proposta;

IX - possibilitar o amplo conhecimento do Sistema Estadual de Saúde à população, criando, sensibilizando e mantendo controle dos Colegiados de Conselhos das Microrregiões de Saúde, às instituições públicas e entidades privadas filantrópicas ou não (Minas Gerais, 2011).

Em 2016, o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, através de decisão na Ação Civil Pública nº 00024.08.278.106, determinou a correção da composição do CES-MG, devendo ser 50% (cinquenta por cento) dos integrantes representantes de usuários do SUS, 25% (vinte cinco por cento) representantes dos trabalhadores da saúde e 25% (vinte cinco por cento) representantes de prestadores de serviços e Governo, e com isso foi publicada a Resolução CESMG nº 05 de 09/05/2016, corrigindo a composição.

Atualmente, o CES-MG é composto por 52 (cinquenta e dois) membros titulares e 52 (cinquenta e dois) membros suplentes, em conformidade com os

ditames da Lei nº 8.142/1990 e da Resolução CNS nº 453. Constituem o conselho um plenário, uma mesa diretora, as câmaras técnicas e as comissões. A duração do mandato de cada conselheiro é de dois anos, podendo ser renovado pela entidade representada a cada dois anos.

O CES-MG possui as seguintes representações:

I - Representação do Gestor do SUS/MG e dos prestadores de serviços de Saúde no SUS: a) um representante da Secretaria de Estado de Saúde – SES-MG; b) um representante da Secretaria de Estado do Planejamento e Gestão; c) um representante da Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente; d) um representante da Secretaria de Estado do Trabalho e Emprego – STE-MG; e) um representante da Secretaria de Estado da Educação – SEE- MG; f) um representante da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG; g) um representante do Núcleo Regional do Ministério da Saúde em Minas Gerais – MS; h) um representante do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais - COSEMS-MG; i) um representante da Companhia de Saneamento de Minas Gerais - COPASA; j) um representante do Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA-MG; k) um representante da Associação dos Hospitais de Minas Gerais - AHMG; l) um representante da e Associação dos Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais – AHFMG - FEDERASANTAS; m) um representante do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Minas Gerais – SINDHOMG.

II – Representantes do segmento de entidades representativas de trabalhadores da área de saúde: a) um representante do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais – COREN-MG; b) um representante do Conselho Regional de Assistente Social de Minas – CRESS-MG; c) um representante do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais – CRP-MG; d) um representante do Conselho de Odontologia de Minas Gerais – CRO-MG; e) um representante do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais –CRF - MG; f) um representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRM-MG; g) um representante do Conselho Regional de Medicina Veterinária de Minas Gerais – CRMV- MG; h) um representante dos Sindicatos dos Médicos de Minas Gerais– SINMED-MG; i) um representante do Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Previdência e Assistência Social - SINTSPREV; j) um representante do Sindicato Único dos Trabalhadores da Área de Saúde do Estado de Minas Gerais - SINDSAÚDE;

k) um representante da Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Minas Gerais – FEESSE/MG; l) um representante do Sindicato dos Enfermeiros de Minas Gerais SINDENF-MG; m) um representante da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Minas Gerais – ABEN-MG.

III – Entidades e movimentos representativos do segmento de usuários, com dois membros representantes por entidades: a) dois representantes da Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais - CUTMG; b) dois representantes da União Geral dos Trabalhadores - UGT; c) dois representantes da Central de Movimentos Populares (CMP); d) Dois representantes da Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado de Minas Gerais - FETAEMG; e) Dois representantes da Federação das Associações de Moradores do Estado de Minas Gerais - FAMEMG; f) Dois representantes da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - Regional Leste 2 - CNBB; g) Dois representantes da Federação das Associações de Portadores de Deficiência do Estado de Minas Gerais - FADEMIG; h) dois representantes do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase; i) um representante da União por Moradia Popular (UEMP); j)

um representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental; k) dois representantes da Federação dos Aposentados e Pensionistas do Estado de Minas Gerais – FAPMG; l) dois representantes do Movimento das Donas de Casa e Consumidores de Minas Gerais – MDCMG; m) Um representante do Coletivo BIL (CB); n) Um representante da Associação Mineira do AVC (AMVC), como titular e na suplência, a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); o) Um representante da Associação Mineira de Portadores de Doenças Inflamatórias e Intestinais (AMDDII) e na suplência Transplante pela Vida (Transvida); p) Um representante da Associação Mineira de Apoio aos Portadores de Esclerose Múltipla (AMAPEM) e na suplência Associação Regional de Esclerose Lateral Amiotrófica de Minas Gerais (Minas Gerais, 2011).

E é constituído por: plenário, mesa diretora e câmaras técnicas comissões de assessoramento. Compete aos membros integrantes do plenário:

- a) comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias do CES-MG, justificando previamente as suas faltas;
- b) relatar no prazo de quinze dias, prorrogáveis por mais 15 dias, os processos que lhes forem distribuídos proferindo parecer conclusivo;
- c) requerer, justificadamente, que constem na pauta, assuntos que devam ser objeto de discussão e deliberação do CES-MG, bem como preferência para exame de matéria urgente;
- d) representar o CES-MG, quando designado por seu plenário ou mesa diretora;
- e) requerer a convocação de reunião extraordinária do plenário e mesa diretora, para discussão e deliberação de assuntos urgentes e prioritários conforme determina o regimento;
- f) apresentar projetos de resolução e formular moções ou proposições no âmbito de competência do CES-MG;
- g) solicitar diligências em processo que no seu entendimento não estejam suficientemente instruídos;
- h) propor alterações do regimento interno;
- i) exercer outras atribuições e atividades inerentes a sua função de participantes do CES-MG;
- j) solicitar vistas à matéria que estiver sendo discutida para deliberação e apresentar suas contrarrazões em no máximo quinze (15) dias à mesa diretora, caso o plenário lhe conceda;
- k) o conselheiro que se sentir prejudicado por condução de matéria,

diferentemente do preconizado no regimento poderá solicitar “questão de ordem” e expor a situação para deliberação do plenário para mudança da referida condução;

- I) as matérias que estão na ordem do dia, em discussão, somente serão submetidas à votação após os conselheiros presentes sentirem-se o suficientemente esclarecidos.

A mesa diretora, por sua vez, reunir-se-á semanalmente ou extraordinariamente em data acertada entre seus pares pela convocação da maioria dos membros, para deliberar sobre assuntos de relevância *ad referendum* do plenário do conselho. Todas as reuniões e decisões deverão constar em atas específicas e enviadas aos seus membros.

Por fim, as câmaras técnicas permanentes e comissões de assessoramento, são: I – Câmara Técnica de Orçamento e Financiamento do SUS; II – Câmara Técnica de Comunicação e Informação em Saúde; III – Câmara Técnica de Educação Permanente; IV – Câmara Técnica Gestão da Força do Trabalho; VI – Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Atenção à Saúde; V – Câmara Técnica de Participação Popular.

O CES-MG é dirigido administrativamente por uma mesa diretora, composta por oito membros, eleitos diretamente pelo plenário do conselho, de forma paritária pelos segmentos de representação. Recentemente, conforme a resolução nº 88/2022, houve uma alteração no cargo de presidência do CES-MG, não sendo mais ocupado, obrigatoriamente, pelo Secretário de Estado de Saúde. A resolução determina que o plenário do CES-MG, na forma do art. 20, deverá formar uma comissão eleitoral, para que apresentem proposta de regimento da eleição e, assim, possibilite a inscrição das conselheiras e dos conselheiros que se interessarem em concorrer em cada segmento.

Em 2022, foi eleito o primeiro representante da sociedade civil, segmento usuário.⁵ Entretanto, destaca-se que apesar de eleito e empossado, como determina a resolução CES-MG nº 88/2022, e em conformidade com a resolução nº 554, CNS, de 15 de setembro de 2017, que em sua sexta diretriz informa que a autoridade máxima da direção do SUS em sua esfera de competência não deve e nem pode

⁵ Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br/?p=10102>.

acumular o exercício da presidência do conselho de saúde, a fim de privilegiar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública, a resolução não foi homologada e não houve alteração do Decreto Estadual nº 45.559, de 03/03/2011, até a data de conclusão dessa pesquisa.

As funções de membro do CES-MG não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado serviço público relevante, todavia as despesas com deslocamento, hospedagem e alimentação, abrangendo o deslocamento do conselheiro que resida no interior do estado para realização das suas atividades na capital, Belo Horizonte, ou em outro município diverso da sua residência, são custeadas pela SES, nos termos do Decreto nº 44.448, de 26 de janeiro de 2007.

As reuniões ordinárias acontecem mensalmente, sempre na 2ª segunda-feira de cada mês, das 9h00 às 18h00, e são abertas ao público. Após as reuniões (ordinárias ou extraordinárias), as decisões do CES-MG são consubstanciadas em deliberações ou resoluções a serem devidamente homologadas pelo gestor do SUS no estado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, para posterior publicação no órgão de imprensa oficial.

Conforme resolução do CNS nº 453, decorrido o prazo de trinta dias e não sendo homologada a resolução (ou não sendo enviada justificativa pelo gestor ao conselho de saúde, com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o conselho de saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao MP, quando necessário.

Segundo a Resolução nº 453/2012 do CNS, em sua terceira diretriz, o conselho de saúde é uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política pública de saúde. Entretanto, “embora se espere que um conselho deva possuir caráter consultivo e deliberativo, em muitos casos os conselhos são apenas consultivos, ou seja, seus membros são consultados pelo poder executivo, mas sem poder de deliberação próprio dos conselhos deliberativos” (Ramos *et al.*, 2012, p. 61).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo e abordagem de pesquisa

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa e interpretativa. Recorreu-se à realização de um grupo focal, com a finalidade de provocar a fala dos participantes, constituídos por membros da mesa diretora do CES-MG, diante das novas demandas ao SUS, das medidas emergenciais tomadas, da criação de novas instâncias de enfrentamento. Assim, a temática abordada foi a participação dos Conselheiros Estaduais de Saúde de Minas Gerais nas decisões para o enfrentamento à pandemia da COVID-19.

A pesquisa se desenvolveu com 02 encontros pela disponibilidade dos conselheiros e, por conta disso, utilizou-se um tempo maior de debates, sobretudo no primeiro encontro (grupo focal) que teve duração de 2 horas 12 minutos e 44 segundos. E o segundo encontro (entrevista) com duração de 24 minutos e 15 segundos.

Nesse sentido, a estratégia escolhida para a compreensão da participação de conselheiros estaduais de saúde nas decisões tomadas, no período da pandemia da COVID-19, se baseia no conceito trazido por Yin (2016), que propõe o exame de comportamentos contemporâneos, na perspectiva de que não se pode manipular aqueles considerados relevantes.

O poder diferenciador do estudo é a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências. A essência do estudo de caso é estabelecer uma decisão ou um conjunto de decisões: motivo pelo qual foram tomadas, implementadas e com quais resultados (Yin, 2016).

É um estudo de caso único, pois trata-se da compreensão da participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais, no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Por ser uma situação de crise sanitária excepcional, o recorte temporal foi entre os anos de 2020 e 2022.

O estudo interpretativo é um método que fornece uma direção metodológica aos pesquisadores das Ciências Aplicadas, como a Enfermagem, para conduzir a elaboração de questões de pesquisa voltadas para aspectos práticos dessas áreas de conhecimento, bem como, a entrada no campo de maneira lógica, sistemática e

justificada, e a criação de uma análise de dados, de modo que o engajamento do pesquisador com os dados, torne possível uma interpretação do contexto estudado para além do óbvio (Teodoro, 2018).

A abordagem qualitativa se faz importante para este estudo, dada a possibilidade de investigar as representações, as crenças, os valores, as explicações e as opiniões que se expressam nas interações sociais (Gomes, 2014).

A pesquisa qualitativa difere da quantitativa, por sua capacidade de captar as visões e perspectivas dos participantes de um estudo. Capturar suas perspectivas é o propósito do estudo qualitativo, que neste estudo será interpretativa, viabilizada pelas estratégias de observação participante e a aplicação do grupo focal (Gomes, 2014).

3.2 Procedimento de produção e análise dos dados

Para a análise documental, foi realizado acesso ao sítio eletrônico oficial do Conselho Estadual de Saúde (CES),⁶ na aba denominada “documentos” e, posteriormente, na aba específica “Atas”.

No recorte temporal da presente pesquisa, março de 2020 a março de 2022, foram encontradas 24 (vinte e quatro) atas de reuniões ordinárias e 3 (três) atas de reuniões extraordinárias, totalizando 27 (vinte e sete) atas.

Entretanto, cabe elucidar, que as atas do mês de janeiro e março do ano de 2022 não estão disponibilizadas no sítio eletrônico do CES e a ata disponibilizada, referente à reunião extraordinária do mês de fevereiro de 2022, refere-se, na verdade, à reunião do mês de fevereiro de 2023, período que não corresponde ao recorte da pesquisa.

De acordo com Silva (2018), a frequência das reuniões ordinárias dos conselhos é um preditivo do grau de institucionalização destes, uma vez que reuniões periódicas são consideradas indicadores de uma rotina de funcionamento e um sinal de consolidação dos encontros e deliberações entre os conselheiros.

Assim, para a análise documental, foram utilizadas 26 (vinte e seis) atas das reuniões do CES. A escolha pela análise das atas se deu a partir da compreensão de que, enquanto produtos de uma sociedade, os documentos exprimem o jogo de

⁶ Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br>.

força dos que detêm o poder. Não são, portanto, “produções isentas, ingênuas; traduzem leituras e modos de interpretação do vivido por um determinado grupo de pessoas em um dado tempo e espaço” (Silva *et al.*, 2009).

Segundo Starepravo, Souza e Marchi Junior (2011), a inclusão de um problema na pauta política envolve disputas, estratégias, alianças, prioridades e, inclusive, o projeto societário vigente. Assim, a escolha por tais documentos permitiu elucidar, dentro das limitações de uma análise documental, o que estava sendo debatido e proposto pelo CES, que contribuísse com a política de enfrentamento à pandemia da COVID-19.

Para análise dos documentos, foram utilizados os pressupostos teóricos da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016) e, assim, para uma exploração prévia do material, utilizou-se a ferramenta de busca do programa *Adobe Reader* (leitor de PDF), formato no qual se encontravam salvos todos os documentos, para pesquisar os seguintes termos descritores: covid, coronavírus e pandemia. A recorrência dos caracteres encontrados pela pesquisa foi, na respectiva ordem: 255 (duzentas e cinquenta e cinco) vezes, 28 (vinte e oito) vezes e 93 (noventa e três) vezes, conforme ilustrado na Tabela 1:

Tabela 1 – Ocorrência dos descritores nas atas das reuniões do CES

Mês/ANO	COVID	CORONAVÍRUS	PANDEMIA
Mar/20	5	14	0
Abr/20	6	5	2
Mai/20	22	1	4
Jun/20	2	0	0
Jul/20	5	1	7
Ago/20	10	0	3
Set/20	20	1	5
Out/20	15	0	11
Nov/20	11	1	2
Dez/20	1	0	1
Jan/21	25	2	17
Fev/21	5	0	7
Mar/21	9	0	3
Abr/21	15	0	1
Mai/21	13	0	4
Jun/21	6	0	1
Jul/21	16	1	6
Ago/21	19	0	4
Set/21	9	0	5
Out/21	17	0	3
Nov/21	14	0	4
Dez/21	10	2	3
Jan/22	0	0	0
TOTAL	255	28	93

Fonte: Elaborado pela autora.

Após o período inicial de exploração do material, os trechos das atas que possuíam correspondência com os descritores da pesquisa foram agrupados por categorias de aproximação e, na sequência, foi realizada uma leitura flutuante do conteúdo manifesto nos documentos. Segundo Bardin (2016), a leitura flutuante permite a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material proporcionado.

Assim, os dados foram organizados em planilhas, utilizando os recursos do *Excel*, e os temas mais recorrentes foram, conforme orienta Bardin (2011, p. 100), “recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados”.

Por fim, os temas recortados foram agrupados nas categorias:

- 1) informações gerais Covid;
- 2) estruturação da rede durante o Covid;
- 3) medidas de enfrentamento;
- 4) cooperação federativa;
- 5) consequências do isolamento;
- 6) melhora do quadro geral;
- 7) gestão do Controle Social;
- 8) pós-Covid.

Estas possibilitaram cruzar as informações presentes nas atas com as transcrições das falas dos participantes do grupo focal, analisando os dados de forma complementar.

Na presente pesquisa, recorreu-se ao emprego do grupo focal, que aconteceu no dia 01 de junho de 2023, às 14h, na sede do CES, localizado na Avenida Amazonas, nº 558, 5º andar, Bairro Centro, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Para a realização do grupo focal, foi reservada uma sala de reuniões específica, com uma mesa em formato redondo, de forma a possibilitar que todos os participantes ficassem de frente uns para os outros.

Por meio da intervenção junto ao grupo focal, buscou-se relacionar a atuação do CES-MG com as demandas decorrentes de um período atípico para a saúde do país, as pautas de reivindicações levantadas e as ações desenvolvidas, entre outras.

Nesta etapa da pesquisa, a finalidade foi provocar a fala dos participantes, para que colocassem em debates o tema relacionado ao problema e tema de sua pesquisa.

Os membros da mesa diretora do CES foram eleitos, segundo a Resolução CESMG nº 062 de 08 de abril de 2019, e foram convidados formalmente (via *e-mail*), no dia 15 de maio de 2023, para compor a presente pesquisa e participar do grupo focal. Os contatos dos membros foram fornecidos pela Secretaria Executiva do CES.

A mesa diretora, gestão 2019-2021, era constituída por 08 (oito) membros, sendo 04 (quatro) vagas ocupadas pelo segmento dos usuários, 02 (duas) vagas ocupadas pelo segmento dos trabalhadores em saúde, 02 (duas) vagas ocupadas pelo segmento de gestores ou prestadores de serviços no SUS. Em suma, a mesa diretora consiste nos cargos: presidente, vice-presidente, secretário geral, 1º, 2º e 3º secretários e 1º e 2º diretores de comunicação e informação em saúde no SUS.

Foram convidados a participar do estudo todos os oito conselheiros que compõem a mesa diretora. No entanto, no período de realização da pesquisa, o Secretário de Estado da área da Saúde, que ocupava a cadeira de presidente do conselho, não respondeu aos *e-mails* e, portanto, não compareceu ao grupo focal, na data agendada.

Ademais, em março de 2021,⁷ ocorreu uma troca de secretário da pasta da saúde estadual, o que ensejou o envio de um novo convite ao Secretário de Estado de Saúde, que se encontrava à frente da pasta até a data de coleta de dados. Este, por sua vez, respondeu ao *e-mail* de convite, mas alegou impossibilidade de comparecimento, por incompatibilidade de agendas.

Da mesma forma, o secretário geral da mesa diretora, formalmente convidado, respondeu ao *e-mail* convite e justificou sua ausência, alegando impossibilidade de comparecimento, por compromissos previamente estabelecidos. Assim, apesar das tentativas, o grupo focal não contou com a participação do presidente do CES e do secretário geral da mesa diretora.

Foi realizado novo contato com os membros da mesa diretora que alegaram disponibilidade em participar da pesquisa, confirmando o local, o dia e o horário de realização do grupo focal. Desta maneira, o encontro aconteceu no dia e horário agendado, com a participação presencial de 05 (cinco) membros da mesa diretora e 01 (um) membro participando de forma *online*, via plataforma *Google Meet*, a pedido do mesmo.

A condução junto ao grupo focal contou com a coordenação da orientadora e da mestrandia desta pesquisa, que inscreveu os participantes e cronometrou o tempo de fala. A atividade foi conduzida, por meio das perguntas norteadoras constantes no Apêndice A.

Desta forma, primeiramente, procedeu-se com a leitura completa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), com a entrega de duas vias aos participantes, para coleta de assinaturas e rubrica em todas as páginas, e devolução de uma via à pesquisadora. O participante que se encontrava de forma remota, encaminhou via *WhatsApp*.

Foi esclarecido que, caso houvesse algum desconforto no decorrer da condução do grupo focal, os participantes teriam total liberdade para não responder

⁷ Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/ppimg/story/14426-romeu-zema-empossa-fabio-baccheretti-novo-secretario-de-estado-de-saude>.

aos questionamentos ou interromper o diálogo quando e como quisessem, além de terem garantidos o direito de retirar/cancelar a permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação. Todas as informações coletadas receberam um tratamento ético de confidencialidade e foram utilizados somente na pesquisa, sendo mantidas sob sigilo pela orientadora e pesquisadora.

