



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

BRUNA SILVEIRA MONTEIRO

**PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS: A dinâmica de funcionamento dos
Conselhos Municipais de Saúde durante a pandemia**

Florianópolis

2022

BRUNA SILVEIRA MONTEIRO

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS: A dinâmica de funcionamento dos
Conselhos Municipais de Saúde durante a pandemia

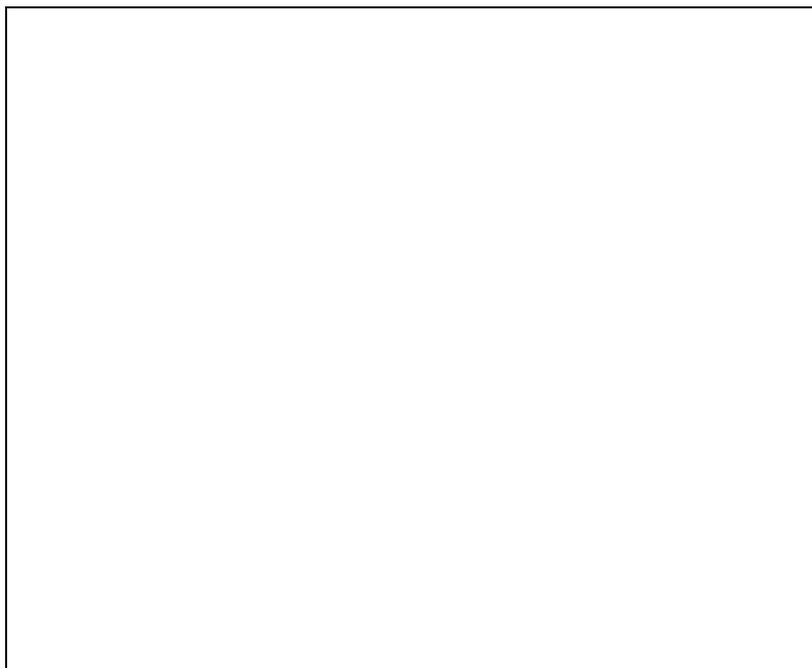
Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharelem Serviço Social.

Orientadora: Prof. Tânia Regina Krüger, Dra. em Serviço Social.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to enter the identification details of the work.

Bruna Silveira Monteiro

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS: A dinâmica de funcionamento dos
Conselhos Municipais de Saúde durante a pandemia

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel
e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 19 de dezembro de 2022.

Profa. Heloísa Teles, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Tânia Regina Krüger, Dra.
Orientadora
UFSC

Profa. Maria Teresa dos Santos, Dra.
Avaliadora
UFSC

Gerusa Machado
Assistente Social
Avaliadora

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que lutam por uma universidade pública, gratuita, de qualidade e popular. Sem vocês o meu sonho nunca seria possível.

AGRADECIMENTOS

A minha família, que, mesmo sem ter tido as melhores condições, sempre me incentivou a estudar e de ir atrás dos meus sonhos. Em específico minha mãe, Lucília, que acreditou e acredita no meu potencial, sempre me ouviu com carinho e me criou com todo o amor do mundo, apesar das dificuldades. Se não fosse por você eu talvez nem estivesse aonde estou (e eu não me refiro apenas à universidade) e, por isso, serei eternamente grato.

Ao meu pai, Odilon, que apesar de nossos embates e discordâncias, me ensinou muito com seu jeito brincalhão e sério quando deve ser.

À minha irmã, Beatriz, que, mesmo sendo mais nova sempre me acolheu na imensidão do que eu sou. Jamais vou esquecer o desenho que fez para mim quando ‘saí do armário’, mesmo tão jovem já demonstrava ser tão acolhedora e amiga, obrigada por todo o carinho e cumplicidade.

À minha antiga companheira amorosa, mas com certeza companheira de vida e amiga, Shirley, por ter me aturado durante todo o processo árduo que foi a escrita desse trabalho. Por me incentivar e não me deixar desistir, quando tudo ao meu redor me dizia o contrário. Sou eternamente grata pelos momentos de carinho e trocas, você me marcou de forma substancial.

Ao meu amigo e afeto, Ali, que me ajudou muito nas semanas finais de escrita desse trabalho, buscando me fazer relaxar, embora parecesse impossível. Que me mostrou que eu posso sim ser eu mesmo sem medo dos julgamentos. Eu amo nossas trocas e sou muito grato por cada momento.