Em seguida, os participantes receberam um questionário para preenchimento de próprio punho, com a finalidade de conhecer as características sociodemográficas dos conselheiros estaduais de saúde (Apêndice C).

A seguir foi solicitado que cada um se apresentasse, falando um pouco sobre sua percepção da atuação do conselho durante a pandemia. Esta etapa de exposição e apresentação forneceu elementos para compreender as implicações pessoais, profissionais e ideológicas dos sujeitos com o CES-MG, implicações estas que permeiam suas práticas profissionais enquanto conselheiros de saúde. Na sequência, foram realizadas novas perguntas, segundo Apêndice C, propondo maior aproximação com a temática da pesquisa e que foram pouco verbalizadas durante as apresentações.

A duração do grupo focal foi de 2 (duas) horas, 12 (doze) minutos e 44 (quarenta e quatro) segundos. Foi realizada a gravação, em áudio e vídeo, de todo o período de duração do grupo, para posterior transcrição das falas dos sujeitos. As gravações foram ouvidas, transcritas e, posteriormente, conferidas pela pesquisadora.

Como o objetivo da pesquisa consistiu em compreender a tomada de decisão dos conselheiros estaduais de saúde, uma chave interpretativa valiosa seria a compreensão do processo de condução das reuniões do conselho durante aquele período. Como segundo momento de intervenção da pesquisa realizou-se uma entrevista semiestruturada com o vice-presidente do conselho que foi quem atuou à frente do CES, durante sua gestão e período de recorte temporal da pesquisa.

Conforme Stake (2011) os pesquisadores qualitativos triangulam suas evidências, a fim de chegar aos significados corretos ou para ter mais confiança de que a evidência é forte. Menciona que a evidência pode ser vista por mais de um ângulo. Já Gomes (2014) afirma que a triangulação pode ser entendida como o confronto ou diálogo entre métodos, fontes e pesquisadores. Desta forma, a presente pesquisa contou com a triangulação dos dados da análise documental, do grupo focal e observação participante, além da entrevista semiestruturada com o

vice-presidente do CES-MG.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é uma ferramenta importante no processo investigativo, configurando-se como um dos principais meios na pesquisa qualitativa. Esta baseia-se em roteiros que permitirão ao informante seguir espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências.

Assim, a entrevista com o vice-presidente do CES-MG, aconteceu de forma *online*, por meio da plataforma *Google Meet*, no dia 08 de junho de 2023, às 19h00. A entrevista foi realizada pela pesquisadora, utilizando um roteiro semiestruturado (Apêndice D), com duração de 24 (vinte e quatro) minutos e 15 (quinze) segundos, ante a disponibilidade do participante, e foi gravada em áudio e vídeo, para posterior transcrição, seguindo o mesmo processo relatado para o grupo focal. O participante já havia assinado o TCLE e, também, já havia preenchido o questionário sociodemográfico.

Para o tratamento e a análise dos dados, recorreu-se, inicialmente, à utilização do *software* NVivo⁸ (versão 12), como ferramenta para auxiliar no processo de organização e sistematização das informações durante o percurso metodológico da análise de conteúdo.

Após o período de leitura e de organização das transcrições do grupo focal e da entrevista semiestruturada, utilizou-se a ferramenta de codificação automática do *NVivo* para explorar o material e codificar as falas dos sujeitos com base no conteúdo exposto, possibilitando, assim, identificar a ocorrência de temáticas e a frequência que apareceram, predominantemente, como resultado, conforme ilustra a Figura 1:

⁸ O NVivo é um *software* que ajuda a organizar e analisar facilmente as informações não estruturadas, a partir de ferramentas que são fornecidas pelo programa. É utilizado em pesquisas das ciências humanas e da saúde.

Figura 1 – Codificação automática da Entrevista e Grupo Focal com frequência ocorrência



Nuvem de palavras Entrevista

Nuvem de palavras Grupo Focal

Fonte: Nuvem de palavras gerada através do *software* NVivo.

As nuvens de palavras, ilustradas na Figura 1, indicam os vinte principais termos abordados na entrevista semiestruturada, realizada com o vice-presidente do CES-MG, e no grupo focal, realizado com os membros da mesa diretora do conselho.

Como ambas as ferramentas de produção de dados (entrevista e grupo focal) seguiram um roteiro previamente estruturado, buscando compreender a participação dos conselheiros estaduais no enfrentamento à pandemia da COVID-19, alguns termos foram mais recorrentes entre elas, figurando nas posições de destaque (centralizadas e em fonte maior) nas nuvens de palavras: conselho, saúde, social, controle, estado/estadual, pandemia.

Em compensação, outros termos ocorreram especificamente em cada momento de coleta de dados. Na entrevista, com o vice-presidente do CES-MG, foram recorrentes temáticas envolvendo os termos: secretaria/secretário, presidente/presidência, reunião/reuniões, hospital/hospitais de campanha, decisão/decisões, convite e executivo.

Esses dados iniciais possibilitaram inferir, em um primeiro momento, uma atuação deste participante da pesquisa mais voltada para o contato com outros órgãos, como a Secretaria Estadual de Saúde, e com participação em reuniões de decisão e deliberações.

Em contrapartida, no grupo focal, as temáticas envolveram os termos

peças/população, conferência, gestão, municípios, momento/período, participação, política, governo e mundo. Dados que possibilitaram inferir, nesse primeiro momento, uma preocupação desses sujeitos com o cenário pandêmico que estavam vivenciando e a possibilidade de um debate mais próximo junto à população e aos municípios mineiros.

Após esse período de exploração do material transcrito, foi realizada uma leitura flutuante das respostas dos sujeitos e, neste momento, como também das atas coletadas, proporcionando um contato mais aproximado, não só com as falas dos participantes da pesquisa, como também com o conteúdo expresso nos documentos sobre as reuniões ordinárias e extraordinárias do CES.

Esta etapa da leitura flutuante, conforme Bardin (2016), possibilitou conhecer e organizar as mensagens contidas de acordo com padrões identificados, buscando esgotar a totalidade da comunicação, possibilitando a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material coletado.

Assim, os dados foram organizados e tabulados de acordo com os padrões discursivos identificados, ou seja, por meio de um estudo minucioso do conteúdo, das palavras e das frases que compuseram as respostas obtidas, realizou-se uma categorização temática. Em outras palavras, os temas que se repetiram com muita frequência foram “recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (Bardin, 2011, p. 100).

Na sequência, foram agrupados em oito categorias analíticas que foram organizadas pelo grupamento de outras subcategorias, são elas:

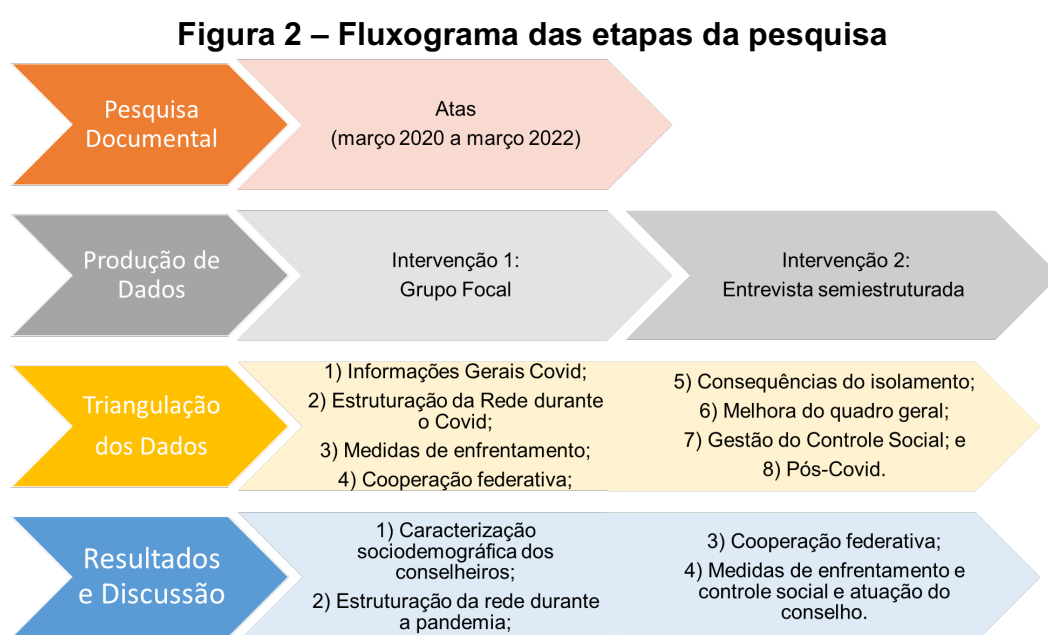
- 1) informações gerais COVID-19;
- 2) estruturação da rede durante o COVID-19;
- 3) medidas de enfrentamento;
- 4) cooperação federativa;
- 5) consequências do isolamento;
- 6) melhora do quadro geral;
- 7) gestão do controle social;
- 8) pós-Covid.

As categorias foram balizadoras da análise e possibilitaram uma discussão, ao longo dos capítulos seguintes, entre a teoria e a empiria. De acordo com Bardin (2012, p. 137), as unidades de contexto devem ser referenciadas ao longo de todo o texto, servindo “de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e correspondem ao segmento da mensagem”. Assim, optou-se por apresentar os resultados tabulados em quatro temáticas principais, organizadas nas seguintes categorias de análise:

- 1) caracterização sociodemográfica dos conselheiros;
- 2) estruturação da rede durante a pandemia;
- 3) cooperação federativa, medidas de enfrentamento;
- 4) controle social e atuação do conselho.

O discurso dos conselheiros recebeu codinome que foram escolhidos baseados nas cores do arco-íris. Da combinação das sete cores primárias que compõem o arco-íris são retiradas várias outras cores, assim, em analogia, a participação de uma pessoa no conselho, representando um segmento específico, possibilita a participação de várias outras pessoas, alcançando a participação da comunidade, preceito constitucional, trazido pelo art. 198 da CF/88.

A Figura 2 ilustra as etapas da pesquisa:



Fonte: Elaborado pela autora.

3.3 Cuidados éticos

A pesquisa foi aprovada na assembleia departamental à qual está vinculada a orientadora através do Parecer nº 20/2022, e foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo também aprovada, através do Parecer nº 5.797.773 (Anexo B).

Essa pesquisa também foi autorizada pela mesa diretora do CES, conforme Ofício CES-MG Nº 241, de 21 de junho de 2022, constante no Anexo A.

Na pesquisa, todos os preceitos éticos da resolução nº 466/12 do CNS, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, foram observados, sendo que a participação na pesquisa foi condicionada à assinatura do TCLE, por todos os participantes.

O anonimato dos conselheiros está garantido pela codificação dos depoimentos, excluindo a possibilidade de identificação no estudo a partir das respostas. Esta pesquisa ofereceu risco mínimo, possibilitado pelo acolhimento e escuta das reações emocionais, que se fizerem necessárias. Também foram observados e minimizados os riscos relacionados à divulgação de informações, de exposição, de ideias, risco de exposição de manifestação política, risco de manifestação expressa sobre a atuação, a divulgação de dados confidenciais, o embaraço de interagir com estranhos, o medo de repercussões eventuais, proteção da divulgação de imagem, em caso de filmagens ou registros fotográficos.

Foram atribuídos aos conselheiros do CES-MG codinomes que foram escolhidos baseados nas cores do arco-íris, como já mencionado.

3.4. Riscos

Com relação aos riscos de participação na pesquisa, reconhece-se que na etapa do grupo focal e da entrevista, possíveis desconfortos podem ser causados por emoções sentidas pelo participante ao relatar sua experiência no CES-MG. No entanto, foi implementada uma abordagem sensível e ética para lidar com essas situações. No caso de qualquer desconforto significativo, ou emoções intensas manifestadas pelo participante, a entrevista seria imediatamente interrompida e o participante poderia decidir se desejava continuar com a participação na pesquisa. Destaca-se que essa medida de precaução não foi necessária durante o estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo é destinado à análise da participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

Desta forma, por meio da interpretação dos discursos e do diálogo com os referenciais teóricos pertinentes à investigação, os dados foram organizados em quatro categorias temáticas: 4.1) Perfil e representação dos conselheiros estaduais de saúde; 4.2) Estruturação da rede durante a COVID-19; 4.3) Cooperação Federativa e medidas de enfrentamento; 4.4) Controle Social e atuação do conselho.

4.1 Perfil e representação dos Conselheiros Estaduais de Saúde

Dos seis membros da mesa diretora do CES-MG que participaram da pesquisa, um era representante do poder público e cinco eram representantes da sociedade civil, sendo, destes, quatro representantes de usuários do SUS e dois trabalhadores(as) da saúde. Evidenciando a paridade preconizada pela resolução nº 453 do CNS que orienta os conselhos de saúde.

A Tabela 2 apresenta o perfil da mesa diretora do CES, a partir dos dados sociodemográficos, formação e tempo de permanência no conselho.

Tabela 2 – Perfil da mesa diretora do CES

Identificação	Entrevista do vermelho	Entrevista da laranja	Entrevista da amarelo	Entrevista do verde	Entrevista do azul	Entrevista do violeta
<i>Sexo</i>	M	F	F	M	M	M
<i>Residência</i>	Belo Horizonte	Ipatinga	Congonhas	Patos de Minas	Belo Horizonte	Belo Horizonte
<i>Cor/Raça</i>	Pardo	Parda	Branca	Branco	Negro	Negro
<i>Faixa etária</i>	41 a 60 anos	21 a 40 anos	41 a 60 anos	Mais de 60 anos	mais de 60 anos	21 a 40 anos
<i>Segmento</i>	Usuário	Usuária	Trab.da Saúde	Usuário	Trab. da Saúde	Usuário
<i>Indicação</i>	Entidade	Suplente LGBT	Conselho Psicologia	Indicação CNBB	Indicação SindSaúde	Indicação CUT
<i>Renda familiar</i>	1 a 3 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos
<i>Formação</i>	Superior Incompleto	Superior Completo	Pós-graduação completa	EM completo	EF completo	Pós-graduação completa
<i>Permanência no conselho</i>	Gestor Público	Advogada	Psicóloga	Pequeno produtor rural	Téc. Gestão de Saúde	Mestre
	15 anos	7 anos	7 anos	4 anos e meio	55 anos	8 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

Como indicado na Tabela 1, dois membros da mesa diretora do CES se declararam do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Ao analisar o total de conselheiros estaduais de saúde, com base na composição disponibilizada no sítio eletrônico do conselho, incluindo os membros que não participaram da pesquisa, observa-se que 45 (quarenta e cinco) conselheiros eram do sexo feminino e 35 (trinta e nove) se declararam do sexo masculino. Faltaram informações de 14 (catorze) membros.

A pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2013) aponta que os conselhos voltados às políticas sociais e de garantia de direitos parecem oferecer mais oportunidades para a participação feminina, visto que apresentam uma composição mais igualitária – em torno de 41% a 54% de mulheres.

Nos conselhos que abrangem outras temáticas, a quantidade de homens supera os 70%. Esta composição diferenciada entre os conselhos pode ser explicada pela tradicional participação política feminina às pautas que lidam com a

temática do cuidado, como é o caso dos conselhos de políticas sociais (Lüchmann; Almeida, 2010; Silva, 2022).

No caso do CES-MG, a composição total apresentava uma maioria feminina, mas, ao considerar a mesa diretora, percebeu-se uma inversão desse quadro. Fato que evidencia, apesar da tentativa de paridade, que essa minoria de homens conselheiros segue ocupando os espaços de deliberação e tomada de decisões.

Farah (2004, p. 3), chama atenção quando enfatiza que:

A inclusão da questão de gênero na agenda governamental ocorreu como parte do processo de democratização, o qual significou a inclusão de novos atores no cenário político e, ao mesmo tempo, a incorporação de novos temas pela agenda política. Os movimentos sociais que participaram de lutas pela redemocratização do regime tinham as mulheres como um de seus integrantes fundamentais (Farah, 2004, p. 3).

Em face do exposto, compreende-se que, apesar da luta das mulheres por maior visibilidade e garantia de direitos e a busca por ocupar os espaços públicos e não só o ambiente doméstico, estas ainda são as principais responsáveis pelos cuidados com a família (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013). Nesse sentido, ocupar cargos que demandam maior conciliação com as funções domésticas, acabam por dificultar a participação de mulheres (Venturi; Recamán; Oliveira, 2004).

No caso da mesa diretora do CES, sobretudo em um estado com dimensões quase que continentais, como Minas Gerais, abrangendo 853 (oitocentos e cinquenta e três) municípios, o fato do cargo exigir viagens constantes e agendas de reuniões permanentes, pode explicar o maior número de homens nessa função de liderança e tomada de decisões, apesar de serem minoria no Conselho.

Cabe destacar, corroborando com Wollstonecraft (2016), a importância de as mulheres ocuparem espaços de participação política, ou seja, ocupar espaços de tomada de decisão e de discussão de leis que garantam seus direitos e de toda a sociedade.

Quanto ao local de residência dos conselheiros, membros da mesa diretora do CES-MG, pode ser observada uma paridade entre os mesmos. Conforme evidencia a Tabela 1, três conselheiros declararam residir em Belo Horizonte e três declararam residir em outras cidades do estado de Minas Gerais.

Segundo dados do IBGE,⁹ o estado possui uma área territorial de 586.513,983 km², com uma população de 20.538.718 pessoas. Segundo a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019, Minas Gerais é organizada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR),¹⁰ em 14 Macrorregiões, com 18 (dezoito) Polos Macros, três Polos Macros Complementares, dois Polos Macros Complementares de Apoio e 89 (oitenta e nove) Microrregiões, com 107 (cento e sete) Polos Micros. Pelas dimensões e diversidades do estado, quanto mais diverso for o grupo de conselheiros, maior a probabilidade de representar as diferentes regiões.

Como evidencia a fala do entrevistado verde:

Eu penso assim, estamos em um estado muito grande territorialmente, 853 municípios, a minha região mesmo, a região noroeste, tem municípios que ficam próximos de Brasília, e a 600 quilômetros de Patos, você fala assim, “vão regionalizar porque tem que atender por região, e a sua região é Patos, 600 quilômetros”, para chegar lá e encontrar uma precariedade, porque não tem, não atende (Verde).

Observando essa configuração, o CES-MG, partindo da análise dos participantes da presente pesquisa, parece conseguir manter uma maior paridade territorial, possibilitando olhares para a capital, Belo Horizonte, mas também para cidades do interior de Minas Gerais. Entretanto, cabe registrar que as três cidades do interior representadas na mesa diretora, Ipatinga (265 mil habitantes), Patos de Minas (153 mil habitantes) e Congonhas (52 mil habitantes), são cidades populosas e não representam a realidade do estado, pois a maioria dos municípios é de pequeno porte.

Segundo dados do Tribunal de Contas do Estado (TCE) de 2018, Minas Gerais possui 223 municípios com até 5 mil habitantes e, a maioria dos municípios mineiros (82,3%), possui até 25 mil habitantes. Em um contexto de pandemia, onde as cidades e população são afetadas de maneira diferente, devido à estrutura de saúde, recurso financeiro etc., é necessário levar em consideração as características próprias do estado, as realidades distintas de cada região, para que as decisões tomadas representem os reais interesses e necessidades locais.

⁹ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg.html>.

¹⁰ O PDR é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado para coordenar o fluxo dos usuários do SUS, orientar o planejamento e direcionar os investimentos da política de saúde (Minas Gerais, 2020).

Quando relação à cor ou raça declarada pelos conselheiros que compõem a mesa diretora do CES-MG, depreende-se uma maioria de negros ou pardos (cinco) e dois que se autodeclararam brancos. Pode ser observado uma paridade nas raças, ao menos na mesa diretora do CES-MG, o que é importante no controle social e se espera no espaço que tem por premissa basilar a igualdade e a equidade.

Ao relacionar os dados acerca da faixa etária dos conselheiros, nota-se apenas um entrevistado ocupando a faixa etária dos 21 aos 40 anos, três entrevistados pertenciam à faixa etária dos 41 aos 60 anos e dois entrevistados acima dos 60 anos de idade. Assim, observou-se a predominância de membros que compõem a mesa diretora do CES-MG na faixa etária acima de 40 anos. Dados semelhantes foram encontrados nas pesquisas de *Olívia et al.* (2007), *Santos et al.* (2011) e *Silva* (2022).

Os autores sugerem que, tendo em vista que o segmento que representa o poder público é, normalmente, nomeado pela prefeitura, é comum que sejam indicadas pessoas mais experientes, com cargos elevados, e que apresentem respaldo para debater junto à sociedade civil as demandas e reivindicações levantadas. No geral, estas são pessoas que se concentram em faixas etárias mais elevadas (*Matos et al.*, 2018).

A respeito da renda familiar mensal, quatro conselheiros declararam possuir de um a três salários mínimos e dois declararam ter renda mensal acima de oito salários mínimos. Esse resultado permite inferir que os membros da mesa diretora do CES-MG possuíam recursos para provisão própria e de seus familiares. Fato que, segundo *Tonella* (2003), possibilita que o sujeito tenha mais possibilidades de participação, ou seja, possibilidade de fazer parte de uma elite decisória e está, normalmente, atrelada ao acesso a maiores níveis de educação, informação, salário e capacitação.

Os dados corroboram, assim, com o grau de escolaridade dos conselheiros, podendo verificar que a maior parte possui nível superior. Resultados dos estudos de *Labra e Figueiredo* (2002), *Santos Júnior et al.* (2004a), *Tótor e Chaia* (2004) e *Tatagiba* (2005), demonstram que o nível da renda, a escolaridade e o engajamento político-partidário dos conselheiros, usualmente, são elevados.

Por fim, quanto ao tempo de permanência no CES, os dados evidenciaram um recorte temporal grande, superior a quatro anos e chegando a cinquenta e cinco anos. Fato que pode evidenciar uma ausência de rotatividade na participação dos

conselheiros membros da mesa diretora do CES-MG.

Algumas possibilidades interpretativas seriam as indicações das instituições que, no caso, aparentam optar por manter os mesmos indicados por segmento, por premissa de escolha de permanência dos próprios representantes ou, ainda, pela ausência de interessados em assumir as funções, visto que é um cargo não remunerado e com alta carga de responsabilidade social.

Segundo Cohn (2003), a baixa rotatividade pode ser atribuída a uma insuficiência do exercício democrático nos conselhos que, assim, permite que se cristalizem determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas, a partir de carências aí presentes.

Desta forma, a baixa incidência de conselheiros jovens e a manutenção por muitos anos de alguns em seus cargos, pode ensejar a inferência de que os assuntos em discussão no conselho em questão se destinam a pontos já pacificados, de interesse das instituições indicantes dos membros ou, até mesmo, pela desmotivação dos mais jovens em fazer parte de algo que, a priori, não traria mudanças consideráveis (Cohn, 2003).

Não obstante a falta de remuneração para exercer o cargo de conselheiro, a presença no CES-MG pode representar, para alguns sujeitos, um *status* social, sendo a permanência por tempo indeterminado, uma racionalidade monopolizadora, detentora de poder. Além disso, Pessoto, Nascimento e Heimann (2001) afirmam que muitos desses espaços não foram criados pela iniciativa espontânea da sociedade civil, mas pela ação do governo, cujo interesse é garantir a transferência de subsídios federais.

A partir de uma leitura mais institucional da situação, percebe-se que os sujeitos exercem diferentes papéis no CES-MG. Desta forma, a manutenção do seu papel de conselheiro estadual, além de, como falado anteriormente, garantir um *status* social, se constitui na maneira pela qual os sujeitos têm de manter (ou acreditam ter de manter) seus lugares e papéis na organização.

De acordo com Batista e Melo (2011) a avaliação das bases e relações democráticas na política municipal de saúde demonstra que está havendo um retrocesso na prática participativa no setor, existindo obstáculos que vão desde a incredulidade do cidadão em relação à participação popular e o uso indevido do conhecimento técnico que dificulta a tímida participação social identificada, até à manipulação da composição dos CMS e a ingerência dos gestores no seu

funcionamento, como salienta Ribeiro (2008).

Em contraponto, Ugarte (2004) defende a ideia de que todos devem participar de forma coletiva na tomada de decisão das políticas que lhe são destinadas, mas, devido à impossibilidade de espaços nessas proporções, essas deliberações devem acontecer entre representantes escolhidos pela sociedade.

Dos oito membros efetivos que compõem a mesa diretora do CES-MG, sete participaram das intervenções propostas. O perfil desses participantes indica, de maneira geral, uma maioria masculina, negra ou parda, residente em Belo Horizonte, com mais de 40 anos, com a percepção de remuneração de 1 a 3 salários mínimos, com mais de quatro anos de atuação no CES-MG e com ensino médio completo. Outros conselheiros compõem o CES-MG, entretanto o perfil levantado da mesa diretora coloca em evidência uma posição hierárquica destes membros, seja pelo cargo que ocupam (membros titulares da mesa diretora), pelo segmento que representam (trabalhadores da saúde, sindicatos, grupos sociais) ou ainda, pelo tempo de serviço prestado, refletindo uma situação de poder entre os quadros de conselheiros.

Destaca-se, porém, uma paridade positiva de raças, ensejando o critério de igualdade entre os membros no CES-MG. A diversidade e representação de diferentes grupos (sociais, etários, trabalhistas, de gênero, raça *etc.*), além de cumprir com os preceitos constitucionais, possibilita, ao aglutinar diferentes olhares e realidades – nos dizeres de Leonardo Boff, a cabeça pensa a partir de onde os pés pisam -, uma atuação socialmente referenciada e uma ocupação popular das instituições (dos espaços de poder).

4.2 Estruturação da Rede de atenção à saúde durante a pandemia de COVID-19

A triangulação de dados das atas, grupo focal e da entrevista possibilitou, no presente tópico, elucidar aspectos importantes acerca da participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais, no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

Assim, como se observa na Tabela 3, os dados foram organizados em oito categorias analíticas, criadas pelo grupamento de outras subcategorias recorrentes nos dados triangulados, sendo elas:

- 1) informações gerais da pandemia de COVID-19;
- 2) estruturação da Rede de atenção à saúde durante o período pandêmico;
- 3) medidas de enfrentamento;
- 4) cooperação federativa;
- 5) consequências do isolamento;
- 6) melhora do quadro geral;
- 7) gestão do controle social;
- 8) pós-covid.

Tabela 3 – Categorias e subcategorias analíticas e frequência de ocorrência dos termos

Categorias Analíticas	Subcategorias	Frequência de ocorrência dos termos nas atas	
		(Parcial	/ Total)
Informações gerais acerca da pandemia	Informes	107	
	Dúvidas sobre a COVID-19	3	
	Dúvidas vacinação	19	185
	Plano de Vacinação	53	
	Acesso à informação	3	
Estruturação da rede durante a pandemia	Estrutura Física	41	
	Recursos Financeiros	20	
	Profissionais da Saúde	26	103
	Formação / Qualificação	11	
	Tecnologia / Informação	5	
Medidas de enfrentamento	Equipamentos de proteção individual (EPIs)	9	
	Diagnóstico	17	
	Tratamento	24	75
	Teleatendimento	3	
	Prevenção	1	
Cooperação federativa (estados / municípios)	Óbitos	21	
	Cooperação federativa	31	54
Consequências do isolamento	Saúde além Covid	23	
	Grupos minoritários	9	
	Isolamento Social	4	19
	Saúde Mental	4	
Melhora do quadro geral	Manifestações Sociais	2	
	Monitoramento	7	33
	Melhora do Quadro	26	
Gestão do controle social	Conselho Estadual de Saúde	21	21
Pós-covid	Pós-Covid	20	20
Outros	CMC	6	6

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com a Tabela 3, para a categoria “Informações gerais Covid” foram contabilizados 185 trechos relacionados aos descritores investigados (covid, coronavírus e pandemia), sendo que destes, 107 trechos tratavam acerca dos informes, especificamente. Inicialmente, estes abordavam a origem do vírus, estudos, esclarecimentos e informações gerais acerca da COVID-19, dados estatísticos acerca do número de infecção, ondas e cepas existentes.

Posteriormente, os informes passaram a ter um caráter mais padronizado e de monitoramento, abordando, por meio de boletins epidemiológicos diários, os dados e o cenário epidemiológico do estado de Minas Gerais; os dados e informativos do protocolo “Plano Minas Consciente: retomando a economia do jeito certo”¹¹; os dados acerca do “Plano de Vacinação”, incluindo os tipos de vacinas disponíveis, o calendário de vacinação, o recebimento das doses ou a falta das mesmas nos diferentes municípios; além de número de casos e taxa de óbitos no estado.

Dentro do caráter informativo dos dados, observou-se também, uma grande quantidade de questionamentos, por parte dos conselheiros, a respeito das informações que estavam sendo apresentadas. As atas evidenciam que algumas perguntas eram respondidas pelo Secretário de Estado de Saúde, outras por demais trabalhadores da SES.

Insta destacar, que as atas de reuniões na forma em que foram elaboradas e disponibilizadas não deixam claros os encaminhamentos das últimas reuniões do CES-MG.

A categoria “Informações Gerais Covid” foi a categoria com mais ocorrência de termos, mas não se observou nenhum pedido de manifestação, aprovação ou deliberação do CES. Fato que pode sugerir, portanto, que durante a pandemia o CES-MG era, na grande maioria das vezes, apenas informado a respeito do que se passava no estado e que este não participava efetivamente das deliberações.

¹¹ Documento elaborado pelo Governo de Minas para o acompanhamento da pandemia da Covid-19 (versão 3.12). Reunindo diversos protocolos e orientações para empregadores, trabalhadores, alunos, turistas e para a população em geral, sobre práticas adequadas ao enfrentamento da disseminação da Covid, foi o primeiro do país a estabelecer regras entre dados de incidência, internação e ondas, dando transparência às decisões para a retomada gradual e segura das atividades econômicas no estado (Minas Gerais, 2021). Com o avanço da vacinação e a melhora nos indicadores, o Plano chegou ao fim no dia 12 de março de 2022. Disponível em: https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/imagens/minasconsciente/protocolos/minas_consciente_protocolo_v3.12_revisado_1.pdf.

Essa constatação corrobora o que Cohn (2001) afirmou, ao lecionar que o “controle social” seria, a priori, a participação da sociedade prevista na legislação do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde e que estes se manifestariam por meio de deliberação acerca da definição das políticas de saúde, a serem implementadas.

Uma vez observado que o CES-MG era apenas informado das decisões tomadas (por meio de pauta fixa) e que era concedido aos conselheiros o direito a fala para retirada de dúvidas, durante o grupo focal, se questionou se eles eram convidados a debater e deliberar a respeito de temas de políticas públicas, como rezam as diretrizes vigentes de atuação de Conselhos.

Os entrevistados assim se manifestaram:

Olha, as ações não passavam pelo conselho, previamente, é um grande problema, inclusive, de gestões que não respeitam o controle social, então as coisas eram decididas e depois o conselho era notificado de alguma forma, tomava ciência (Laranja).

A maioria das ações que foram adotadas pelo governo do estado, todas, nunca passaram pelo Conselho Estadual de Saúde, muitas das vezes fomos surpreendidos por uma decisão tomada pelos diferentes governos, e tivemos que atuar de forma propositiva tentando inverter com apoio do Ministério Público (Azul).

As falas de dois conselheiros evidenciam que o CES-MG apenas tomava ciência das decisões a partir dos informes, trazidos como do ponto de pauta pelos representantes da Secretaria Estadual de Saúde.

De forma similar, o estudo realizado por Carneiro (2023), constata que a ausência de debate, negociação e contestação no interior do conselho, muitas vezes está relacionada à imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado e a centralização do poder executivo na definição de pautas, que pode configurar a uma politização de outro tipo, isto é, os atores dominantes nesse processo manipulam e apropriam do espaço de forma a garantir seus interesses.

A fala dos conselheiros evidenciou como o conjunto das instituições que ordenam o sistema de saúde constrangeu a participação do controle social no debate e tomada de decisões. O estado de Minas Gerais teve uma postura unilateral quando foi chamado, de maneira emergencial, a responder à situação de calamidade pública acarretada pela pandemia da COVID-19. Assim, a Secretaria de Saúde instituiu, por meio do Decreto nº 47.886, de 15 de março de 2020

(revogado),¹² o Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do COVID-19 (Comitê Extraordinário COVID-19).

O referido Decreto dispõe acerca das medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo COVID-19, conforme situação de emergência de saúde pública declarada pelo Decreto NE¹³ nº 113, de 12 de março de 2020.

Além do Governador e de Secretários de Estado, compuseram o comitê, representantes do MP do Trabalho, do MP de Minas Gerais, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, da Defensoria Pública de Minas Gerais, do TCE, entre outros órgãos estratégicos. Ademais, o Comitê Extraordinário COVID-19, com o apoio do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES-MINAS), foi o responsável por decidir acerca da implementação das medidas, de acordo com a fase de contenção e mitigação da epidemia.

Apesar de compor um órgão de controle e participação social, os conselheiros do CES-MG relataram dificuldades em participar do Comitê Extraordinário COVID-19 e do COES-MINAS, conforme evidencia as falas a seguir:

Provocamos o Ministério Público e a nossa não participação, e também com o Secretário de Saúde da época. Ressaltar que diante de nossa não participação, foi criado um outro Comitê que acrescentou ao Conselho Estadual de Saúde, e outras entidades que não estavam fazendo parte do Comitê Executor. Diante da provocação do controle social, tentou-se criar outro espaço para garantir nossa ocupação no período da Covid (Violeta).

Fomos convidados, teve que se criar dois Comitês executivos, eu representei o Conselho num Comitê [...] que é um comitê que juntou basicamente tudo que tinha de militar do exército, da aeronáutica, da marinha de Minas Gerais, da polícia civil, do Ministério Público, tudo da segurança pública, o COSEMS e nós, o pessoal do Conselho. E a AMM [Associação Mineira de Municípios], juntou esse pessoal para o Comitê Executivo, reclamei aqui na mesa que não queria deliberar nada, queria que a gente chegasse e só escutasse o cara falar alguma coisa, sobre dados que era um negócio de cartório, quem morria, quem não morria, uma coisa que a gente precisava de informação. *'Eu pego, porque sou amigo de não sei quem no cartório, vou pegar'*, faltou, e por que encerro em relação a isso? Esse foi o exemplo mais claro de não compreender o que é uma pandemia, o papel do gestor público em geral, e o impacto disso na saúde (Vermelho).

¹² Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/47886/2020/>.

¹³ Decreto com Numeração Especial (NE).

Tivemos também dificuldades, até mesmo do reconhecimento, inicialmente da Secretaria Estadual de Saúde, de incorporar o Conselho de Saúde no Comitê Executivo da Covid na época. O Conselho Estadual de Saúde, eu acho que até o COSEMS também integrou inicialmente o comitê executivo. Inclusive, denunciámos ao Ministério Público, e junto da Secretaria Estadual de Saúde, em documentos oficiais sobre a não integração do Conselho Estadual de Saúde no Comitê Executivo. Aí formou-se um *outro Comitê*, que não era o executivo da saúde e integrou o Conselho Estadual de Saúde (Violeta).

Inicialmente não estar apresentando ao Conselho Estadual de Saúde, nós procuramos o Ministério Público. Com a parceria do Ministério Público, aí passou a informar, aí passamos a ter essas reuniões mensais com a Secretaria Estadual de Saúde. Já é uma pauta fixa com a Secretaria Estadual de Saúde (Violeta).

Nestes termos, como ilustrado pela fala dos conselheiros, fica evidente o desajuste para conseguir a participação do CES-MG no Comitê Extraordinário e no COES-MINAS, ambos de função deliberativa. O impasse foi de tal monta, que culminou na intervenção do MP, para que se fizesse cumprir o acompanhamento do controle social, nas medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento da COVID-19.

Assim, ao criar duas instâncias emergenciais de tomada de decisão sobre a pandemia, negando, deliberadamente, a existência de um órgão legalmente instituído de controle e participação social, o estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Saúde, evidenciou não só uma relação hierárquica de poder, como também, uma desvalorização dessa instância participativa.

Apesar do esforço e das medidas adotadas pelo conselho, não houve uma participação efetiva nas instâncias acima mencionadas. Nesse sentido, os conselheiros alegam a criação de uma outra instância e, que nesta, o CES-MG teve cadeira e participação. A fala dos sujeitos não evidenciou qual seria a instância, mas presume-se, pelos dados levantados pela pesquisadora, que se trata do Centro Integrado de Coordenação e Controle (CICC-MG), que tem como competência coordenar, monitorar e apoiar, de forma integrada, as ações de segurança pública e defesa social, mobilidade, defesa civil, gestão de crises e grandes eventos. O CICC seria, portanto, o elo de apoio, ligação e integração junto às forças de segurança e outros atores necessários.

Oportuno reiterar que o caráter deliberativo do CES-MG, conforme evidenciam os resultados trazidos na pesquisa, não foi respeitado, apesar dos relatos de insistência dos conselheiros em compor algum órgão que, efetivamente,

deliberasse acerca da pandemia. Evidenciando, novamente, a relação hierárquica de poder, destituindo o CES-MG, como instância de participação e controle popular, das deliberações acerca da COVID-19. Nos dizeres de Junglos (2019, p.11-12):

Vale ressaltar que, segundo a Lei nº 8.142/90, os Conselhos de Saúde atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. No mesmo sentido, a Resolução nº 333/2003 [revogada – agora vigente a Res. 453], na primeira diretriz, define o Conselho de Saúde como órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde em cada esfera do governo, que consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde, como subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social (Junglos, 2019, p.11-12).

Nestes termos, apesar de terem sido inseridos em um órgão que, de forma aparente, discutia assuntos relacionados à pandemia de COVID-19, observa-se do resultado da pesquisa, que a atuação do controle social, não ocorreu na forma que determina a Constituição, ou nos dizeres de Carvalho (1995), o controle social não atuou “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (Carvalho, 1995, p. 28).

Outro ponto debatido pelos conselheiros e que merece destaque foi a homologação das decisões do CES-MG. Como falado anteriormente, as decisões do Conselho devem ser consubstanciadas em deliberações ou resoluções, que precisam passar pela homologação do Gestor do SUS no Estado (no prazo máximo de trinta dias), para publicação no órgão de imprensa oficial. Entretanto, além da dificuldade em acessar os espaços de deliberações, no período pandêmico, os conselheiros destacaram ainda, que as decisões e deliberações do CES-MG, por vezes, não estavam sendo homologadas pela Secretaria de Saúde.

Questão de respeito ao SUS, um ponto que precisamos colocar, respeita deliberação do controle social, homologamos porque a Resolução nos garante que, 30 dias sem uma manifestação do Secretário, o Conselho mesmo pode homologar as deliberações do controle social, e assim nós fizemos homologações, e também a questão das OS [Organização Social] (Violeta).

O controle social, mesmo tendo algumas Resoluções, ela é encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde para homologação. Ai, não sendo homologado dentro do prazo de 30 dias, quem homologa é o próprio Conselho. As homologações não eram homologadas pelo Secretário (Violeta).

As decisões do Conselho não eram referendadas, homologadas pelo Secretário, mas tinha a questão da Resolução 453, que fala que o gestor tem um prazo de 30 dias para justificar se vai homologar ou não, não justificando, o Conselho tem 30 dias para homologar sua decisão (Violeta).

As falas acima evidenciam uma nova desvalorização do CES-MG, pelas instâncias governamentais do poder executivo—durante o período da pandemia, ao não homologar as deliberações propostas pelos conselheiros estaduais de saúde. Quando a Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais não homologa as deliberações do CES-MG, a instituição passa o recado de desvalorização e desrespeito às aspirações dos segmentos sociais ali representados.

A CF/88 consagrou a participação popular como um de seus princípios fundamentais, assim, em seu art. 1º, o legislador constituinte, expressa o princípio da soberania popular pelo qual "todo o poder emana do povo" que o exerce através de seus representantes. A participação do cidadão na gestão pública, especificamente no SUS, deve representar a participação efetiva dos diferentes agentes econômicos envolvidos em cada setor da produção. A legislação federal atribui aos conselhos de saúde a competência de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Para Dallari (1996) a participação popular é um princípio inerente à democracia e garante aos indivíduos, grupos e associações, o direito não apenas à representação política, mas também à informação e à defesa de seus interesses, possibilitando a atuação e a efetiva interferência na gestão dos bens e serviços públicos. Quando, por um motivo de calamidade pública, em que decisões emergenciais devem ser tomadas, e essas, por sua vez, vão afetar toda a coletividade, não considerar os interesses dos grupos que se fazem representados nos espaços instituídos democraticamente, representa um ataque direto à democracia e aos princípios constitucionais.