À minha amiga e camarada, Giulia, que além de todas as trocas que tivemos no Movimento Estudantil, veio pra ficar, conquistando um lugar muito especial no meu coração. Sou muito grata por cada troca e principalmente pelas dicas e revisão que fizeste desse trabalho, com certeza contribuiu muito com meu processo de elaboração.

À minha querida amiga Eliza, da qual fico enormemente feliz em ver crescer no mundo da poesia, que é o que ama. Obrigada por cada troca, por ter me ouvido e acolhido nos momentos mais difíceis, minha vida é mais bonita contigo!

À minha amiga e camarada Tayná, a qual venho me aproximando nos últimos tempos. Amo os momentos contigo, todas as trocas e risadas e espero que possamos nos aproximar ainda mais.

Aos meus antigos colegas de classe, Otávio, Thamara, Amanda, Érica e Ecília, que me acompanharam por momentos importantes da graduação e me introduziram à diversos lugares da ilha.

À minha antiga colega de classe, mas com certeza amiga e confidente Bárbara. Sou eternamente grata por todas as trocas, todo o afeto e carinho que trouxesses pra mim, por cada momento de desabafo e conselhos que dividimos. Espero que possamos nos reaproximar.

À todas as pessoas com as quais militei no Centro Acadêmico Livre de Serviço Social (CALISS), algumas já foram citadas, mas em especial Martina, Mayara, Milene, Júlia I. e Brenda. Pude aprender muito com vocês nos momentos que dividimos e tenho certeza que ainda nos encontraremos em outros espaços de luta.

À minha amiga Larissa, que me auxiliou muito com as dúvidas durante a graduação, mas que também pude dividir diversos momentos calmos e divertidos. Obrigada por tudo!

A todos aqueles que conheci no Movimento Estudantil de Serviço Social (MESS) e na Executiva Nacional de Serviço Social (ENESSO), do qual dividi muitos momentos e pude compreender a importância do envolvimento político nas entidades representativas da categoria.

A meus camaradas do Coletivo LGBT Comunista que, no pouco tempo de meu recrutamento já me ensinaram tanto. Espero poder dividir ainda muitos momentos de luta e camaradagem ao lado de vocês!

A todos os envolvidos no Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular (NESSOP) no qual fui bolsista durante a graduação, em especial a professora Iliane, que com muito carinho e compreensão me ajudou a entender melhor a extensão na universidade. Pude aprender muito com vocês nessa experiência e por isso serei eternamente grato.

À professora Maria Teresa, que além de me acompanhar no NESSOP com muita calma e carinho, foi minha supervisora acadêmica durante o estágio. São incontáveis os conhecimentos que adquiri contigo, e serei eternamente grata por cada um deles.

À Gerusa Machado, que me supervisionou no estágio na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde. Apesar de nossas divergências pude aprender muito com você sobre o exercício profissional nos espaços de controle democrático, e por isso sou muito grata!

À minha orientadora, professora Tânia Kruger, que me acompanhou nesse processo turbulento que é o TCC. Sou muito grato por cada conversa, cada orientação e até os puxões de orelha. Apesar dos prazos e dificuldades encontradas buscou conduzir esse processo com muita calma e compreensão. Aprendi muito com você, muito obrigada.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar a dinâmica de funcionamento e as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis, Chapecó e Biguaçu no período da pandemia de Covid-19, a partir de pressupostos teóricos e dos dados empíricos. Como objetivos específicos propõe-se conhecer as condições de infraestrutura de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e as condições dos conselheiros para atividades na modalidade virtual no período da pandemia; mapear as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia; identificar a dinâmica de funcionamento dos CMS considerando a periodicidade das reuniões do pleno, os encontros das comissões, as articulações com CLS e intersetoriais e relacionar e refletir sobre os temas que perpassaram as pautas dos CMS no período da pandemia. A metodologia da pesquisa priorizou a análise qualitativa, pois se entende que uma pesquisa na área das ciências sociais aplicadas necessita de um olhar que aprofunde os sentidos e significados dados às ações dos sujeitos analisados. Portanto, utilizou-se da técnica de pesquisa documental de fonte pública, a qual se dá a partir da análise de documentos não tratados cientificamente, ou seja, fontes primárias. Num primeiro momento se analisou os dados contidos nos sites dos CMS estudados, buscando informações como composição por segmentos; comissões do CMS; divulgação das reuniões, atas das reuniões e atas do processo eleitoral. No segundo momento se realizou a análise das atas das reuniões plenárias, buscando identificar os pontos de pauta debatidos, quórum, encaminhamentos e participação dos/as conselheiros/as. As discussões perpassam a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com o movimento da Reforma Sanitária brasileira; os fundamentos da participação institucionalizada no SUS e os ganhos e limites dos colegiados de participação nos 34 anos da Constituição Federal; os desafios impostos pela pandemia de Covid-19 à participação nos Conselhos de Saúde; a estrutura e organização dos CMS estudados; a reorganização das atividades dos CMS e as condições de funcionamento na modalidade virtual; e os pontos de pauta debatidos nas sessões plenárias durante o período estudado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Participação da comunidade no SUS. Conselhos de Saúde. Pandemia de Covid-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Informações disponíveis nos sites dos Conselhos Municipais de Saúde.....	57
Quadro 2- Informações complementares da organização disponíveis nos sites dos Conselhos Municipais de Saúde	59
Quadro 3- Composição dos Conselhos Municipais de Saúde por segmento	60
Quadro 4- Reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde em 2020 e 2021.....	63
Quadro 5- Reuniões presenciais e remotas dos Conselhos Municipais de Saúde em 2020 e 2021	64
Quadro 6– Temas de pauta mais recorrentes em 2020 e 2021 nas reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselhos Municipal de Florianópolis	70
Quadro 7– Temas de pauta mais recorrentes em 2020 e 2021 nas reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselhos Municipal de Chapecó	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AI - Atos Institucionais