Alguns exemplos de resoluções publicadas pelo CES-MG, são:

- a) Resolução nº 75/2021, que dispõe sobre o Projeto de Lei nº 2.509/2021 do Centro Mineiro de Controle de Doenças, Ensino, Pesquisa e Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais. É oportuno esclarecer que o CES-MG deliberou contrário à proposta de criação do Centro, assunto que será melhor debatido posteriormente em outros tópicos;

- b) Resolução nº 68/2020: Dispõe sobre a aprovação, em caráter excepcional, da implantação do Hospital de Campanha, destinado à COVID-19.

Como reiteram Lopes, Silva e Martins (2016) as normas do conselho estabelecem que o gestor da saúde deve homologar as decisões deliberadas, mesmo após aprovação do mesmo e, quando isto não for acontecer, deve, por obrigação, prestar esclarecimentos. Entretanto, nas respectivas resoluções, não consta assinatura do Secretário de Estado de Saúde no campo destinado à homologação.

Segundo Lyra (2000, p.17) só há participação popular efetiva quando existe democracia participativa, quando o cidadão pode “[...] apresentar e debater propostas, deliberar sobre elas e, sobretudo, mudar o curso de ação estabelecida pelas forças constituídas e formular cursos de ação alternativos”.

Entretanto, os dados da pesquisa evidenciam que, ao não homologar as deliberações do CES-MG, o gestor estadual de saúde acabou coibindo a participação dos segmentos sociais, não reconhecendo oficialmente os debates e discussões ali instituídos.

Na hora que a gente fala, do art. 198, inciso terceiro da constituição fala sobre a participação popular que foi vetada pelo Collor, mas graças à mobilização da comunidade, o congresso que era progressista daquela época derrubou o veto, e aí foi implantada lei 8142, também, com a força da mobilização, e que dispõe, que coloca no seu preâmbulo, no seu enunciado, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e estão longe de entender isso, porque o eleito no caso, o governador nosso, ele fala o seguinte: “Eu vou para a rua, eu vou em frente, eu peço voto, e vocês, são eleitos como? Vocês são indicados por quem, qual entidade está te indicando?” (Verde).

A fala evidencia que essa falta de entendimento sobre a participação popular, sobre o controle social e sobre sua atuação junto ao SUS, que ocasionou a desvalorização da atuação dos conselheiros e a não inclusão do CES-MG nos comitês deliberativos sobre a pandemia, partiu da autoridade governamental do estado mineiro e refletiu nas instituições sob sua gestão. Werneck e Carvalho (2020), ressaltam que, ao não serem homologadas as deliberações, e sem o envio de uma justificativa até a reunião seguinte do conselho, os conselheiros podem buscar o MP ou até mesmo o Poder Judiciário, para validação de suas decisões.

O Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público (Brasil, 2003).

Melo (2003, p.118) observou que “as razões que ensejaram as recusas em homologar as resoluções, se apoiavam no temor do presidente do conselho de que, após a homologação, a sua execução poderia causar embaraços ou dificuldades de gestão, pelo fato de o conteúdo da decisão conflitar, total ou parcialmente, com as diretrizes ou políticas de gestão da sua pasta de saúde”. Fato que pode ser utilizado como hipótese explicativa na presente pesquisa uma vez que, no momento das intervenções realizadas junto ao CES-MG, ainda era permitido que o presidente do conselho de saúde fosse o secretário de saúde do ente federativo, que o conselho era fiscalizador. No caso de Minas Gerais, essa condição só se alterou no ano de 2022.

Com o resultado alcançado na pesquisa, portanto, depreende-se a importância da homologação dos atos normativos emitidos pelo CES, determinada em seu regimento interno, pois se faz cumprir a determinação constitucional, expressando a participação da comunidade nas políticas de saúde.

Importante destacar a observação da fragilidade do registro das atas do CES-MG quanto ao relato dos encaminhamentos pretéritos das reuniões, em caso de cumprimento ou não dos pedidos dos conselheiros quando das falas solicitadas e também quando dos retornos, especialmente nas respostas das justificativas ou não das homologações de resoluções publicadas. Não foram encontradas menções nas atas analisadas de falas sobre justificativas para a não homologação, apesar de ser cumprimento de resolução do CNS.

Outra temática recorrente nas fontes documentais foi a “Estrutura Física” necessária para atender às demandas da população, em decorrência da pandemia. Assim, na abrangência das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, a incidência de temas oscilou entre: informes fornecidos pela SES/MG a respeito do quantitativo de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de Centros de Terapia Intensiva (CTI) no estado; questionamentos dos conselheiros quanto à

estruturação dos hospitais municipais para atendimento ao COVID-19; preocupação com/dos profissionais de saúde, ao relatar acerca do cansaço na atuação ou, ainda, a respeito da falta de profissionais para atender toda a demanda; e, finalizando, com a necessidade de valorização dos profissionais que atuaram incessantemente durante a pandemia.

Cabe salientar que, nos encontros, utilizou-se a comunicação como dispositivo de interação entre os membros do CES-MG. Nesse sentido, o estímulo às discussões ampliadas sobre a participação dos conselheiros estaduais nas tomadas de decisão acerca da pandemia, possibilitou emergir as tensões e preocupações dos sujeitos ali presentes.

Os sujeitos da presente pesquisa – usuários e trabalhadores do SUS; representantes de conselhos profissionais e de sindicatos trabalhistas; homens e mulheres; populações periféricas e LGBTQIAPN+¹⁴ –, compostos de suas próprias singularidades e, ao mesmo tempo, representantes de segmentos populacionais inteiros, compartilharam suas ideias e reflexões, ou seja, emanaram com suas falas as dificuldades das práticas e vivências territoriais no desafiador cenário pandêmico.

Como usuários do SUS emergiram, dentre outros, preocupações com a estruturação dos hospitais municipais, sobretudo nos municípios com menor população e recurso financeiro.

A gente começou a ver que tinha municípios inteiros, de porte médio inclusive, que faltavam coisas básicas, para funcionar nos hospitais, respirador, coisa mais simples, o pessoal vai lembrando, mas foi uma coisa que ficou muito nítida [...] os debates nas plenárias do conselho, câmaras técnicas e briga que estabelecemos com a gestão para garantir algumas coisas foi fundamental, e fez vir à tona a necessidade de estruturação do Sistema Único de Saúde de fato, porque não dá para um estado onde temos 853 municípios, termos centenas de municípios sem infraestrutura alguma (Vermelho).

[...] a gente, cobrando do governo, começou aquela correria, inflacionando equipamentos, o pessoal aproveitando da pandemia e majorando os preços, sufocando os municípios, tivemos um período muito perdido da gestão, devido a nunca ter enfrentado uma crise nessa proporção, mas eu entendo que se a gente tivesse um governo que olhasse mais, que cuidasse mais das pessoas, principalmente no princípio da equidade, a gente teria se saído melhor, enfrentado melhor a situação, dado mais assistência principalmente para os municípios pequenos (Verde).

Percebemos na frente que convivíamos, em Minas Gerais, com várias formas de organização de serviço. Tinha alguns municípios que tinham sua

¹⁴ Sigla que abrange pessoas que são Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais.

atuação no campo de saúde, outros não tinham, eram pequenas as atuações, ficava a responsabilidade na maior em nome dos estados que interviam politicamente em alguns municípios, e outros não tinham intervenção política (Azul).

Como trabalhadores da saúde foi evidenciado a angústia pelos companheiros atuando na linha de frente, a solidariedade com seu cansaço e o lamento pela desvalorização de tantos colegas de profissão.

O sindicato se organizou para desenvolver estratégias de proteção a trabalhadoras e trabalhadores do Sistema Prisional e Socioeducativo, com a declaração de calamidade pública em Minas Gerais [...] se escancarou a violação de direitos que estão por parte de governantes e, principalmente, de descaso as condições de trabalho ao Socioeducativo e Prisional. Não são poucos os trabalhadores e trabalhadoras que desenvolvem seu trabalho em salas pequenas, locais insalubres e espaços compartilhados com pessoas completamente diferentes (Ata setembro, 2020).

Necessidade de garantia do fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os Auxiliares, Assistentes e Analistas Executivos de Defesa Social, de acordo com as recomendações atualizadas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e orientações do Conselho Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN/COREN)¹¹, de acordo com a especificidade da área de atendimento; assim como de álcool em gel, sabão líquido, papel toalha e água potável em todas as unidades de trabalho (Ata setembro, 2020).

Os servidores também ficam muito vulneráveis, são doenças transmissíveis e não sabemos como ocorrem a transmissão e precisa ter um preparo muito adequado da equipe para dar essa resposta e não correr riscos nem para si próprio e nem para os seus familiares (Ata outubro, 2020).

Estamos tendo durante a pandemia denúncias de agressão aos profissionais vacinadores, isso não é novidade em outras campanhas vacinais já aconteceram. À medida que vai aumentando e ampliando as etapas de vacinação e amplia o trabalho desses profissionais e aumenta o número de agressões, isso já foi publicado em outras campanhas, eu gostaria de saber do Estado sobre a discussão de Segurança pública para proteção desses profissionais em especial nas UBS que muito em breve estarão fazendo a vacinação de toda a população (Ata janeiro, 2021).

Emergiu nas falas também, a desigualdade social escancarada pelo vírus, realidade histórica do país, baseada na exclusão, que algumas pessoas do poder público e da sociedade ainda insistem em negar. No início chegou-se a dizer que a pandemia era “democrática” uma vez que atingia de forma igual todas as faixas sociais. Entretanto, em março de 2020, o relato da primeira morte no país, uma doméstica, negra, infectada pelos padrões que voltaram de viagem da Itália, evidenciou, segundo Oliveira (2020), que “embora não sejam os mais infectados pela doença (ponderando também que há grande subnotificação de casos no país

pela falta de testes), os negros estão morrendo mais que os brancos pela doença”.

A outra experiência pode ser talvez minha vivência pessoal como líder comunitário, presidente de associação, sou do Alto Vera Cruz, que é a maior favela individual aqui em Belo Horizonte [...] e uma coisa que o Sistema Único de Saúde percebeu, e essa ação nossa fez ter uma percepção mais íntegra do que é o problema, **foi quando foi dito que essa era a doença mais democrática que tinha**, essa questão, **para quem mora na periferia, ficou nítido que não era**, que eu vou falar agora, tivemos no **Alto Vera Cruz 268 pessoas no período mais crítico no primeiro ano da COVID, com COVID, e morreram 52. E no mesmo período, tivemos 3.017 pessoas com COVID no bairro Buritis, um bairro de classe média, classe média alta em Belo Horizonte, e morreram 11**. Isso, para mim, ficou muito nítido que é um discurso que não se aplica na prática, e é a vida real, não dá para você esconder, as pessoas morreram, a gente fez muita ação e pegamos [Covid] mesmo assim, porque **as pessoas moram em aglomerado**, a comunidade é composta em sua maioria por mulheres, chefes de família, são 4.753 moradias no local, com mães e avós, **e esse pessoal não tinha como separar, ficar gente num quarto para fugir da Covid**, o tanto de gente que morreu, mais velho, por falta de opção naquele período, eu sei porque as pessoas estavam desempregadas, **não arrumava nem sabonete para lavar a mão antes do álcool em gel**, e foi muito difícil na vida de todo mundo (Vermelho, grifo nosso).

Esse debate será melhor aprofundado na seção seguinte, mas é oportuno esclarecer que, como bem destacou Dallari (2020), a crise do coronavírus não foi democrática, a população mais pobre (no Brasil, majoritariamente negra e dependente do SUS) foi a mais afetada, tanto na questão da saúde quanto na econômica.

Como evidencia Oliveira (2020), os dados mostraram que pretos e pardos (negros) são 1 em cada 4 hospitalizados por COVID-19, mas 1 em cada 3 mortos. Nesse sentido, sobre as favelas, a autora destaca que estas podem ser locais de rápida disseminação do vírus, dada as condições de moradia e saneamento, somadas às inserções precárias no mercado de trabalho que deixam as pessoas mais vulneráveis em momentos de crise. 72% dos moradores de favelas se declaram negros, destaca.

Pensar a intervenção a partir da fala (e das dores) dos sujeitos que as vivenciam é ter uma tomada de decisão socialmente referenciada e comprometida com as especificidades locais, considerando todas as suas singularidades e desafios. De acordo com Rocha (2020, p. 4), “na medida em que se queira respeitar a dignidade da pessoa humana, é preciso assegurar-lhe o direito de participar ativamente na solução dos problemas que lhe dizem respeito”.

Ilustra-se o cenário de preocupação encontrado pelos conselheiros, que poderia embasar os questionamentos, como descrito por Coelho (2021, p. 87):

Dessa forma, a chegada da pandemia ao Brasil deparou com um parque hospitalar, cujas marcas eram a baixa resolutividade, com menos de 10% dos hospitais contando com UTI. O cenário também era de desigualdade na oferta de leitos entre o SUS e a saúde suplementar, de maior concentração de leitos em algumas regiões do país, com destaque para a terapia intensiva condensada nas regiões Sul e Sudeste; e, no interior dos estados, uma grande concentração de leitos nas capitais (Coelho, 2021, p. 87).

De acordo com Canabrava (2021), a pandemia da COVID-19, que demandou enorme e rápida reorganização assistencial, com ênfase no número de leitos de cuidados intensivos, e, por conseguinte, equipamentos e força de trabalho qualificada, não só mudou a carga de doenças, passando as infecções COVID-19 a serem a primeira causa de morte registrada recentemente, como também reforçou a necessidade de discussão acerca da assistência hospitalar no Brasil.

Nos resultados da pesquisa, a “estrutura física” também teve ligação direta com a estrutura organizacional do próprio CES durante a pandemia. Em um cenário onde o distanciamento social estava sendo obrigatório, e a realização de reuniões presenciais impossibilitadas, os conselheiros do CES-MG evidenciaram com suas falas a satisfação com a organização que conseguiram realizar para dar a continuidade às reuniões ordinárias e extraordinárias no período pandêmico.

Esta atuação continuada, possibilitada pela realização de videoconferências *online*, garantiu, na análise dos mesmos, uma boa atuação do controle social no estado de Minas Gerais. Entretanto destacam que não foi um trabalho simples:

O Conselho Estadual de Saúde foi o primeiro Conselho do Brasil, até antes do Conselho Nacional, a ter reuniões virtuais, isso foi fundamental. O Conselho Estadual de Saúde, por uma decisão da mesa diretora decidiu nas primeiras semanas, inclusive era mais a mesa diretora que se reunia praticamente todos os dias para discutir as situações da pandemia no estado (Violeta).

[...] Ressaltando que houve também uma exclusão daqueles conselheiros que não tinham acesso à internet e ao computador. Isso teve que estar bem claro, muitos tinham dificuldade até mesmo com instrumentos novos da tecnologia (Violeta).

A Secretaria não garantiu estrutura de plataformas ao Conselho Estadual de Saúde (Violeta).

Desafios da estrutura, ponto negativo, orçamento de mais de 2 milhões para compra de equipamentos, não foi possível comprar, falta de equipamento, não se esforçou para comprar equipamentos que era necessário para o controle social, e isso é fundamental ressaltarmos (Violeta).

A parceria com a Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais (ALMG) foi o que, nos relatos do conselheiro, oportunizou e garantiu a atuação do Conselho, durante a pandemia.

Foi uma emenda parlamentar da deputada Beatriz Cerqueira de 100 mil reais. Tínhamos um orçamento de 2 milhões para compra de equipamentos no Conselho Estadual de Saúde que não foi executado, e isso deve estar em algumas atas, que não foram executadas pela Secretaria Estadual de Saúde. Com o recurso do Conselho garantido no orçamento do Conselho, mas eles não compraram os equipamentos. Com a emenda parlamentar que a deputada garantiu à época, foi possível comprar os notebooks que chegaram esse ano (Violeta).

Presenciais, e a gente não tinha possibilidade de adquirir equipamentos, programas, de fazer assinaturas, então a gente precisou se adaptar aquele momento e ir atrás de formas de fazer que a comunicação fluísse, buscando programas gratuitos, formas de fazer essas plenárias acontecerem (Laranja).

Na área da saúde, a legislação federal introduz em todo o país a participação da sociedade na gestão pública, mediante conferências de saúde – órgão de caráter propositivo – e dos conselhos de saúde, a quem compete formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990). Entretanto, como evidenciado, apesar do CES-MG ter legitimidade para legislar sobre os recursos financeiros e possuir um orçamento de 2 milhões para compra de equipamentos, a sua subordinação à Secretaria Estadual de Saúde, órgão ao qual deveria fiscalizar, mas que exerce uma função de poder hierárquica, acabou gerando uma falta de autonomia orçamentária que não possibilitou as aquisições necessárias. Assim, apenas com a parceria com a ALMG, via emenda parlamentar, foi possível adquirir os eletrônicos e dar sequência às reuniões ordinárias.

Problemas com estrutura física de trabalho e autonomia na utilização de recursos orçamentários são desafios que aparecem nos trabalhos de Pereira *et al.* (2019) e Bortoli e Kovaleski (2020), como fatores dificultadores no processo de representação e exercício da participação popular.

Pereira *et al.* (2019) concluem que, além destes, outros fatores aparecem de forma mais difusa, como: falta de estrutura de trabalho, deficiências no processo de

representação e participação popular, cooptação pelos governantes, problema de autonomia e organização, falta de transparência e resolutividade nas deliberações, prevalência do saber técnico, entre outros.

Já Bortoli e Kovalesski (2020), destacam a disponibilidade de recursos para a operação dos conselhos, a cultura política de cada município, o nível de instrução da população, as relações do Executivo com o Legislativo, a ação de lideranças, a origem social dos membros dos próprios conselhos, entre outros, como fatores que também influem neste processo.

Ressou, também, de forma recorrente na fala dos sujeitos, a necessidade de um entendimento melhor a respeito da função do controle social, do funcionamento do CES, por parte das instâncias, além de uma qualificação das pessoas que lá atuam, para que as atividades possam ser exercidas de forma legal e eficiente, conforme menções das atas e também do grupo focal.

Eles [Secretaria Estadual de Saúde] não têm uma formação básica sobre controle social, precisa fazer um curso inicial de formação de conselheiros, os que a gente dá para quem nunca fez curso nenhum, básico do básico do básico, essa gestão atual é uma gestão que não sabe o que é controle social do ponto de vista elementar (Vermelho).

Tem um monte de gente que às vezes é tolhido, você quer dar uma formação e as gestões não liberam os trabalhadores para ir numa formação de 3 dias, que acha que é muito, e não quer liberar recurso, não quer abonar um ponto para uma formação que vai ajudar o todo da cidade, gasta o recurso mal, faz composição de conselho irregular, ilegal, e isso reflete mesmo a gente estando em avanços extraordinários das políticas públicas de saúde, por outro lado, esse distanciamento, ou achar que pode fazer o que quiser, que é o que a gestão atual acha, pode fazer o que quiser, define, veta, tem uma bolsa para as pessoas estarem numa conferência, veta coisas elementares (Vermelho).

E a gente às vezes vai nos lugares, e tem lugar que poderia estar mais avançado, e o município é pequeno, a falta do entendimento, do papel dos gestores públicos em alguns lugares leva a uma fragilização dos municípios (Vermelho).

Segundo Rocha (2020) o Estado democrático e de direito reconhece a necessidade de defender a sociedade contra os eventuais excessos no funcionamento da máquina estatal, através da divisão de funções entre os poderes e de mecanismos recíprocos de controle, em nome da sociedade. A novidade nos anos 80 é justamente a ideia, fundamentada na concepção da saúde como produção social e direito, de que esse controle seja feito pela sociedade através da presença e da ação organizada de seus segmentos.

Entretanto, não obstante os princípios e diretrizes do SUS se pautarem na universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular, ainda carece de uma articulação cooperativa, entre as diferentes instâncias da gestão pública, visando desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de “ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos” (Brasil, 2009, p. 8).

Frente os diversos obstáculos existentes para a participação popular no país, ainda pecamos na formação cidadã dos sujeitos, ou seja, na educação para o exercício da cidadania. Assim, cobra-se muito das gestões governamentais (que não tem seu direito constitucional garantido, sua voz escutada e suas demandas acolhidas), mas exerce-se pouco o dever como cidadão de participar das deliberações coletivas. Para Parmigiani (2006), a participação social e a formação política são dois aspectos que cada vez mais vêm se revelando como ferramentas de emancipação e autonomia do cidadão que deseja compreender a sociedade e perceber-se como agente transformador de realidades.

Nessa perspectiva, a fala dos conselheiros evidencia essa falta de formação cidadã das gestões, das instituições, ou das pessoas que ocupam cargos de chefia, ao não vislumbrar a importância, ou necessidade, em liberar os trabalhadores para ir às formações em saúde. Cabe ressaltar, que a implementação da educação permanente para o controle social no SUS é uma das ações previstas na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Brasil, 2009), tanto do ponto de vista da educação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais, municipais (e dos conselheiros de gestão participativa), quanto das ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

Além disso, na leitura das Atas, corroborada com as falas, outra dificuldade perceptível para a atuação do CES-MG foi a ausência de autonomia na utilização de recursos financeiros, previstos em orçamento para o CES, que prejudicou a atuação mais ágil e eficaz.

Fez vir à tona a necessidade de estruturação do Sistema Único de Saúde de fato, porque não dá para um estado onde temos 853 municípios, termos centenas de municípios sem infraestrutura alguma (Vermelho).

Sabe-se que, formalmente, todos os estados e municípios têm conselhos de saúde, porém, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Brasil, 2009, p.17) destaca que os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como, dentre outros, o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Esses dados corroboram com a fala dos conselheiros da presente pesquisa, ao identificar que a qualificação das pessoas que atuam nos Conselhos, a estruturação física dos locais e a utilização adequada dos recursos financeiros de forma autônoma, podem representar aspectos de fundamental importância para a atuação dos conselheiros do CES-MG.

Bortoli e Kovaleski (2020) destacam que os Conselhos devem assegurar aos seus membros a participação, de forma direta, no processo de tomada de decisão, com capacidade de produzir decisões relacionadas às políticas públicas e programas. Entretanto, com a estruturação prejudicada, pode ter havido impactos significativos na participação do CES-MG nas tomadas de decisão ante ao enfrentamento à COVID-19 no estado de Minas Gerais.

Nesse âmbito, “Enfrentamento à COVID-19”, observou-se na leitura das atas, questionamentos a respeito do uso de máscaras, acerca de como seria realizado o diagnóstico, acerca do número de testes, de quais eram as recomendações do estado para o tratamento e, ainda, a respeito dos dados do número de óbitos. No escopo das estratégias de coleta de dados, as falas giram em torno da utilização e fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e de respiradores:

Quando começou a pandemia, o grande problema foi a questão dos EPIs, quem tinha EPIs eram só enfermagem e medicina, e a gente estava sendo convocado a atuar na frente, somos profissão da saúde, mas chegávamos nos postos e não tinha EPI (Amarelo).

Porque começamos a perceber que a falta de respiradores e outras coisas mais simples, que a gente nunca tinha percebido, nunca foi um debate tão intenso na vida prática do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Faltavam coisas básicas para funcionar nos hospitais, respirador, coisa mais simples, o pessoal vai lembrando, mas foi uma coisa que ficou muito nítida, assim do papel do Conselho (Vermelho).

Esse foi o exemplo mais claro de não compreender o que é uma pandemia, o papel do gestor público em geral, e o impacto disso na saúde, porque a gente tinha que praticamente brigar, provar que estava com problema de municípios com 12, 15 mil pessoas, que não tinha um respirador nos municípios, só foi percebido quando começou a morrer gente, não tinha nenhum critério sobre quem estava morrendo, onde que acompanhava aquilo, cada um fazendo por conta (Vermelho).

Contudo, apesar de pertinentes e necessários, os questionamentos eram apresentados em caráter de dúvidas de pessoas físicas, de usuários, aparentemente, e não em caráter de demandas para deliberação do Conselho ou de apreciação de alguma política para execução.

Pereira Neto (2012, p. 40) observou que, para alguns autores “a desigualdade é um dos pontos que caracteriza a representação política dos três segmentos nos Conselhos de Saúde”. Assim, segundo o autor, os representantes de usuários teriam mais dificuldade de acesso à informação e de compreender os temas das plenárias que os representantes dos profissionais de saúde ou gestores. Emerge, novamente, a necessidade e importância da formação política para o exercício da cidadania, sendo as ações de educação em saúde o ponto central neste ponto da análise. A construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro do processo de organização das práticas, possibilita o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais (Brasil, 2009).

Cabe ressaltar que a mesa diretora do CES-MG possui cadeira para a representação dos trabalhadores da saúde, respeitando a paridade, assim, mais que compreensível que a preocupação com os profissionais atuando na ponta do processo, nos termos das políticas públicas, os burocratas de nível de rua¹⁵ (sejam eles os que atuam no trato diário com os enfermos ou aqueles que, pela especificidade de sua atuação, não poderiam atuar no formato de teletrabalho), emergiriam na fala dos sujeitos.

¹⁵ A literatura atual sobre políticas públicas classifica os burocratas (atores da política) como: 1) burocratas de alto escalão, responsáveis pelo desenho, pela elaboração das normativas e pela coordenação da política; 2) burocratas de médio escalão, quem conecta a ideia de tomada de decisão (formulação) com a execução, desempenhando um papel de articulação entre diferentes tipos de atores; e, 3) burocratas de nível de rua, aqueles que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços públicos (Cavalcanti; Lotta; Pires, 2018; Pires; Lotta; Oliveira, 2014).

4.3 Cooperação Federativa e medidas de enfrentamento

Denominou-se, na presente pesquisa, como “Cooperação federativa” a colaboração, a atuação conjunta (baseada no princípio da cooperação) dos distintos níveis de governo (no caso, estadual e municipal), ainda que se tenha uma divisão clara de competências e funções entre eles, visando a maximização do bem-estar social (Oliveira, 2007).

Assim, o tópico busca discorrer sobre uma temática recorrente extraída das fontes, a cooperação federativa entre as instâncias de deliberação do estado de Minas Gerais e os municípios mineiros e as medidas de enfrentamento à COVID-19 articulada por eles. No Grupo Focal ficou mais evidenciado a atuação em rede do CES-MG com os municípios e, na Entrevista, o contato com o MP e a ALMG. Ademais, os aspectos gerais do sistema de saúde, não só as questões diretamente ligadas à pandemia de COVID-19, se fizeram presentes.

Um destaque relevante trazido pelo Grupo Focal foi a aproximação do CES-MG com os Conselhos Municipais, que só foi possibilitada (ou potencializada) pela realização das plenárias virtuais. Essa, na fala dos sujeitos, aumentou e aproximou o diálogo entre os pares, favorecendo a cooperação e alinhamento na tomada de decisão.

O período da COVID-19 foram as plenárias regionais, plenárias virtuais, todas as regiões do estado de Minas Gerais, diálogo entre os conselhos municipais para ver como era a situação do número de leitos da região, isso era muito importante, tinha a participação do municipal de saúde, da secretaria estadual de saúde, responsável pelos leitos, e também dos conselhos municipais e alguns secretários ou profissionais da gestão também trabalhadora que participava. A gente tinha um limite e acontecia que outras pessoas participavam das reuniões. Foi muito importante essa participação, o diálogo permanente (Violeta).

[...] essas plenárias regionais, a gente trazia os dados para cada reunião de cada região, a gente montou um grupo de WhatsApp, tinha que ser virtual mesmo, e a gente trazia sempre alguém da gestão para poder colocar os dados epidemiológicos (Amarelo).

E essa é uma outra potencialidade, que eu acho que foi quando a gente passou a se utilizar mais desse espaço virtual, utilizar o Youtube como ferramenta de transmissão de plenárias, a gente conseguiu tanto na preservação da memória, facilitar o acesso a essas informações e alcançar mais municípios, trazer capilaridade maior para todas as deliberações ou ações do Conselho (Laranja).

Nesse sentido, pode-se inferir como destaques positivos para o CES-MG, o uso da tecnologia para alcance de ambientes que não dispunha de acesso e o estreitamento das relações com os municípios, fazendo uma atuação do controle social mais condizente com as realidades locais.

Ao perceber os impactos do isolamento social para a participação nas plenárias, os conselheiros trataram de viabilizar outras formas reuniões (plenárias regionais, plenárias virtuais, transmissão via YouTube, grupos de WhatsApp etc.), a fim de contemplar o maior número de participantes. Ação que estreitou os laços entre as diferentes instâncias governamentais e possibilitou o alinhamento na tomada de decisão.

Ainda conforme registrado nas atas, outro ponto abordado foi a presença constante do MP nas reuniões, o que pode ser inferido como uma parceria para benefício do controle social. Em algumas atas observou-se a manifestação do MP esclarecendo sua forma de atuação no desvio de recursos públicos (jul./20) e na prestação de contas (jul./20), além, de menções sobre sua disponibilidade para analisar contratos, como no caso específico do Hospital de Campanha (Resolução nº 68/2020).

De acordo com Carvalho (2013), a atuação do MP junto aos Conselhos de Saúde gera tanto um enriquecimento de recursos do ponto de vista da consistência e eficiência na atuação dos conselhos, quanto dá legitimidade ao MP na defesa dos direitos coletivos. A aproximação e interlocução representariam um aprimoramento do Estado democrático, e conformariam o MP como um espaço de construção de novos arranjos institucionais, democráticos e de cidadania.

De forma similar, para Machado (2016), o espaço de diálogo entre MP e Conselhos de Saúde funda um novo campo de práticas de aprimoramento do Estado democrático, instituindo novas formas e mecanismos de pactuação entre as diferentes esferas do poder público e sua relação com a sociedade.

O CNS desenvolveu o Participa+, um Programa de Formação para o Controle Social no SUS, que está na sua terceira edição,¹⁶ que tem por objetivo qualificar a atuação de conselheiros (as) de saúde e lideranças dos movimentos sociais através da educação permanente, do fortalecimento institucional e da produção de conhecimento.

¹⁶ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3025-participa-programa-de-formacao-para-o-controle-social-no-sus-esta-com-inscricoes-abertas>.

A necessidade da educação permanente de gestores e técnicos do SUS, que compõem o CES-MG, indicada na fala dos participantes da pesquisa, contribui para a disseminação de informações cruciais acerca do funcionamento do controle social, a compreensão de temas relacionados ao planejamento, gestão e monitoramento em saúde, os mecanismos legais para se valer as deliberações do conselho e o aprimoramento dos instrumentos de gestão e controle social. Por meio dos questionamentos levantados na intervenção junto ao grupo focal emergiram reflexões sobre o real caráter deliberativo do conselho estadual, que teve suas proposições negligenciadas de forma deliberada e hierarquizada.

Neste contexto, a aproximação do CES-MG do MP, em um momento pandêmico, que exigiu tomadas de decisões emergenciais para o país e que afetou significativamente a população, sobretudo aquelas que dependem exclusivamente do SUS, evidenciou uma atuação ativa dos conselheiros mineiros ao identificarem que não estavam permitindo valer seus direitos como representantes populares e fiscalizadores das ações propostas.

Admitindo que o Conselho de Saúde é o principal parceiro do MP, Pereira *et al.* (2019) observam que existem vantagens recíprocas na atuação cooperativa, uma vez que o MP enriquece a atuação do CS de recursos simbólicos e práticos, e este legitima a ação do MP na defesa do direito à saúde trazendo demandas que têm como conteúdo a realidade social.

A parceria entre o CES-MG e o MP foi ratificada pelos conselheiros, como evidencia o trecho destacado:

Reforçar, nesse momento, acho que foi muito positiva, foi nossa parceria com o Ministério Público, outras dificuldades junto à gestão, a gente ter essa possibilidade de ter um diálogo muito profícuo com o Ministério Público, conseguir barrar iniciativas que eram péssimas para a saúde, a gente tinha um governo em âmbito federal genocida, de extermínio, com uma intenção muito evidente de extermínio da população, e a gente tinha um governo estadual que simplesmente replicava o que o governo federal fazia (Laranja).

Como mencionado anteriormente, no escopo do presente estudo, foi relatado um outro ator importante, a ALMG, que, por meio de deputados individuais ou da Comissão de Saúde, participou regularmente das reuniões, destinando emendas parlamentares e auxiliando nas demandas em que foi convidada pelo CES-MG. Essa atuação conjunta foi destacada pelos conselheiros como ponto favorável no

fortalecimento do controle social:

Acho que se caso fosse para o controle social com essa atuação firme, eu acho que principalmente com a parceria com o Ministério Público. Acho que a gente tem que ressaltar a importância do Ministério Público e da Assembleia Legislativa. Inclusive, a Assembleia Legislativa participou também de várias reuniões no Conselho Estadual de Saúde (Violeta).

Nesse sentido, a aproximação com o MP e a Assembleia Legislativa foram abordados como resultados afirmativos para o alcance da eficiência do controle social, inferindo que possibilitou um diálogo entre os gestores e conselheiros, resultando na formalização de decisões que transmitiam a vontade da comunidade ali representada.

As “consequências do isolamento social” também foi uma temática de destaque nas atas do CES-MG. Nas falas dos conselheiros foram observados temas como, por exemplo, o tratamento que deve ser concedido a pessoas vítimas de abuso de violência sexual, casos que tiveram aumento significativo durante a pandemia (julho/21). E, ainda, os tratamentos para a saúde mental das pessoas que estão isoladas socialmente (março/21) e daquelas pessoas que perderam familiares vítimas da COVID-19 (outubro/21).

Nesta temática em especial, emergiram preocupações com os grupos minoritários durante a pandemia (moradores de comunidades e periferias, catadores de latinha, mulheres chefes de família, população LGBTQIAPN+, população carcerária e menores infratores, negros). A preocupação foi anunciada com a disseminação do vírus de forma mais contundente entre essas populações, e giraram em torno da proteção dos cidadãos, das famílias em situação de insegurança alimentar e das mulheres chefes de família.

A preocupação se confirmou nas falas dos conselheiros, como exemplificado a seguir:

A gente fez muita ação e pegamos muito assim, porque as pessoas moram em aglomerado, a comunidade é composta em sua maioria por mulheres, chefes de família, são 4.753 moradias no local, com mães e avós, e esse pessoal não tinha como separar, ficar gente num quarto para fugir da Covid, o tanto de gente que morreu, mais velho, por falta de opção naquele período (Vermelho).

Até pessoas que catavam latinha, por exemplo, o rapaz catava em média 7 sacos daqueles grandões, de 2 metros de altura, de latinha, por mês, ele demorou 9 meses para juntar um, porque os bares estavam fechados (Vermelho).

[...] traz o recorte das equidades, conseguimos também tentar incidir e observar essas dificuldades na forma como a pandemia vem incidindo nessas populações, lembro da gente brigando porque a gente não sabia quantas pessoas LGBT tiveram Covid, quantas pessoas LGBT morreram de Covid, porque esse dado, o ministério da saúde não tinha interesse em coletar esse dado, e o estado dizia que se o ministério da saúde não tinha interesse em coletar esse dado, e o estado dizia que se o ministério da Saúde não quisesse, ele também não tinha o que fazer, chegou a provocar o Ministério da Saúde, mas nada avançou em relação a isso (Laranja).

O fato de a composição da Mesa Diretora do CES-MG abarcar diferentes grupos, gestores(as) e prestadores(as) de serviços de Saúde no SUS-MG, entidades representativas de trabalhadores(as) da área de saúde e, ainda, movimentos representativos do segmento de usuárias e usuários, possibilita um olhar socialmente referenciado e mais diverso sobre as realidades de diferentes grupos populacionais. Assim, pode-se perceber a preocupação dos conselheiros do CES-MG com esses grupos, buscando, a partir da obtenção de dados fidedignos para proposição de alternativas de controle e combate à doença, não só a garantia de proteção e combate ao vírus, mas, ao mesmo tempo, a proteção da subsistência financeira.

Segundo Barros *et al.* (2021), as evidências sobre a pandemia da COVID-19 demonstraram que indivíduos que vivem em grandes adensamentos populacionais são mais suscetíveis ao contágio, em função da dificuldade da realização do isolamento social. Da mesma forma, a carência no acesso à água e ao saneamento também promove o maior risco de contágio devido à deficiência na correta higienização.

No Brasil, quando se considera apenas as populações de transgêneros, transexuais e travestis, por exemplo, a vulnerabilidade é ainda maior dadas as especificidades destes grupos. Um estudo realizado com 672 transexuais no estado de São Paulo revelou que, entre 2014 e 2015, apenas 16,7% estavam no mercado formal e, ainda, muitos trabalhavam como profissionais do sexo. Em relação à população homossexual e bissexual, uma revisão sistemática internacional apontou que homens gays e bissexuais recebem menos que seus colegas heterossexuais. Além disso, a taxa de desemprego nessa população é de 21,6% no Brasil e, durante a pandemia, 44,3% sofreram uma paralisação total de suas atividades (Bordiano *et*

al., 2021).

Com o passar do tempo, à medida que foram sendo verificados dados de melhorias do quadro geral da pandemia de COVID-19 pela SES/MG, através do boletim epidemiológico, as atas evidenciaram que os conselheiros foram sendo informados sobre a flexibilização do isolamento social (outubro/20) e sobre as medidas que seriam tomadas pelo estado de Minas Gerais a partir desse momento. Destaca-se, como exemplo, a retomada das aulas e das cirurgias eletivas e o plano de desmobilização de leitos (novembro/20), culminando com a desativação de leitos (dezembro/21). No Grupo Focal e na Entrevista essa temática não foi tratada.

Informou a necessidade da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais apresentar ao CES-MG o planejamento detalhado para a retomada das consultas eletivas. O Estado está começando a flexibilizar o isolamento social da COVID-19. As consultas eletivas estão paradas. As reclamações são muito grandes e os usuários precisam ter um retorno. Pede que o Estado faça um planejamento detalhado de retorno das aulas (Ata outubro, 2020).

A proposta de desmobilização dos leitos COVID-19 vai chegar ao máximo de quarenta por cento, ou seja, dos mil e setecentos leitos de terapia intensiva que foi aberto, não iremos desmobilizar em média oitocentos. Informa que o Ministério da Saúde não vem reabilitando os leitos e não iria manter as habilitações caso o Estado não apresentasse um Plano para desmobilizar. A desmobilização vai começar por Hospitais de campanha, leitos que estão em Hospitais que não tem condições adequadas de funcionamento (Ata novembro, 2020).

Acho importante que o CES-MG faça o debate em relação à educação. Por que tenho visto que os Gestores têm tomado decisões ideológicas, não estão baseado em ciência, em nenhum critério científico, impondo um retorno da comunidade Escolar, sem que o Estado ou país tenha plano de vacinação efetivo que chegue ao povo (Ata janeiro, 2021).

[Atualização do] cenário da COVID-19, baseado nas informações que são atualizadas diariamente e no Plano Minas Consciente, diminuiu o número de notificações de COVID-19 devido à vacinação (Ata agosto, 2021).

O Coordenador da sala de situação apresenta o cenário epidemiológico da COVID-19, traz informações que a média móvel de casos e óbitos têm reduzido em função da vacinação (Ata dezembro, 2021).

Depreende-se que à medida que as informações do cenário epidemiológico e assistencial foram sendo repassadas aos conselheiros, estes foram “tomando conhecimento” das medidas adotadas pelos governos federal, estadual e municipal, para enfrentamento da pandemia. Destaca-se, como exemplo, o Auxílio

Emergencial¹⁷ (que trouxe remuneração temporária às famílias de baixa renda e desempregados, durante a pandemia) ou o Auxílio Emergencial Mineiro,¹⁸ ou ainda o Auxílio Belo Horizonte,¹⁹ além das retomadas das atividades. Assim, presume-se que o CES-MG passou a acompanhar a evolução do cenário, e esta foi compreendida como uma estabilização da situação pandêmica.

4.4 Atuação do Conselho em ações pontuais no estado

O presente tópico versa especificamente a respeito do controle social e a atuação do CES-MG durante a pandemia da COVID-19. Na análise das atas pode ser observado que foram tomadas algumas decisões relevantes no período pandêmico, mas que estas não estavam, necessariamente ou diretamente, ligadas ao enfrentamento da pandemia. No entanto, ensejaram discussões com a interveniência do MP e, assim, foram publicadas em forma de Resolução, por parte do Conselho.