AIDS - doença causada pela infecção do HIV

AIS - Ações Integradas em Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CDS - Conselhos Distritais de Saúde

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CES - Conselhos Estaduais de Saúde

CISTT - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

CS - Centros de Saúde

DRU - Desvinculação de Receitas da União

EC - Emenda Constitucional

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FECAM – Federação Catarinense de Consórcios Associações e Municípios de Santa Catarina

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FMI - Fundo Monetário Internacional

GT - Grupo de Trabalho

HIV - Sigla em inglês do Vírus da Imunodeficiência Humana

HRO - Hospital Regional do Oeste

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGBTQIAP+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Transgêneros, Travestis, *Queers*, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

LQFEx - Laboratório Químico Farmacêutico do Exército Brasileiro

MESS - Movimento Estudantil de Serviço Social

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOB-SUS - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OSSs - Organizações Sociais de Saúde

OTIOUVE - Clínica Integrada de Saúde Auditiva

PAB - Piso de Atenção Básica

PAS - Programação Anual de Saúde

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

RAG - Relatório Anual de Gestão

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RH - Recursos Humanos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretarias Estaduais de Saúde

SITESSCH - Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Chapecó e Região

SITICOM - Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário de Chapecó

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPAs - Unidades de Pronto-Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. A PARTICIPAÇÃO NO SISTEMA ÚNICODE SAÚDE (SUS)	20
2.1 A REFORMA SANITÁRIA E A ESTRUTURAÇÃO DO SUS	20
2.1 FUNDAMENTOS DA PARTICIPAÇÃO NO SUS	33
3. A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DOS CMS NO PERÍODO DA PANDEMIA	45
3.1 OS CONSELHOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE DISTANCIAMENTO SOCIAL EM FUNÇÃO DA COVID-19	45
3.2 METODOLOGIA DA PESQUISA SOBRE A DINÂMICA DOS CMS NA PANDEMIA DA COVID-19.....	52
3.3 A ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS CMS PESQUISADOS.....	56
3.4 A REORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES E AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO NA MODALIDADE VIRTUAL	61
3.5 TEMAS DE PAUTA DOS CMS NO PERÍODO DA PANDEMIA.....	68
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	78
REFERÊNCIAS DAS ATAS ESTUDADAS	87
APÊNDICE A	91
APÊNDICE B.....	96
APÊNDICE C	107
ANEXO A.....	110
ANEXO B.....	116
ANEXO C.....	121
ANEXO D.....	125
ANEXO E.....	126

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso em Serviço Social, que trata do tema da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), parte da análise da experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social, durante os semestres de 2020.2 a 2022.1 na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, mais precisamente na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

No dicionário Michaelis da língua portuguesa (MICHAELIS, 2008, p. 644) participação é definido como “Ato ou efeito de participar; ação; comunicação”, e participar é definido como “1. Ter ou tomar parte em; partilhar. [...] 2. Comunicar, fazer saber, informar. [...] 3. Associar-se pelo pensamento ou pelo sentimento; solidarizar-se; compartilhar”. Contudo, a participação não pode ser compreendida e debatida sem analisar seu contexto histórico, cultural, social, econômico e político, pois a participação está intimamente relacionada com a geração, nível de escolaridade, gênero, raça, classe social e outros contextos (ESCOREL; MOREIRA, 2008). Neste trabalho, a participação será analisada levando em consideração as condições históricas e sociais da conformação da nação brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há, no campo dos debates sobre a participação democrática, muitas publicações que se utilizam de diversos conceitos, para definir o que seria a participação da sociedade nas políticas públicas: participação comunitária, participação social, participação popular, controle social, entre outros. Neste trabalho optaremos por utilizar o conceito existente na própria legislação do SUS, “participação da comunidade” (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O Brasil foi o primeiro país capitalista dependente a ter um sistema público e universal de saúde, a partir de diversas lutas sociais provenientes da Reforma Sanitária, tendo, na Assembleia Constituinte de 1987-88 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi posteriormente regulamentado pela lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a), que trata da organização e funcionamento dos serviços de saúde e pela lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade e do financiamento do SUS.

Com isso, abriram-se dois espaços formais de participação social na saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e à Prefeitura do

município em questão. A área de atuação do Conselho é política, com enfoque no controle, fiscalização e execução da política de saúde municipal¹.

Sobre os Conselhos de Saúde, os recursos materiais e humanos necessários para seu funcionamento são provenientes das Secretarias de Saúde do órgão responsável, sendo esta, uma reivindicação histórica dos Conselhos de Saúde. Aí que entram as Secretarias Executivas dos Conselhos Municipais de Saúde, local de realização do estágio supervisionado da estudante. Entretanto, cabe ressaltar que nem todo Conselho tem uma equipe de Secretaria Executiva, muito menos um espaço físico de tamanho suficiente para seu funcionamento, o que interfere no andamento das discussões e demais atividades do Conselho.

A partir disso, a participação da comunidade nesses 34 anos da Constituição Federal pôde ampliar as fronteiras do Estado, incluindo no cenário das decisões políticas diversos novos atores. Porém, nem sempre é possibilitado as condições materiais para sua efetiva participação, fazendo com que muitos espaços previstos para socialização do poder político sirvam apenas como um gabinete para aprovação das posições dos gestores. Portanto, neste trabalho, buscaremos problematizar, utilizando das literaturas acerca do tema, o sentido da participação da comunidade na política de saúde, trazendo aspectos histórico-culturais, econômicos e políticos.

Somando-se ao exposto, a partir de 2020 vivemos uma pandemia que assolou todo o mundo, trazendo o medo e a necessidade de isolamento social, bem como medidas de segurança sanitária, como uso de máscaras e álcool em gel, afinal de contas, estamos falando de um vírus letal (Covid-19), que só no Brasil já matou mais de 690.000 pessoas, de acordo com dados da Fiocruz até a data de 10/12/2022 (FIOCRUZ, 2022). Isto trouxe diversas consequências para a vida de todos e o andamento das atividades institucionais, muitos espaços deixaram de se articular com o início da pandemia, estabelecimentos faliram e milhares de pessoas caíram para o grau da extrema pobreza (COUTO, 2021).

Junto com a pandemia, surgiram muitas polêmicas e *fake news* – impulsionadas pelo presidente Jair Bolsonaro – acerca da seriedade do vírus, da importância da saúde pública e do seguimento das medidas sanitárias, bem como da aplicação das doses da vacina contra a Covid-

1No caso do organograma da prefeitura de Florianópolis o CMS aparece como um órgão subordinado ao gabinete do secretário (ver [organograma https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/05_08_2020_9.27.26.9a0319dbfca4f074e5b2e078257e90c7.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/05_08_2020_9.27.26.9a0319dbfca4f074e5b2e078257e90c7.pdf) f.) Mas a proposta política da participação no SUS é que como órgão vinculado ao gabinete do secretário e à própria estrutura da SMS, o desenho do organograma deveria estar na mesma linha do secretário e vinculado a ela vem a linha pontilhada.

19. Debates técnicos se tornaram políticos, questões que antes eram de consenso na sociedade brasileira, começaram a se tornar polêmicas e gerar debates acalorados. É sob essa conjuntura que debater a participação da comunidade no SUS é de extrema importância, fortalecendo e incentivando a participação dos usuários nos espaços democráticos, na direção de defender e garantir a saúde pública e de qualidade para todos/as os/as brasileiros/as.