Esta discussão registrada nas atas, foi corroborada pelas falas no grupo focal e na entrevista com o vice-presidente do CES, como matéria de grande relevância de atuação do Conselho estadual no período estudado.

Os dados evidenciaram que a SES-MG não se voltou apenas para atuar na pandemia, apresentando nas reuniões outras pautas que eram suscitadas pelo controle social do estado, para serem apreciadas pelo CES.

Como falado anteriormente, destaca-se a Resolução nº 75/2021 (criação do Centro Mineiro de Controle de Doenças, Ensino, Pesquisa e Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais - CMC) e a Resolução nº 68/2020 (aprovação, em caráter excepcional, da implantação do Hospital de Campanha destinado à ampliação de leitos para enfrentamento da pandemia de COVID-19).

Por meio da Resolução nº 75/2021, o CES-MG deliberou contrário à proposta de criação do CMC, e solicitou a suspensão imediata do Projeto de Lei nº 2.509/2021 do CMC, na ALMG.

A implantação do CMC, em linhas gerais, levaria à extinção do que é hoje a

¹⁷ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/12/30/aprovado-pelo-congresso-auxilio-emergencial-deu-dignidade-a-cidadaos-durante-a-pandemia>.

¹⁸ Disponível em: <https://social.mg.gov.br/noticias-artigos/1566-mais-de-1-milhao-de-familias-ja-receberam-o-auxilio-emergencial-mineiro>.

¹⁹ Lei nº 11.314, de 5 de outubro de 2021. Institui o Programa Auxílio Belo Horizonte, para o enfrentamento das consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19.

Fundação Ezequiel Dias (FUNED), a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP) e o Hospital Eduardo de Menezes, autarquias independentes, dotadas de autonomia, recursos humanos, sede própria, regulamentos e atos normativos próprios, que seriam aglutinados em um único órgão, o CMC. Ademais, essa junção ocasionaria a extinção de vários cargos nas três instituições mencionadas, o remanejamento de ações, de planos de metas e de dotações orçamentárias.

Segundo a ata de outubro de 2020, o projeto de criação do CMC estava rodando na Funed desde 2019, mas sem um diálogo com os trabalhadores ou com o CES-MG, além do projeto ter saído, na época, sem uma autoria. Segundo consta na ata, o processo vinha sendo conduzido pela SES em desacordo com o que prevê a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS - Portaria GM/MS nº 3.027/2007) sem envolver os trabalhadores das entidades e o CES-MG.

Uma conselheira do CES-MG, componente da mesa diretora e representante do segmento das trabalhadoras e trabalhadores, registrou na ata que foram surpreendidos com as exonerações da ESP e da FUNED (que seriam pessoas que não concordavam com o projeto do CMC), ou seja, “as pessoas que não concordam são exoneradas e eu coloco pessoas que concordam com o projeto”, reiterou ainda que o SUS não foi feito em gabinete, que ele foi gestado, construído, nas lutas populares e que assim não podiam deixar que o governo construa projetos de gabinete. Segundo a conselheira, apenas 25% do SUS é gestão, e que a proposta deve ser debatida também com os trabalhadores e usuários. “Parece que esse projeto vem sendo apresentado apenas para uma pequena parcela de gestores, a cúpula da SESMG [...] o projeto não apareceu na 9ª conferência e nem no Plano Estadual de Saúde, em qual instância isso está acontecendo, nas nossas instâncias de controle social e nem no PES isso apareceu”.

As falas e as informações da votação do Projeto de Lei nº 2.509/21,²⁰ coletadas no site da ALMG, evidenciam que não havia justificativa para a implantação do CMC e o Projeto de Lei não demonstrava impactos e resultados esperados com a alteração pretendida. Dessa maneira, o ato normativo proposto pelo poder executivo foi contrário ao cenário vivenciado no país, que deveria ser um ato de fortalecimento das instituições e de valorização dos profissionais de saúde, e não de extinção de órgãos e de cargos.

²⁰ Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2021/06/10_comissao.

Por sua vez, com a Resolução nº 68/2020, a SES-MG tentou aprovar, sem deliberação em plenária, a construção de um Hospital de Campanha no Expominas. Cabe salientar que a utilização de hospitais de campanha durante a pandemia se tornou comum, porém essa utilização deveria ser precedida de ritos sanitários específicos, como por exemplo, esgotamento da rede assistencial pública, utilização da rede privada possível e, após, a instalação de hospitais de campanha.

De acordo com Coelho (2021), no que tange à estratégia de utilização de hospitais de campanha, ela não se deu sem resistências ou críticas. Em geral, tornam-se unidades bastante precárias, com baixa capacidade de atender pacientes de maior gravidade, onerosas, com bastante dificuldade de incorporar tecnologia. Assim, muitos técnicos preferem ampliar leitos em hospitais já existentes que não utilizam todo o seu potencial. No entanto, em um grande conjunto de situações, esses hospitais são adotados em função de serem a única alternativa de expansão da capacidade ou da visibilidade que proporcionam aos atores que os implementam. Vários hospitais desta natureza foram construídos no país.

No caso em particular de Minas Gerais, segundo relato do Violeta, o hospital de campanha foi instalado no Expominas, sob o gerenciamento da Polícia Militar. Somente após sua instalação, efetuou-se o contrato da Fundação Guimarães Rosa, que não teria ligação com a Secretaria de Saúde e, que foi submetido para apreciação *ad referendum* do CES.

Ademais, segundo relatos de participantes, além do problema de gerenciamento, ou seja, o hospital de campanha não estar a cargo de uma instituição de saúde e sim de segurança pública, outra questão nevrálgica evidenciada pelos conselheiros foi o encaminhamento da demanda para apreciação do CES-MG ter se dado apenas após a instalação já ter acontecido e a pretendida contratação se realizar com entidade, sem afeição com as finalidades precípua da saúde.

As motivações para o veto do conselho foram explicitadas em ata, e a Resolução nº 68 concedeu ressalvas para a possibilidade de aprovação da contratação de entidade para operacionalização do hospital de campanha, mediante chamada pública. Segundo relato dos conselheiros, após as inquietações, o contrato foi encaminhado para o MP, para avaliação, e essa ação do controle social ocasionou uma economia de 200 (duzentos) milhões de reais ao erário.

A ata do mês de junho de 2020, informou que o MP requereu o envio dos

recursos que seriam gastos com a formalização do contrato de gerenciamento do hospital de campanha ao fundo estadual de saúde, como revelam as falas a seguir:

Mas um dos grandes desafios foi o Hospital de Campanha do estado de Minas Gerais, no processo da Covid (Violeta).

Naquele momento eu vi que o controle social jogou um papel, porque tentaram aprovar a criação de um hospital, colocaram para criar um hospital de campanha ali na Expominas, sem nenhum critério, sem nenhum controle, queria fazer de qualquer jeito, e na verdade até iniciou, mas não teve ação prática nenhuma, e a coisa só não degradingolou mesmo, só não ficou pior do ponto de vista de atendimento por conta da ação do Conselho, que pautou na mesa diretora, convocou o secretário, fez a plenária do conselho, e não aceitou de qualquer jeito (Vermelho).

Denunciamos esse contrato ao Ministério Público do estado, inclusive pediu a suspensão do convênio. Hoje o estado teria um prejuízo de mais de 200 milhões de reais, caso não tivesse uma atuação firme do controle social. Acho que isso foi fundamental para o estado, a atuação do controle social que garantiu uma atuação eficiente de controle social (Violeta).

Conforme relato dos entrevistados, no caso do Hospital de Campanha, a SES-MG solicitou uma aprovação *ad referendum* ao vice-presidente do Conselho e esse, por sua vez, optou por levar o tema à plenária, que discordou da forma proposta e manifestou pela denúncia ao MP. No caso da criação do CMS, a informação chegou ao conhecimento do CES-MG, conforme relato dos conselheiros, por meio de denúncia dos trabalhadores da saúde, e que, por tal motivo, solicitaram à SES-MG que procedesse com a apresentação da proposta, em reunião do conselho.

Ramos *et al.* (2012), ao investigar o perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão, indagam sobre até que ponto as decisões tomadas não são induzidas ilegitimamente por aqueles que detêm maior nível de esclarecimento que, neste caso, são os representantes do poder público, em detrimento da participação legítima da comunidade que, no caso deste estudo, possui nível de escolaridade entre médio e baixo.

Importante destacar que na ata de agosto de 2020, foi mencionado que o hospital de campanha já estava em funcionamento, e merece destaque à fala de um conselheiro com relação ao pedido acerca da discussão da necessidade do hospital de campanha. Ademais, houve a publicação da Resolução nº 068, sem a informação se o secretário de estado homologou, e não foi possível identificar em atas posteriores, se a solicitação do conselheiro foi atendida. Também não foi possível

identificar o prejuízo financeiro ao erário mencionado pelos conselheiros, com o hospital de campanha.

O projeto do CMC foi apresentado na reunião de 19 de outubro de 2020, e não aprovado, com a publicação da Resolução nº 75/21, também publicada sem a informação se o secretário de estado homologou.

Inclusive a questão da junção, nós ficamos sabendo por trabalhadores da rede que nos procuraram e falaram que a secretaria estava formulando uma política de junção da FUNED, CMC, na qual nós pedimos à Secretaria para apresentar ao Conselho Estadual de Saúde (Violeta).

A questão do hospital de campanha e a questão das OS [CMC] que, nesses 2 casos, também são experiências positivas, o conselho se posicionou contrariamente, o conselho fez uma resolução na questão das OS na rede FHEMIG, teve resolução sobre isso, e exigiu cumprimento dessa resolução, que já existia. E a questão do hospital de campanha, que diante do grave risco que representava aquela situação, acionou o Ministério Público e a partir desses acionamentos do MP, conseguimos barrar essas situações nesses momentos difíceis (Laranja).

Para Scorel (2008), os Conselhos de Saúde, como espaço de poder, de conflito e de negociação, apresentam avanços importantes no que se refere à possibilidade de os cidadãos controlarem as ações governamentais, à mudança na forma de interferir, deslocando o clientelismo e fisiologismos tradicionais. Podem representar também um espaço de aprendizado no exercício do poder político.

Tanto na proposta de criação do CMC, quanto no caso do Hospital de Campanha, observa-se, nas falas dos conselheiros do CES-MG, um descontentamento com a forma de condução das proposições por parte da SES-MG. Em ambos os casos, as propostas pareceram refletir apenas os interesses do gabinete (e da indústria privada), evidenciando uma postura de hierarquização dos poderes, um afastamento das instâncias de participação popular e uma negligência às demandas dos trabalhadores da saúde.

Como ponto relevante da atuação do CES-MG durante a pandemia, os conselheiros destacam a menção da premiação²¹ do CES-MG, por estar garantindo a realização de reuniões virtuais no período da pandemia:

²¹ Prêmio Organização Pan-americana de Saúde à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde 2023. Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br/?p=9358>.

Nós fomos um dos Conselhos que foi reconhecido pela Organização Panamericana pela atuação no período da Covid. Mesmo com as reuniões virtuais, estávamos deliberando, todos os processos sobre a Covid tinham que passar pelo Conselho Estadual de Saúde, inclusive o Hospital de Campanha do estado de Minas Gerais não funcionou plenamente (Violeta).

Ao mesmo tempo, isso possibilitou que a gente publicizasse nossas reuniões para além de Belo Horizonte, porque as reuniões são públicas, mas se são presenciais, quem pode participar é Belo Horizonte e quem está em Belo Horizonte [...] estamos em um estado gigante, continental, Minas Gerais é muito grande, então quando podemos transmitir pelo Youtube nossas plenárias, por mais que existam limitações várias, conseguimos dialogar para muito além de Belo Horizonte, com outros municípios que não teriam a possibilidade de vir aqui. Nesse sentido, alguns projetos previstos nos orçamentos anteriores (com plenárias regionais), estava no orçamento mas não se conseguia implementar, e nesse processo de reunião à distância surgiu essa possibilidade, porque virtualmente é mais fácil reduzir distâncias, de dialogar com quem está longe, e isso que era um projeto que o conselho tinha desde meses anteriores, mas não conseguia executar nesse processo mais difícil, que era quando a gente mais precisava dialogar também com as regiões, a gente conseguiu implementar (Laranja).

Contudo, ainda que o CES-MG tenha sido premiado por ter realizado reuniões ordinárias e extraordinárias durante a pandemia e por ter buscado atuar de forma eficiente, pode-se entender, pelo conjunto de dados levantados, que as reuniões do Conselho eram, em sua maioria, cartoriais e informativas, além de os conselheiros não disporem de meios para, sozinhos, fazerem valer as premissas dispostas na Resolução nº 453 do CNS, precisando recorrer ao MP e, também, à Assembleia Legislativa. Conforme reiteram Landerdhal *et al.* (2010), o mero funcionamento regular do Conselho não garante que exista efetivo controle social.

Por fim, cabe destacar que, para a atuação no “Pós-Covid”, ficou evidenciado nas atas que, durante as reuniões foi solicitado pelo vice presidente do Conselho à SES/MG a elaboração de um Plano de ação abordando, por exemplo, as sequelas da COVID-19 atendidas pela Atenção Primária; a síndrome pós-covid, as sequelas e as reabilitações; o tratamento de sintomas e assintomáticos, mas não foi identificado o retorno da Secretaria de Saúde, quanto a elaboração e apresentação deste.

Landerdhal *et al.* (2010) destacam que, ao analisarem os discursos presentes em um conselho de saúde, Wendhausen e Caponi (2002) verificaram que existe a prática de técnicos falando para leigos, por meio de um espaço que legitima ações governamentais, em detrimento de ações de avaliação e controle. Da mesma forma, para Guizardi e Pinheiro (2006), a relação assimétrica de poder no conselho de saúde pode levar à burocratização dos mesmos, tornando-os meramente informativos e dificultando a elaboração comum de políticas públicas.

Por fim, para Vanderlei e Witt (2003), o que dificulta a avaliação das políticas públicas é a falta de preparação dos conselheiros. Para o autor, estes deveriam sair do âmbito interno da burocracia e instituir mecanismos mais eficientes de contato com as próprias entidades representadas nos Conselhos, a fim de que a população os conheça, de fato e de direito, como um dos mecanismos importantes do controle social.

Acerca da temática da atuação do conselho no pós-covid, na fala dos conselheiros destacou-se o fortalecimento das ações do controle social em âmbito local, alcançando os Conselhos municipais para que esses se organizem e sejam efetivamente paritários e atuantes. Além da necessidade de um maior número de capacitação dos profissionais, que atuam nos Conselhos, e a disponibilização de recursos financeiros para possibilitar o acesso de mais pessoas às reuniões presenciais, com a liberação dos profissionais.

Certo. O que eu peguei da pandemia que nós, enquanto conselho estadual, a gente se organizou, a gente não se furtou ao trabalho, mas que evidenciou, não sei se todo mundo concorda, evidenciou para mim a necessidade urgente de fazer reuniões locais, microrregionais, macrorregionais, para entendermos a fragilidade do conselho (Amarelo).

A gente precisa fazer com que o controle social se organize mais, e a gente tem que ter eixos, eixos para que a gente consiga fazer essa rede, isso faz falta (Amarelo).

Essa ação que a gente está pretendendo agora, que é a criação dos Fóruns Regionais, que pela primeira vez a gente conseguiu reunir mesmo que tenha sido com poucos, que mesmo que a gente tenha entendido que estava um pouco estruturado, abrimos um caminho mínimo para avançar nisso (Amarelo).

O problema da falta de capacitação atinge, de forma diferenciada, os distintos atores que participam dos Conselhos, uma vez que o acesso às informações e o próprio conhecimento quanto ao funcionamento da máquina administrativa, colocam os conselheiros governamentais em vantagem em relação aos representantes da sociedade civil (Tatagiba, 2002).

Nesse sentido, na visão dos conselheiros, entende-se pela manutenção do alcance do CES-MG em vários municípios, levando informação célere e conscientizando do papel do controle social. Na mesma direção, o CNS aprovou, em 2005, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPCSS), elaborada em conjunto com os Conselhos Municipais e Estaduais de

Saúde, com a 71 coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Esta política ampliou o conceito de capacitação de conselheiros e se propôs a oportunizar o acesso às informações e ao conhecimento acerca do SUS, para o exercício efetivo da cidadania (Brasil, 2006).

Os dados evidenciaram que a atuação do CES-MG se deu, sobremaneira, articulada ao MP, na função de impedir (ou buscar impedir) práticas que ferem os preceitos legais. Destaca-se o dispêndio financeiro com o hospital de campanha e a pretensão em extinguir órgãos de grande relevância para a saúde do estado de Minas Gerais, sobretudo em um período pandêmico, em que os esforços deveriam se voltar para o desenvolvimento e fortalecimento das instituições.

Entretanto, o que se presume, como ponto central nos achados da presente pesquisa, é a não observância do comando constitucional que preconiza a participação da comunidade nas decisões tomadas pelo poder público. Fatos identificados, nesse momento, com a não homologação das resoluções que versam sobre o CMC e sobre o Hospital de Campanha, e nem a identificação de relatos sobre justificativas aos órgãos de controle.

A dificuldade que as pessoas estão tendo de retornar ao presencial, parece que esses dois anos trabalhando de forma remota fez com que as pessoas refletissem muito acerca desse fazer, porque também tem a questão, principalmente com relação aos conselheiros, pois sair de casa para ir para uma reunião gera custo para eles, que não tem ajuda para esse custo, e convenhamos, nosso contexto hoje economicamente falando, é totalmente diferente de três anos atrás, antes do começo da pandemia (coordenadora do grupo focal).

Estamos tentando resolver isso aqui, com almoço e transporte (Amarelo)

Mas é um grande avanço essa conferência e é, compositivamente, um bom resultado pós-pandemia, da forma como se deu (Vermelho).

Penso assim, hoje a gente tem que despertar na comunidade, principalmente nos jovens, que eles precisam participar de alguma coisa, isso é importante. Essa falta de ideal leva a gente para um mundo sem perspectivas (Verde).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa identificou o trabalho ativo dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais durante a pandemia de COVID-19, que buscaram se reunir virtualmente, enfrentando obstáculos de plataformas tecnológicas desde o início da pandemia, quando a situação ainda era incerta, com a finalidade de levar informação aos conselheiros municipais.

Os dados evidenciaram que os conselheiros buscaram superar os problemas de financiamento quanto a equipamentos e ao custo de tecnologias, para que as reuniões pudessem acontecer, ainda que encontrassem revezes orçamentários por parte da secretaria estadual de saúde, e acabaram por ser premiados pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), pela iniciativa.

Destarte, verificou-se nos resultados dessa pesquisa, problemas de financiamento do CES, que impossibilitaram a melhor atuação do trabalho dos conselheiros, pela impossibilidade de utilização do orçamento financeiro que é garantido pela Lei Orçamentária Anual (LOA), os fazendo depender de concessões de emenda parlamentar e empréstimo de licenças de tecnologias para utilização de plataforma de videoconferência ou utilização de gratuitas, de menor alcance. Apesar disso, os conselheiros mantiveram as reuniões ordinárias mensais, e conseguiram maneiras de atingir o maior número de membros, com a transmissão via YouTube, garantindo frequência nas reuniões.

Com a análise das atas, foi possível inferir o caráter informativo da maioria das reuniões, em que representantes da SESs passavam dados de forma padronizada e respondiam questionamentos dos conselheiros, não havendo a constatação de deliberações, votações, aprovações ou tomada de decisões pelos conselheiros registradas nas atas analisadas, com o tema COVID-19, pandemia, coronavírus a não ser na ata excepcionada com o assunto: hospital de campanha.

Esse tema em especial, foi o que mais demonstrou a atuação do CES-MG durante a pandemia, pois, como relatos identificados na coleta de dados, o hospital já estava funcionando, gerido pela polícia militar, quando foi solicitada a aprovação, em caráter de urgência pelo vice presidente do conselho, e este deu uma resposta negativa, levando o tema à plenária, que também se manifestou negativamente, sugerindo o encaminhamento ao MP.