Para além disso, enquanto estudante de Serviço Social e militante do Movimento Estudantil de Serviço Social (MESS), que se apoia no compromisso ético-político profissional, e no compromisso da universidade com a comunidade na formação de Ensino, Pesquisa e Extensão, o tema em questão mobilizou a estudante, pois contribui com as lutas pelos direitos sociais da classe trabalhadora, assim como o aprimoramento e ampliação necessário das políticas públicas e do controle social, visando no horizonte a construção de uma nova ordem societária.

Este trabalho busca responder “Qual a dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia?”. Para o desenvolvimento deste estudo escolheu-se de forma relativamente aleatória os Conselhos Municipais de Florianópolis, de Chapecó e Biguaçu. A escolha dos mesmos se deu por conta do porte de cada um, sendo 1 (um) Conselho de capital, portanto cidade de grande porte (Florianópolis), 1 (um) Conselho de cidade de grande porte (Chapecó) e 1 (um) Conselho de cidade de médio porte (Biguaçu) (FECAM, 2022), com isso espera-se conseguir ter uma perspectiva de como se deu o andamento das atividades nos diferentes cenários possíveis.

Tem-se como objetivo geral desta pesquisa analisar a dinâmica de funcionamento e as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia de Covid-19, e como objetivos específicos: Conhecer as condições de infraestrutura de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e as condições dos conselheiros para atividades na modalidade virtual no período da pandemia; mapear as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia; identificar a dinâmica de funcionamento dos CMS considerando a periodicidade das reuniões do pleno, os encontros das comissões, as articulações com CLS e intersetoriais; e relacionar e refletir sobre os temas que perpassaram as pautas dos CMS no período da pandemia.

Compreendendo a importância do objeto em estudo para as produções do Serviço Social, para a população usuária do SUS e para a efetivação do direito à saúde enquanto política pública gratuita, universal e de qualidade, – e entendendo a complexidade do tema em análise –, nesta pesquisa prioriza-se a análise quali-quantitativa. Essa escolha se explica pela necessidade de se

traduzir em números as opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, como prevê a análise quantitativa (PRODANOV, 2013), porém, não descartando que uma pesquisa na área das ciências sociais aplicadas necessita de um olhar que aprofunde os sentidos e significados dados às ações dos sujeitos analisados, como previsto na análise qualitativa (MINAYO, 2009).

Essa pesquisa buscará a produção de conhecimento científico, o qual se constitui enquanto um conhecimento advindo da experiência e, por esse motivo, destituído de um saber absoluto. O conhecimento científico possibilita ser renovado e alterado no decorrer de seu percurso, pois entende sua inabilidade de explicar a totalidade da questão em estudo, assim sendo, mesmo suscetível a modificações, o conhecimento científico é sistemático e verificável (LAKATOS; MARCONI, 2003).

De acordo com Minayo (2009, p. 16), a pesquisa sob o ponto de vista científico constitui-se enquanto exercício de questionamento da realidade, e “embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação”, ou seja, as questões colocadas em uma pesquisa constituem o problema a ser investigado, que surgem primeiramente na prática.

Nesse sentido, a pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa se utilizou da técnica de pesquisa documental de fonte pública, a qual se dá a partir da análise de documentos não tratados cientificamente, ou seja, fontes primárias, e possibilita o conhecimento de evidências que fundamentem as afirmações do/a pesquisador/a (GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2003). Neste caso, foram coletadas e analisadas informações nos *sites* dos Conselhos ou, no caso de não existência do *site* próprio do Conselho, foram buscadas no *site* das Prefeituras dos mesmos, nesta etapa se buscou informações como: equipe da secretaria executiva, composição dos Conselhos por segmento, divulgação das reuniões, atas das reuniões e atas do processo eleitoral. Buscou-se também, informações em jornais on-line, sobre a conjuntura brasileira e sobre a pandemia. Na segunda etapa, se utilizou novamente da pesquisa documental, mas dessa vez, analisando as atas das reuniões plenárias dos Conselhos, buscando identificar as pautas debatidas, as demandas levadas aos mesmos, como se dá o andamento das discussões, a participação dos conselheiros/as nas reuniões e os encaminhamentos aprovados.

Como forma de coleta de dados complementar, se utilizou da observação participante, a qual, de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 194), “consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais

deste”. Dessa forma, fez-se uso desta técnica na coleta de dados de um dos Conselhos estudados, durante o exercício do estágio supervisionado em Serviço Social na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, buscando apreender mais proximamente a dinâmica de funcionamento do Conselho, o andamento das discussões, a organização da Secretaria Executiva, as demandas levadas e a participação dos quatro segmentos.

A exposição do TCC está organizada em duas seções, a primeira dividida em dois subitens e a segunda, em cinco. A primeira seção apresenta a historicidade da política de saúde no Brasil, trazendo um pouco sobre a política de saúde anterior ao SUS e contextualizando a transição democrática na saúde; apresenta os fundamentos da participação da comunidade na saúde e os ganhos e limites dos colegiados de participação nos últimos trinta anos. A segunda seção abarca os resultados da pesquisa, primeiro contextualizando o período pandêmico e suas consequências para a saúde brasileira e os Conselhos Municipais de Saúde; abordando os processos de adaptação das atividades dos conselhos durante o período pandêmico; a dinâmica de funcionamento dos conselhos neste período; a análise dos dados obtidos através da pesquisa nos sites dos conselhos e da análise propriamente dita das atas das reuniões plenárias. Ao final, nas considerações finais será apresentada uma breve síntese dos elementos levantados neste trabalho.

2. A PARTICIPAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Nesta seção se abordará um breve histórico da saúde no Brasil, trazendo uma análise da política de saúde no país anterior ao SUS, das lutas pela democratização da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária e a elaboração da Constituição Federal de 1988 com a inclusão dos capítulos 196 a 200 que tratam da política de saúde brasileira. Abordar-se-á também os fundamentos da participação da comunidade no SUS, trazendo e analisando as leis 8080 de 1990 e 8142 de 1990 que regulamentam o SUS e a participação da comunidade no mesmo. Por fim, se fará uma apresentação dos ganhos e limites dos colegiados de participação no SUS nos últimos 30 anos, tratando dos conselhos e conferências de saúde, com base em uma revisão de literatura.

2.1 A REFORMA SANITÁRIA E A ESTRUTURAÇÃO DO SUS

O Brasil foi o primeiro país capitalista dependente a ter um sistema público e universal de saúde, a partir de diversas lutas sociais provenientes da Reforma Sanitária, movimento que conseguiu organizar partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais, estudantis e comunitárias em torno de um objetivo comum: que a população usuária e os trabalhadores da saúde colaborassem com a formulação e fiscalização das políticas públicas de saúde (PAIVA, 2014). Porém, o que se tinha no âmbito da saúde antes do SUS?

Tínhamos no Brasil, antes do SUS, políticas de saúde residuais. No início do século XX, a saúde brasileira se limitava a um modelo ‘sanitarista campanhista’, que tratava de manter apenas saneamento básico aonde circulavam as mercadorias agroexportadoras, e controle de doenças que poderiam prejudicar a circulação das mesmas. Após 1923, inicia no país a assistência médica previdenciária, ofertada em seu início pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e posteriormente, 1933, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Entretanto, esta assistência médica era destinada apenas para os segurados da Previdência Social, ou seja, pessoas com vínculo empregatício, que destinavam contribuições mensais às antigas CAPs. Para os demais cidadãos, restava a reduzida atenção primária estatal e a filantropia, as quais eram seletivas, executadas com poucos recursos, tecnologias baratas, tinham reduzida abrangência territorial no país e pessoal de baixa qualificação. Este modelo de saúde ficou conhecido como médico-assistencial privatista (MENDES, 1995).

Nos anos que se seguiram, o país continuou em seu processo de industrialização, fazendo com que, na década de 1950, o polo econômico brasileiro se movesse para os centros urbanos, o que mudou o foco do perfil epidemiológico e dos serviços de saúde, não mais tendo sua principal atuação no saneamento dos espaços de circulação de mercadorias, mas atuando no corpo do trabalhador por meio de serviços de educação e saúde e higienistas.

É partir daí, que se verificam mudanças na previdência social brasileira, primeiramente com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960 pelo governo de Juscelino Kubitschek, a qual uniformizou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Alguns anos depois, em 1966, durante o governo militar, foram unificados os benefícios previdenciários, extinguindo os Institutos de Aposentadoria e Pensões – que eram separados por cada categoria profissional –, e instaurando um instituto que agrupou todos os trabalhadores, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com isso, o trabalho que anteriormente era realizado pelas CAPs/IAPs, passa a ser exercido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculado ao INPS (MENDES, 1995). Reforça-se que o objetivo do governo federal com a unificação foi o de reunir os recursos de cada IAP em um grande fundo conjunto, o qual utilizaram para dar início as grandes obras de infraestrutura realizadas no período da ditadura no país.