Após a análise do MP, foi publicada a resolução do conselho, que aprovou de

forma excepcional, trazendo no bojo da normativa várias ressalvas. Cabe ainda destacar, que no documento não consta a assinatura digital do Secretário de Estado de Saúde, presidente do conselho na época, no campo homologação.

Destaca-se que os conselheiros buscaram participar do Comitê Deliberativo do COVID-19, com a finalidade de participar das discussões das políticas de saúde que eram tratadas diariamente para o enfrentamento da pandemia e não encontraram sucesso. Tiveram que, novamente, acionar o MP e, ainda assim, não conseguiram participar do Comitê Deliberativo.

Por outro lado, como aspecto positivo, participaram de Comitês Macrorregionais que discutiam semanalmente os dados epidemiológicos das regiões, situação de leitos e medicamentos e, conseguiam assim, conforme seus próprios relatos, se aproximarem de onde “não chegavam”. Com isso, planejam agora um projeto para se aproximarem mais dos conselhos municipais de saúde, continuando com os grupos de que foram criados à época.

O CES-MG recebeu muitas denúncias e pediu muitos esclarecimentos durante a pandemia, relato obtido na entrevista e identificado nas atas analisadas, todavia, não foi possível identificar se as demandas foram atendidas e os chamados respondidos. Não há dados suficientes para essa explicação, assim sendo, sugere-se, para pesquisas futuras, que esse seja um ponto melhor debatido, para entender a atuação do conselho perante à sociedade que o demanda.

Pesquisas futuras poderiam verificar ainda, quais os meios podem ser adotados para que as resoluções do CNS tenham poder legal e para que a participação da comunidade seja, efetivamente, observada e não apenas colocada no papel; qual a finalidade de se manter um conselho deliberativo, se reunindo mensalmente, questionando, se fazendo presente, se este está ali apenas para ouvir e não para deliberar a respeito de decisões que se pretende tomar; ou ainda, acerca da eficácia das normas que regem o conselho e no que efetivamente se cumpre.

Como resultado da pesquisa, foi identificada ainda a necessidade de capacitação constante daqueles que fazem parte do CES, para entender a importância da participação social, a respeito de qual é o papel do Conselho e quais são as atribuições dos conselheiros, para além daquela capacitação de assuntos específicos que requerem atenção especial.

Em conformidade com o decreto de criação e o regimento interno do CES-MG, sua atribuição seria atuar na formulação da estratégia e no controle da

execução da política estadual de saúde, acompanhar e controlar a implantação e operacionalização do SUS, ter integral acesso, entre outras, a todas as informações de caráter técnico administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional.

Entretanto, durante a pandemia, os conselheiros foram receptores de informações, como toda a população de Minas Gerais, não tendo poder de modificar, sugerir ou transformar os atos que vinham ao conhecimento mensal daqueles membros. Em outras palavras, o papel do CES-MG na pandemia foi evidenciado como ouvinte, espectador de informações repassadas pelo estado, que dependia de atores externos, como o MP, para que sua deliberação tivesse “força”.

Ao contrário do que dispõe a terceira diretriz da Resolução nº 453 do CNS, que os conselhos de saúde são privilegiados na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, durante a pandemia, esse aspecto não foi observado e respeitado no estado de Minas.

Por fim, levando em consideração os registros nas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CES-MG, no período de março de 2020 a março de 2022, identificou-se que as tomadas de decisão dos conselheiros foram formalizadas por meio de apenas duas resoluções. Sendo que, somente uma delas, Resolução nº 68, expressou uma decisão específica a respeito da pandemia da COVID-19, que tratou da aprovação excepcional do hospital de campanha em MG.

Desta forma, para além da Resolução nº 68 (reafirma-se, não homologada, conforme documento do site do CES), não foram observadas tomadas de decisões formalizadas pelos membros do CES-MG acerca da COVID-19.

Pode-se observar, em tempo de pandemia, um pedido de elaboração de um plano sanitário específico, ou a criação de um dado em um aplicativo para registro de número de óbitos da população LGBTQIAPN+, ou ainda a inserção do conselho em um Comitê Deliberativo, entretanto, não houve nem nas falas dos sujeitos nem nas atas analisadas, registro de respostas às demandas. Assim, infere-se a desconsideração da participação da comunidade, premissa constitucional.

Nesse diapasão, conclui-se pela participação como espectador dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais, durante a pandemia da COVID-19, com exceção no tema do hospital de campanha que, registre-se, já estava em funcionamento quando a consulta aos mesmos foi realizada. Reitera-se a necessidade de uma maior valorização da instituição CES, resgatando as bases

principiológicas trazidas pela Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, com a finalidade de dar voz ao cidadão (não só voz, mas que essa voz se faça ouvida e registrada), e que esses registros sejam efetivamente analisados e apresentem devolutivas aos que os propuseram.

O produto técnico elaborado foi um instrutivo digital para aperfeiçoamento da elaboração das atas de reuniões do CES-MG, haja vista que as atas são os instrumentos que formalizam e trazem as deliberações dos conselheiros, transmitindo a vontade da comunidade ali representada. Dada a importância e peso legal destes documentos, torna-se primordial que essa melhoria exista para que sirva de dispositivo de cobrança das pactuações ali realizadas.

Essa proposta tem potencial para servir de referência para o CES-MG e para outras instituições do estado, pois pode-se aplicar aos conselhos municipais de saúde, e pode servir aos outros do país, para que seus registros sejam claros e passíveis de servir como documentos exigíveis de cumprimento aos entes federativos a que os conselhos estão ligados.

REFERÊNCIAS

- ACIPRESTE, M. T. L. **Atuação do conselho nacional de saúde frente à pandemia de COVID-19: uma análise documental**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.
- ALBUQUERQUE, A. C. *et al.* Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis regiões de saúde brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, p. 1-16, ago. 2019.
- AMARAL, M. T. M.; GOMES, C. L. **Metodologia da pesquisa aplicada ao lazer**. Brasília, DF: SESI, 2005.
- ARAÚJO JÚNIOR, D. G. *et al.* Controle social como estratégia de efetivação da boa administração pública frente à COVID-19. **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 20, supl. 1, p. 39-46, maio, 2021.
- ARNSTEIN, S. R. A ladder of citizen participation. **Journal of the American Institute of Planners**, Chicago, v. 35, n. 4, p. 216-224, jul. 1969.
- ASSIS, S. G. *et al.* (org.). **Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
- AVRITZER, L. Participatory institutions in democratic Brazil. **Canadian Journal of Political Science**, Baltimore, v. 43, n. 2, p. 490-492, fev. 2009.
- BARBOSA, A. P.; TARDIVO, C. R. F.; BARBOSA, E. C. Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 1, n. 1, p. 66-74, jan. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, E. C.; MELO, E. M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 337-347, jan. 2011.
- BISPO JUNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, jan. 2013.
- BODSTEIN, R. C. A. (org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- BORGES, F. A. *et al.* A entrada no campo e a fabricação de dispositivos em pesquisas socioclínicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 23, p. 1-15, ago. 2018.

BORJA, J. Gestão Democrática e descentralização do governo: a experiência de Barcelona. *In: SEMINÁRIO DA ÁREA TEMÁTICA GESTÃO PARTICIPAÇÃO E CIDADANIA*, 1., 2000, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Instituto Florestan Fernandes. 2000.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 645, de 30 de setembro de 2020. Converte a Instrução Normativa em Resolução e estabelece os procedimentos relativos ao funcionamento do CNS, através da realização remota de reuniões colegiadas, durante a pandemia provocada pelo COVID-19. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para conselheiros nacionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. ParticipaSUS. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mar. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mar. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, CNS. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mai. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Presidência da República. 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, DF, 29 dez. 1990.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Senado Federal. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mar. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Página 302, de 9 de setembro de 2020**. Brasília, DF: STF, 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/315861742/stf-09-09-2020-pg-302>. Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Tribunal de Contas da União, 2015.

CANABRAVA, C.M. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de COVID-19: ampliação, insuficiências e iniquidade. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Acesso e cuidados especializados**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 42-58.

CARNEIRO, J. C. A. **O controle social no Seridó Potiguar**: desafios na atuação dos Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2014.

CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia, Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 4, p. 1-13, ago. 2020.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G. S.; PIRES, R. R. C. Contribuições dos estudos sobre burocracia. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: IPEA, 2018. p. 227-246.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde (2019-2020)**. Passo Fundo: Saluz, 2022.

CHOGUILL, M. B. G. A ladder of Community participation for underdeveloped countries. **Habitat international**, Americus, v. 20, n. 3, p. 431-444, set. 1996.

COELHO, I. B. Atenção hospitalar à pandemia de COVID-19 no Brasil em 2020. *In*: **Acesso e Cuidados Especializados**. SANTOS, A. O; LOPES, L. T. (org). Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca da equidade e transformação. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 138-51, maio 2012.

COELHO, P. O Alquimista. Rio de Janeiro: Paralela, 1990.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, jan. 2003.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **O CES-MG**. Belo Horizonte: CESMG, 2023. Disponível em: http://ces.saude.mg.gov.br/?page_id=61. Acesso em: 10 ago 2023.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Resolução CESMG nº 5 de 9 de maio de 2016**. Dispõe sobre a nomeação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais, conforme homologação dos nomes das entidades e movimentos sociais e populares representativos dos usuários do Sistema Único de Saúde, de âmbito estadual, conforme processo Eleitoral CESMG 2016. Belo Horizonte: CESMG, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: quando o SUS ganhou forma. Brasília, DF: CNS, 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 1 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **COVID-19**: CNS encaminha documento para orientar conselhos estaduais e municipais no combate à pandemia. Brasília, DF: CNS, 2022. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1089-COVID-19-cns-encaminha-documento-para-orientar-conselhos-estaduais-e-municipais-no-combate-a-pandemia>. Acesso em: 1 jul. 2022.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CURATO, N. *et al.* Deliberative democracy in the age of serial crisis. **International Political Science Review**, Thousand Oaks, v. 43, n. 1, p. 55-50, jan. 2020.

DALLARI, P. B. de A. Institucionalização da participação popular nos municípios brasileiros. **Instituto Brasileiro de Administração Pública**, Brasília, DF, v. 1, p. 13-51, 1996.

DINIZ, B. F. **Curso de qualificação para conselheiras e conselheiros municipais de saúde do Estado de Minas Gerais**: unidades 1, 2, 3 e 4: guia do aluno/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG/CES-MG, 2017.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan. 2004.

FONSECA, H. L. P. **Gestão e controle da saúde pública em tempo de pandemia**. Brasília, DF: CONASS, 2021.

FONSECA, H. L. P. Gestão e controle da saúde pública em tempo de pandemia. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Planejamento e gestão**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

GOHN, M. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

GOHN, M. **Movimentos e lutas sociais na História do Brasil**. São Paulo: Loyola, 1996.

GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N.H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, out./dez. 2021.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência na visão de seus conselheiros**. Brasília, DF: IPEA, 2013.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-18, jan./mar. 2010.

JUNGLOS, C. *et al.* Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, e66874, fev. 2019.

KANUFRE, R. A. M. **Plano diretor: atenção e responsabilização**. Curitiba: Centro Universitário FAE, 2008.

KOCIAN, R. C. **A importância do conselho municipal de esporte e lazer: uma proposta para São José do Rio Pardo/SP.** 2014. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas) – Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, Fundação Perseu Abramo, São Paulo, 2014.

LABRA, M.; FIGUEIREDO, I. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, mar. 2002.

LAMBERTUCI, A. R. A participação social no governo Lula. *In*: AVRITZER, L. (org.). **Experiências nacionais de participação social.** Belo Horizonte/São Paulo: UFMG/Cortez, 2010. p. 70-89.

LEGIDO-QUIGLEY, H. et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? **Lancet**, Londres, v. 395, n. 10227, p. 848-850, mar. 2020.

LIMA, M. L. O direito à saúde revisitado. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, DF, v. 51, n. 202, p. 181-201, abr./jun. 2014.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa Elsi-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 3, p. 1-13, jul. 2020.

LOBATO, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, jun. 2009.

LOPES, B. J.; SILVA, E. A.; MARTINS, S. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações**, Campo Grande, v. 17, n. 2, p. 163-172, abr./jun. 2016.

LÜCHMANN, L. H. H.; ALMEIDA, C. C. R. A representação política das mulheres nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, jun. 2010.

LYRA, R. P. (org.). **A ouvidoria na esfera pública brasileira.** João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2000.

MARTINS, A. L. X.; CRISOSTOMO JÚNIOR, V. J. L.; DAVID, H. M. S. L. Controle social e atuação da enfermagem em defesa da vida na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 1, p. 1-6, abr. 2021.

MASSUDA, A. *et al.* A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 19, n. esp., p. 735-744, nov. 2021.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, Londres, v. 3, n. 4, e000829, jul. 2018.

MASSUDA, A.; TASCA, R. A resposta dos sistemas de saúde à COVID-19: breve análise sobre o SUS. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. P (org.). **Principais Elementos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 78-95.

MATOS, F. S. *et al.* Perfil dos conselheiros e seu conhecimento em relação ao conselho municipal de saúde: revisão integrativa. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 14, n. 4, p.1298-1302, out./dez. 2018.

MELO, J. V. Homologação das decisões do Conselho de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 107-122, jul. 2003.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, E. V. (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 3. ed. São Paulo: ABRASCO, 1995.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível**. Brasília, DF: CONASS, 2020.

MENICUCCI, T. Políticas de esporte e lazer: O estado da arte e um objeto em construção. *In*: ISAYAMA, H. F.; LINHALES, M. A. (org.). **Avaliação de políticas e políticas de avaliação: questões para o esporte e o lazer**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. p. 179-202.

MINAS GERAIS. Decreto Estadual nº 45.559, de 03 de março de 2011. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual De Saúde – CES e dá outras providências. **Jornal Minas Gerais**, Belo Horizonte, 04 mar. 2011.

MINAS GERAIS. Decreto nº 47.891, de 20 de março de 2020. Reconhece o estado de calamidade pública decorrente da pandemia causada pelo agente Coronavírus (COVID-19). 2020. **Jornal Minas Gerais**, Belo Horizonte, 21 mar. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Cenário em Minas Gerais - COVID-19**. Belo Horizonte: COES, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/Boletins_Corona/boletim_epidemiol%C3%B3gico_26.03.2020.pdf. Acesso em: 6 jul. 2022.

MONTEIRO, N. O Estado em desmonte frente à epidemia da COVID-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-9, nov. 2020.

NAHRA, C. M. L. **A representação do executivo municipal nos Conselhos gestores de políticas públicas**. Porto Alegre: Ministério Público do Paraná, 2007.

NOGUEIRA, F. C. P. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p.104-110 jan./abr. 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, DIAS, L.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, L. et al (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OLIVAL, A. A. *et al.* Participação e cultura política: os conselhos municipais de desenvolvimento rural sustentável no território Portal da Amazônia. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, DF, v. 45, n. 4, p. 1013-1035, dez. 2007.

OLIVEIRA L. C.; PINHEIRO R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, ago. 2010.

OLIVEIRA, A. L. M. **A pandemia não é democrática.** São Paulo: Brasil Debate, 2020. Disponível em: <https://brasildebate.com.br/a-pandemia-nao-e-democratica/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. M. C; DALLARI, S. G. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 617-24, set. 2011.

OLIVEIRA, F. A. **Teorias da federação e do federalismo fiscal:** o caso do Brasil. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2007.

OLIVEIRA, L. S. V. *et al.* Conselhos em “quarentena”? Participação e controle social na política urbana na pandemia da COVID-19. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís do Maranhão, v. 25, n. 1, p. 83, jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Nova York: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO).** Nova York: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** Washington: PAHO, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 9 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19).** Washington: PAHO, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-COVID-19>>. Acesso em: 9 jun. 2022.

PARMIGIANI, J.B. Participação social e formação política de crianças e jovens. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL*, 1., 2006, São Paulo. **Anais [...].** São Paulo: USP, 2006.

PAUL, S. **Community participation in development projects.** Washington: World Bank, 1987.

PEREIRA NETO, A. F. A representação dos usuários nos Conselhos de saúde: uma contribuição para o debate. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [2]: 441-462, 2012.

PEREIRA, I.P. *et al.* O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1767-1776, maio 2019.

PEREIRA, M.F.; CONNY, J.; COSTA, L.A. A crise democrática e os desafios para a participação e o controle social na saúde. *In*: KUJAWA, H. A. (org). **Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, jan./fev. 2001.

PIGATTO, F. Z. COVID-19: porque a participação social é vital para as decisões na esfera pública. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 16., 2020, Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: CNS, 2020.

PIGATTO, F. Z. Qual o valor da participação social para a tomada de decisões na esfera pública em tempos de pandemia? *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Coleção COVID-19**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S. D.; FIGUEIREDO, A. W. S. A. D. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1859-1870, jun. 2018.

PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília, DF: IPEA, 2018.

RAMOS, M. F. *et al.* Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 3, p. 61-70, dez. 2012.

RESSINGER, S. **Aspectos controvertidos do direito à saúde na Constituição brasileira de 1988**. 2008. 120 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RIBEIRO, C.F.B. **O Ministério Público e o controle social**: possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde. Londrina: Almedina, 2008.

ROCHA, J. C. **A participação popular na gestão pública no Brasil**. A democracia participativa. *In*: CONFERÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR, 2020. **Anais [...]**. Belo Horizonte: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2020.

SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. *In*: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. (org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, S. F. *et al.* Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, jun. 2011.

SCHULZE, C.J. Diálogos institucionais e a COVID-19: o legado da tragédia. *In*: **Principais Elementos**. Volume 1. Coleção COVID-19. SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **O novo coronavírus e seus desafios para o Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

SILVA, E. A. **Organização, estrutura e funcionamento dos conselhos municipais de saúde de Minas Gerais**. 2021. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

SILVA, E.M. O desenho institucional dos conselhos nas cidades brasileiras de pequeno e médio porte: gestão de políticas públicas no poder local. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 179-208, jan./mar. 2018.

SILVA, G. P.A. **(In)ação do conselho municipal da pessoa com deficiência nas políticas públicas de esporte e lazer do município de Contagem/MG**. 2022. 105 f. Dissertação (Mestrado em Estudos do Lazer) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

SILVA, L. L. S. D. *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-15, jul. 2020.

SILVA, L. M. S. *et al.* Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza-CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 117-125, maio 2012.

SILVA, L. R. C. *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 9., 2009, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: PUC-PR, 2009.

SILVA, R. C. C.; NOVAIS, N. A. P.; ZUCCHI, P. Participação social: um olhar sobre a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, a partir da Resolução 453/2012. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 1-21, fev. 2021.

SODRÉ, F. Epidemia de COVID-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v 18, n. 3, p. 1-12, jul. 2020.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2016.

STAREPRAVO, F. A.; SOUZA, J. de; MARCHI JUNIOR, W. Políticas Públicas de Esporte e Lazer no Brasil: uma proposta teórico-metodológica de análise. **Movimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 233-251, jul./set. 2011.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73, p. 149-160, maio/dez. 2006.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, v. 25, p. 209-213, nov. 2005.

TEODORO, I. P. P. *et al.* Descrição interpretativa: uma abordagem metodológica viável para a pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1-8, jan. 2018.

TONELLA, Celene. Conselhos municipais de políticas públicas: participação e governança local. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 11., 2003. **Anais [...]**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2003.

TÓTORA, S.; CHAIA, V. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. *In*: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. (org.). **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UGARTE, P. S. Que participação para qual democracia. *In*: COELHO, V. S. P. (org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, ago. 1998.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

WAMPLER, B. **Activating democracy in Brazil**: popular participation, social justice, and interlocking institutions. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2015.

WERNECK, G. L. *et al.* The COVID-19 pandemic in Brazil: chronicle of a health crisis foretold. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-4, maio 2020.

WOLLSTONECRAFT, M. **Reivindicação dos direitos da mulher**. São Paulo: Boitempo, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). Acesso em: 7 jul. 2022.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL

1. Como foi a atuação do conselho no enfrentamento da pandemia Covid 19?
2. Qual a opinião de vocês sobre as tomadas de decisões do Conselho Estadual de Saúde durante a pandemia? Citem algumas.
3. Como vocês percebem a atuação do Conselho Estadual no desempenho de seu papel de fiscalização das políticas públicas no enfrentamento da pandemia do COVID-19?
4. Quais foram as fragilidades da participação de vocês neste processo de enfrentamento a pandemia?
5. Quais foram as potencialidades da participação de vocês neste processo de enfrentamento a pandemia?
6. Gostariam de acrescentar algo?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados de identificação Nome:

II – Dados sobre a pesquisa Título da Pesquisa: A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19.