Durante o período do regime autoritário, que se inicia em 1964 com o golpe civil-militar ao governo de João Goulart que recém se iniciava, percebe-se mudanças no contexto social, econômico e político brasileiro. Além da perda de direitos civis e políticos, em grande parte por conta dos Atos Institucionais (AIs) – decretos com poder de Constituição – promulgados pelo governo ditatorial, percebe-se esforços dos governantes em tornar o Brasil uma potência mundial, através de um projeto modernizador e desenvolvimentista. Para tal, obtiveram diversas novas dívidas para o país, utilizando os fundos públicos a favor de seus interesses: “a modernização industrial e as bases de infraestrutura ancoradas em empresas e tecnologias estrangeiras e nacionais” (KRÜGER, 2005, p. 54).

As políticas sociais nesse período, e em especial a saúde, foram marcadas pela privatização em detrimento da expansão. Na saúde pôde-se observar duas propostas centrais, de acordo com Carvalho (2002, p. 56-57):

1. Incentivo a que as empresas industriais e comerciais cuidassem da saúde de seus trabalhadores, por meio de serviços próprios ou contratados e pagos por eles; para

compensar, devolvia-se um percentual do recolhimento da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha; 2. optando para não expandir mais os serviços públicos de saúde previdenciários, incentivou o setor privado a investir na construção de serviços privados de saúde para atendimento, tanto da denominada medicina de grupo, como da previdência pública; como fator estimulador, ofereceu empréstimos subsidiados através da Caixa Econômica Federal, pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, com a promessa garantida de que depois pagariam com os próprios serviços prestados à Previdência.

O movimento sanitário brasileiro, que começou a dar seus primeiros passos na década de 1960, a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde, encontrou-se interrompido pelo regime autoritário. Porém, o movimento continuou se articulando na clandestinidade, tendo seu momento de ápice com o início da abertura democrática e efervescência social, o qual gera espaço para o movimento contra hegemônico da Reforma Sanitária, coincidente com a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e em 1979 da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (MENDES, 1995). É importante destacar que entre os princípios da Reforma Sanitária está uma visão contrária ao regime autoritário, pois o movimento via como a única forma de construção de um sistema de saúde democrático, o fim deste regime (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No final da década de 1970 e início dos anos de 1980 com a escassez de pessoal qualificado nas agências estatais, trabalhadores que compunham o movimento da Reforma Sanitária passaram a ocupar cargos da burocracia técnica estatal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), com isso, impulsionando a criação de projetos-pilotos de extensão da cobertura da saúde no Brasil, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS). Em 1979 este programa se torna nacional, expandindo a rede ambulatorial pública em 1.225% (MENDES, 1995). Observa-se a priorização, pelo movimento da Reforma Sanitária, de ocupar cargos estatais, se afastando dos movimentos sociais, e fazendo com que a reforma sanitária se constitua “de cima pra baixo” ou “de dentro pra fora” dos aparelhos estatais (OLIVEIRA, 1987, p. 364-365).

É importante destacar a realização, pela Comissão de Saúde de Câmara dos Deputados, em outubro de 1979, do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, que significou um poderoso marco do Movimento Sanitário brasileiro. No evento, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) apresentou e discutiu sua proposta de reorganização do sistema de saúde, por meio de um documento intitulado “A Questão Democrática na Área de Saúde”, documento aceito por todos os grupos de trabalho e integrado ao relatório final do evento (CONASS, 2009).

Em 1980, ocorre a VII Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980), esta foi a primeira Conferência de Saúde a se abrir para participação de trabalhadores, reunindo 402 participantes, a maioria de órgãos públicos, e aonde nasce o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Pela primeira vez se fala sobre universalização dos cuidados primários em saúde, trazendo o debate sobre regionalização, hierarquização e participação comunitária. Porém, fala-se também da utilização de recursos humanos (RH) auxiliar nos serviços de saúde, utilização de técnicas simplificadas e inclusão do setor privado na prestação de serviços públicos. Nesta ocasião também foi discutida uma proposta do presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de criação de um seguro-saúde, contribuição previdenciária adicional destinada ao custeio da organização (CONASS, 2009).