Pesquisadora: Cristiane Aparecida Costa Tavares Mestranda em Gestão e Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. cristianeactavares@gmail.com

Coordenadora do Projeto: Prof^a. Dr.^a Maria Odete Pereira – Professora Associada do Departamento de Enfermagem Prática da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. m.odetepereira@gmail.com

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre **A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este estudo será realizado pela Pesquisadora Cristiane Aparecida Costa Tavares orientada pela Prof^a. Dr.^a Maria Odete Pereira (responsável pela pesquisa). Os objetivos gerais da pesquisa serão a análise da participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais nas decisões para o enfrentamento à pandemia de COVID-19. Para tanto, será realizado um grupo focal, com perguntas semiestruturadas para proporcionar a análise da participação dos conselheiros estaduais de saúde de Minas Gerais nas decisões. Será aplicado um questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes da pesquisa. Sua participação é voluntária, com garantia de confidencialidade. Se o(a) senhor(a) concordar em participar da pesquisa será convidado para participar do grupo focal de acordo com a sua disponibilidade e agendamento prévio. O(a) senhor(a) gastará em média 1 hora para responder as perguntas.

(rubrica)

As informações fornecidas na gravação serão identificadas pelo número da entrevista, em nenhum momento o(a) senhor(a) será identificado, garantindo o anonimato. As informações e resultados da pesquisa serão tratados com sigilo, sendo utilizados somente para fins científicos e acadêmicos. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 05 (cinco) anos na Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

A participação será voluntária e, mesmo depois do consentimento, o(a) senhor(a) terá o direito e a liberdade de interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Para participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira e receberá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, estando livre para participar ou recusar-se a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos para o(a) senhor(a) ou para a instituição. Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos e prejuízos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa assim como o reembolso no caso de gastos decorrentes da participação na mesma. Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos relacionados com receio e constrangimento pelas informações compartilhadas e pelo tempo dispensado. Informo que diante do objetivo desta pesquisa e a garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato das informações coletadas, esses riscos serão minimizados no estudo.

Serão observados todos os procedimentos vigentes para prevenir disseminação da COVID-19.

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

(rubrica)

Consentimento:

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado(a) do objetivo do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ de ____ de 202__.

Nome: _____

Assinatura do participante

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Assinatura da pesquisadora (mestranda)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá consultar:

Nome completo do pesquisador responsável: Prof. Dra. Maria Odete Pereira
Endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, sala 513, Santa Efigênia CEP: 30130-100, Belo Horizonte – MG Tel.: (31) 3409-3940 – 31. 99808-0474

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

Nome completo da Mestranda: Cristiane Aparecida Costa Tavares

Endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, sala 513, Santa Efigênia CEP: 30130-100, Belo Horizonte – MG Tel.: Mestrado em Gestão e Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: cristianeactavares@gmail.com Tel. (31) 99842-4679

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Universidade Federal de Minas Gerais Telefone: 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

(rubrica)

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PARA CONSELHEIROS

Obrigado por aceitar a responder esse questionário.

Este é um estudo coordenado pela Prof. Dra. Maria Odete Pereira. O objetivo principal deste questionário é conhecer as condições sociodemográficas dos participantes desta pesquisa. Todas as informações fornecidas por você serão estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido.

Data:

Nome:

1. Identificação (Iniciais):
2. Qual a sua data de nascimento?
3. Naturalidade (cidade onde nasceu):
4. Cidade onde reside:
5. Sexo () Feminino () Masculino
6. Etnia () Branca () Amarelo () Negra () Pardo
7. Qual seu atual estado civil?
() solteiro () casado ou vive com companheiro () separado () divorciado ()
viúvo
8. Qual a sua profissão?
9. Qual o seu grau de escolaridade?
() Sem escolaridade () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental
incompleto () Ensino médio completo () Ensino médio incompleto () Ensino
superior completo () Ensino superior incompleto () Pós- graduação completa
10. Qual foi o seu salário bruto no último mês?
() 1 a 3 salários mínimos () 4 a 7 salários mínimos () acima de 8 salários
mínimos
11. Qual seu local de trabalho:
12. Como você ingressou no Conselho Estadual de Saúde?
13. Há quanto tempo?
14. Qual seu segmento de representação?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Qual seu nome? Como gosta de ser chamado?
2. Qual seu segmento?
3. Me conte sobre sua atuação no Conselho Estadual de Saúde de quando chegou até o momento atual.
4. Na época, como vice-presidente do CES, como foi passar pela pandemia do COVID-19?
5. Qual foi sua maior facilidade?
6. Qual foi sua maior dificuldade?
7. Houve relatos, por parte dos conselheiros estaduais de dificuldade de acesso às reuniões virtuais?
8. Das decisões da SES/MG, você se lembra qual (quais) foram enviadas previamente para avaliação do Conselho Estadual de Saúde durante a pandemia do Covid 19?
9. O Conselho Estadual de Saúde avaliou alguma decisão sobre abertura de leitos ou compra de insumos durante a pandemia do Covid 19?
10. O Conselho Estadual de Saúde participou da decisão sobre fechamento de leitos durante a pandemia do Covid 19?
11. Você se lembra de alguma decisão importante que você como vice-presidente do CES tenha participado diretamente durante a pandemia do Covid 19?
12. Você acha que o Conselho Estadual de Saúde cumpriu seu papel legal na fiscalização das políticas públicas no enfrentamento da pandemia do Covid 19?
13. Gostaria de acrescentar algo que ache interessante?

APÊNDICE E – CARTA-CONVITE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O Sr.(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa “A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19.

Este estudo tem por objetivos analisar a participação dos conselheiros estaduais de saúde nas decisões tomadas para o enfrentamento à pandemia de COVID-19.

Para este estudo, será realizado um grupo focal com perguntas pré-definidas, com respostas abertas para compreender sobre a participação dos conselheiros estaduais de saúde nas decisões e, ao final, será aplicado um questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes da pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar.

Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer constrangimento, penalidade ou modificação na forma de como se dá a sua atuação como conselheiro. Sua identidade será mantida no mais absoluto sigilo.

A pesquisa apresentará um risco mínimo, pois, durante o questionário e o grupo focal, os participantes podem se emocionar ou se sentirem constrangidos. Nesse caso, a pesquisadora fará a escuta e o acolhimento de forma a ampará-los. Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados e, posteriormente, transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada, nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

Serão observados todos os procedimentos vigentes para prevenir disseminação da COVID-19.

Agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que lhe seja necessário.

Cristiane Aparecida Costa Tavares
Mestranda em Gestão e Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

APÊNDICE F – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES

Declaramos ter ciência e assumimos as responsabilidades envolvidas no uso de dados referentes ao projeto A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19.

A coleta de dados somente será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio da Plataforma Brasil. Comprometemo-nos a respeitar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes receberão todas as informações para compreensão do que se trata a pesquisa, e serão informados sobre a garantia da confidencialidade e privacidade e sobre o direito de manifestarem livremente o interesse em participar ou não em qualquer fase do processo, sem nenhum tipo de prejuízo caso haja interrupção.

Todos os dados coletados com os questionários e termos de consentimento, serão mantidos em arquivo confidencial sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisadora conta com computador de uso pessoal e restrito, mantido em segurança. Caso seja gerado algum documento impresso, também será realizado o arquivamento em armário localizado em sua sala, mantendo o sigilo e segurança das informações. O prazo de arquivamento (digital e/ou físico) será de cinco anos, sendo os materiais destruídos após esse período.

Assumimos o compromisso de que, em nenhum momento durante a escrita e divulgação dos resultados do trabalho, os nomes dos participantes serão identificados. A utilização de dados será exclusivamente para fins científicos, sem prejuízos de pessoas, grupos ou comunidades.

Cristiane Aparecida Costa Tavares

Pesquisador/mestrando

Prof^ª. Dr.^ª Maria Odete Pereira

Pesquisadora/orientadora

APÊNDICE G - PRODUTO TÉCNICO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Cristiane Aparecida Costa Tavares

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DA PESQUISA “A PARTICIPAÇÃO DOS
CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19”**

Belo Horizonte

2023

Cristiane Aparecida Costa Tavares

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DA PESQUISA “A PARTICIPAÇÃO DOS
CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19”**

Relatório Técnico-científico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Odete Pereira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Lívia Cozer Montenegro

Belo Horizonte

2023

1 INTRODUÇÃO

Como parte integrante do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, foi realizada uma proposta de aprimoramento das atas de reunião do Conselho Estadual de Saúde (CES) com o propósito de aperfeiçoamento das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias que registram a atuação dos conselheiros estaduais de saúde nos momentos de tomada de decisão em suas instâncias de deliberação.

Essa proposta tem potencial para servir de referência para o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) e para outras instituições do estado, pois pode também se aplicar aos conselhos municipais de saúde, e servir aos outros conselhos do país, para que seus registros sejam claros e passíveis de servirem como documentos exigíveis de cumprimento aos entes federativos a que os conselhos estão ligados.

Segundo Bortoli e Kovaleski (2019) o caráter deliberativo do conselho de saúde é uma característica específica que distingue o sistema de participação brasileiro da maioria das experiências internacionais. Os conselhos asseguram aos seus membros a participação de forma direta no processo de tomada de decisão, com capacidade de produzir decisões relacionadas a políticas públicas e programas, enquanto conselhos consultivos caracterizam-se apenas como espaços de discussão, sem o poder de constituir decisões finais sobre as temáticas no campo da saúde (Bortoli; Kovaleski, 2019).

Os principais resultados do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional mostraram que o CES-MG, durante a pandemia de COVID-19, foi espectador da apresentação de boletins epidemiológicos pela secretaria estadual de saúde, não tendo papel de discussão, deliberação ou homologação, como recomenda o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Aspectos relevantes de cada reunião, foram mencionados nas atas pesquisadas, porém sem relevantes feedbacks e retornos claros de encaminhamentos e informações sobre proposições atendidas ou não, o que gera a necessidade de aperfeiçoamento.

Assim, identificou-se que essa informação é relevante para o entendimento do contexto e da continuidade da próxima reunião.

As atas de reunião também não são sistematicamente identificadas, contendo

falhas quanto aos arquivos disponibilizados no site oficial, ausência de arquivos e de assinaturas em documentos.

É marcante, portanto, a necessidade de o Conselho Estadual de Saúde contar com recursos financeiros que lhe permitam a transcrição adequada das reuniões e um correto processo de documentação, organização, armazenagem e publicação. Afinal, esses documentos deveriam estar disponíveis em linguagem clara e inteligível para qualquer cidadão interessado nas reuniões (Carvalho, 2013)

Assim, o que se constatou são necessidades de aperfeiçoamentos pontuais diante de necessidades específicas, que fazem diferença na atuação do conselho.

2 OBJETIVO DA PROPOSTA

Aperfeiçoar as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias que registram a atuação dos conselheiros estaduais de saúde nos momentos de tomada de decisão em suas instâncias de deliberação.

3 ENVOLVIDOS

A proposta de aperfeiçoamento envolve a secretaria executiva e a mesa diretora do CES-MG, ou/e a pessoa/funcionário responsável pela elaboração da ata da respectiva reunião.

4 ETAPAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PROPOSTA

A proposta de aperfeiçoamento baseia-se em sete pilares, apresentados abaixo:

4.1 Ações primordiais

- 1) Pauta;
- 2) apresentação dos presentes;
- 3) retomada dos encaminhamentos da reunião anterior e respostas;
- 4) informação sobre resoluções publicadas/homologadas ou não/atos normativos;
- 5) apresentação da pauta da reunião atual;
- 6) encaminhamentos;
- 7) informes finais.

1 - Pauta do dia

A apresentação da pauta do dia é ação que serve como abertura da reunião e tem o condão de situar os membros de toda a programação do dia. Deve porém, ser breve, e é recomendável que seja disponibilizada aos membros para que estes se preparem para os assuntos que serão discutidos antecipadamente, e tenham argumentos e embasamento para tratar dos assuntos.

2 - Apresentação dos presentes

Nesse momento é importante identificar o quórum da reunião, como determina o regimento interno do conselho estadual de saúde, identificando os membros presentes aptos a prosseguir e ter fala na reunião que se inicia.

3 - Retomada dos encaminhamentos da reunião anterior e respostas

Este foi o ponto de aperfeiçoamento identificado na pesquisa. Nas atas do período de estudo, não havia com clareza a identificação de encaminhamentos e de

retorno dos encaminhamentos da reunião do mês anterior.

Nesse sentido, nessa proposta, propõe-se que o conselho estadual de saúde pautasse especificamente os pontos em que encaminhou à SES/MG ou outras instituições, esclarecimentos ou pedido de providências e qual retorno obteve e se esses retornos foram satisfatórios aos conselheiros, ou se carecem de mais providências.

Esse aspecto é primordial para a verificação da atuação do conselho no cumprimento de suas atribuições do controle social, pois com essa resposta à plenária, registrada em ata, é possível aferir o número de respostas concedidas aos questionamentos do conselho, ou subsidiar o pedido de providências em outras esferas de poder.

4 - Informação sobre resoluções publicadas/homologadas ou não/atos normativos

Propõe-se também que exista a informação aos membros do plenário das normativas publicadas pelo conselho, com sua respectiva data e numeração, alertando ainda a data de envio ao secretário de saúde e se esse homologou ou não.

É importante também destacar e registrar se o prazo de homologação foi cumprido e em caso negativo, registrar qual a ação será adotada pelo conselho e a concordância dos membros do plenário.

5 - Apresentação da pauta da reunião atual

Realizados estes informativos iniciais, que tem a premissa de situar os conselheiros membros dos andamentos das atividades durante uma reunião e outra, pois conforme o regimento interno do CES MG, as reuniões são mensais e organizar faticamente os assuntos, terá início a reunião, com a pauta atual.

6 - Encaminhamentos

Parte final da reunião, propõe-se que se indique com clareza quais são os

encaminhamentos, em parte destacada, de fácil identificação pelo leitor da ata, com detalhamento dos passos a serem seguidos pelo conselho, para alcance do que se pretende com a ação proposta, e se possível, indicando prazos para cumprimento, para dar eficácia a ação, atendendo aos princípios da administração pública.

7 - Informes finais

Nesse momento é encerrada a reunião, e feito algum informe que o Presidente entenda relevante, sendo também registrado fidedignamente na ata.

4.2 Ações complementares

- a) Existem programas gratuitos de inteligência artificial que podem auxiliar na transcrição da gravação das reuniões e podem dar maior fidedignidade aos dados das reuniões do conselho, sendo assim uma proposição, de gravação em áudio, que pode ser feita por celular ou gravador de áudio e posteriormente baixadas em aplicativos, para conferência do responsável;
- b) a organização do site oficial do conselho em relação às atas podem ser melhoradas, com a conferência de arquivos por ano e adequação de arquivos no seu local correto. Arquivos faltantes também devem ser inseridos, podendo ser adotada a assinatura eletrônica nas atas, minimamente do responsável pela elaboração e conferência.

5 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

As ações apresentadas nessa proposta de aperfeiçoamento tem a intenção de sugerir a melhoria dos registros da atuação dos conselheiros estaduais de saúde em suas reuniões, incluindo os pedidos de providências, questionamentos e pedidos de informações, a fim de tomar por base a discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde.

Além disso, o aperfeiçoamento proposto possibilitará agregar boas práticas e melhorias de produtividade, na medida em que poderão ser demonstrados resultados com os registros de encaminhamentos apontados.

Esta proposta pode servir de exemplo para outras instituições de saúde, que identifiquem oportunidades para melhorar a preparação de atas de reuniões.

REFERÊNCIAS

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

CARVALHO, C. C. **A atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro nas políticas públicas de saúde**. 2013. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

ANEXO A – MODELO DA ATA DE REUNIÃO**ATA DA REUNIÃO N° XXX**

Reunião _____ n° xxx de _/_/___ do Conselho Estadual de Saúde
de Minas Gerais

1 - PAUTA

--

2 - APRESENTAÇÃO DOS PRESENTES

--

**3 - RETOMADA DOS ENCAMINHAMENTOS DA REUNIÃO
ANTERIOR E RESPOSTAS**

--

**4 - INFORMAÇÃO SOBRE RESOLUÇÕES
PUBLICADAS/HOMOLOGADAS OU NÃO/ATOS
NORMATIVOS**

--

timbre - rodapé

5 - APRESENTAÇÃO DA PAUTA DA REUNIÃO ATUAL**6 - ENCAMINHAMENTOS****7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS****ASSINATURA**

Nome Legível:**CPF:**

timbre - rodapé

APÊNDICE H – ENVIO AO CES-MG

Produto Técnico - Mestrado UFMG



Cristiane Tavares <cristianeactavares@gmail.com>
para conselhoestadualdesaudemg

seg., 9 de out., 15:02 (há 1 dia) ☆ ↶ ⋮

Prezada Presidenta e representantes da mesa diretora,

Cumprimentando-os cordialmente, venho através deste email encaminhar produto técnico originário do trabalho de conclusão de mestrado para que V.sas. avaliem a melhor forma de utilizar nas atividades deste E.conselho, como proposta de aperfeiçoamento das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, objetivando subsidiar a tomada de decisão documentada e fundamentada do conselho estadual de saúde.

Agradeço a atenção.

Atenciosamente,

Cristiane Tavares
Mestranda - UFMG
Advogada - OAB/MG 106.161

Re: Produto Técnico - Mestrado UFMG

Caixa de entrada x



↶ **conselhoestadualdesaudemg**
para mim

qua., 11 de out., 11:08 ☆ ↶ ⋮

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais confirma o recebimento e informa que o material será apresentado a Mesa Diretora na próxima reunião.

Atenciosamente

Fabiana Coelho Sales de Alcântara
Secretária Executiva CESMG

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

OF. CESMG 241/2022.

Belo Horizonte, 21 de junho de 2022.

**Assunto: Autorização para realização de pesquisa.**

A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais autoriza a Senhora Cristiane Tavares a realizar pesquisa neste Conselho, com o tema: A Participação dos Conselheiros Estaduais de Saúde de Minas Gerais no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19, Objetivando subsidiar a elaboração do Trabalho de Conclusão de Mestrado do curso de Gestão e Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Atenciosamente,

Presidente do CES-MG

Vice- Presidenta do CES-MG

A Senhora,
Cristiane Tavares
Conselho de Secretarias de Minas Gerais
Av. Álvares Cabral, 344 - 18º Andar - Centro, Belo Horizonte - MG, 30120-904
E-mail : cristianeactavares@gmail.com

ANEXO B – PARECER COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 5.797.773

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2033614.pdf	20/10/2022 20:12:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉ.pdf	20/10/2022 20:11:43	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	documento_de_responsabilidade.pdf	18/10/2022 17:25:58	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito
Outros	Parecer20_2022.pdf	18/10/2022 17:11:11	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito
Declaração de concordância	consentimento_cesmg.pdf	18/10/2022 17:09:25	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/10/2022 17:09:04	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/10/2022 17:08:50	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	18/10/2022 17:08:37	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/10/2022 17:07:26	CRISTIANE APARECIDA COSTA TAVARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 06 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Crissia Carem Palva Fontainha
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 ç 2º Andar ç Sala 2005 ç Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 COL. DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
 Av. Prof. Alfredo Balena, 199, Sala 122 - B. Santa Efigênia
 CEP: 30130-103 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Telefone: 3409-9878 email: colposgss@enf.ufmg.br



**AVALIAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE TCM
 PELA BANCA EXAMINADORA**


Nome do aluno(a): Cristiane Tavares

TÍTULO DO TRABALHO: A participação dos conselheiros estaduais de saúde de minas gerais no enfrentamento à pandemia de covid-19.


Nome do orientador(a): Maria Odete Pereira

Nome do coorientador(a): Livia Cozer Montenegro

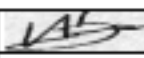
Avaliador 1:

Maria Odete Pereira		95,0
Nome	Assinatura	Nota

Avaliador 2:

Berenice de Freitas Diniz		95,0
Nome	Assinatura	Nota

Avaliador 3:

Adriane Vieira		95,0
Nome	Assinatura	Nota

Média Final: 95,0 (Noventa e cinco pontos)

Belo Horizonte, 21 de julho de 2022