Sobre a VII Conferência, salienta-se que a mesma teve o intuito de ser uma conferência popular, mas os debates acabaram não saindo da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e nem chegaram a se tornar ações públicas/estatais (MENDES, 1995). Afinal, a real intencionalidade do evento pode ser problematizada com base no seguinte trecho retirado do relatório final da Conferência:

[...] embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais – como, por exemplo, os usuários dos serviços de saúde – [... os presentes estiveram de] acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa (de extensão de cobertura) ainda não participa de seu processo decisório, devendo, porém fazê-lo na medida em que for levada a se incorporar à prática das ações ao mesmo inerente, desse modo podendo representar fator determinante para que alcance suas finalidades (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, p. 216).

Antes da implementação no SUS, percebe-se movimentos de tentativa da universalização da atenção primária à saúde no país, são eles as Ações Integradas em Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual foi criado em substituição às AIS, pelo Decreto 94.657 de 1987 (MENDES, 1995).

Nos anos que antecedem a promulgação da carta constitucional de 1988 pôde-se acompanhar o crescimento dos movimentos populares que pautavam a necessidade de se repensar a saúde no Brasil. Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, um dos acontecimentos sanitários mais importantes da década, que se destacou como sendo a primeira Conferência de Saúde amplamente democrática, com delegados de quase todas as forças sociais interessadas na saúde e garantindo a realização das Conferências Estaduais e Municipais

preparatórias à Nacional. Os temas centrais da Conferência foram: A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Esta Conferência se constituiu como um momento crucial de elaboração da Reforma Sanitária Brasileira, o que pode ser compreendido em seu relatório final. É nesta conferência, que o conceito de saúde ampliada ganha sua melhor expressão na palestra de Sérgio Arouca (1987, p. 35-36):

[...] saúde não é simplesmente ausência de doença, não é simplesmente o fato de que, num determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou através de qualquer tipo de exame, não seja constatada doença alguma na pessoa. [...] é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo.

Esta conferência influenciou a implementação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da Constituição Federal de 1988. Sobre o SUDS, foi uma experiência política e de gestão (até 1988) onde se tentou implementar os princípios do movimento social da Reforma Sanitária, porém, não durou muito tempo.

As Conferências e os Conselhos de Saúde, como foi explicitado, anteriormente a VIII Conferência, se constituíam enquanto espaços de reunião entre governo, setor previdenciário e setor privado, na qual o futuro da política de saúde era decidido baseado no interesse dessas partes. Após a VIII Conferência e a elaboração dos capítulos 196 a 200 da Constituição, percebe-se uma mudança nessa dinâmica, com a incorporação da população usuária e trabalhadores dos serviços nas discussões, bem como a realização de conferências estaduais e municipais, preparatórias à nacional.

Sobre o Conselho Nacional de Saúde (CNS), sabe-se que foi criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 (BRASIL, 1937), sendo naquele momento apenas um órgão consultivo do Ministério da Educação e Saúde Pública, com seus membros indicados pelo Ministro de Estado, e discutindo questões internas do Ministério. Posteriormente, os Ministérios da Educação e Saúde Pública foram separados, e o Conselho Nacional de Saúde foi regulamentado pelo Decreto nº

34.347, de 8 de abril de 1954, passando a contar com 17 membros e tendo as funções de secretaria sendo exercidas por servidores. Mais tardiamente, em 1959, por meio do Decreto nº 45.913, de 29 de abril de 1959, aumenta-se o número de conselheiros para 24 (BRASIL, 2018).

Durante o regime militar o CNS teve sua atuação ampliada pelo Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970, passando a "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado" (BRASIL, 1970). Portanto, mesmo tendo ampliado sua atuação, seguia dependendo da aprovação do Ministro, bem como seus membros seguiam indicados pelo mesmo, ainda mais se considerando o período ditatorial. É apenas com a redação da Constituição em 1988 que o CNS passa a ter a composição e competências que conhecemos hoje, ampliando a participação popular com influência do Movimento Sanitário brasileiro.

É no contexto de redemocratização brasileira e diversas lutas sociais que se deu o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988. A Assembleia Constituinte, no que diz respeito à saúde, contou com duas forças principais, os grupos empresariais, liderados principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas, e o grupo que defendia a Reforma Sanitária, representado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (BRAVO; MATOS, 2006). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado mediante mais de 50 mil assinaturas de cidadãos brasileiros, representando 167 entidades, e incluído na Constituição Federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), sendo posteriormente regulamentado pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a).

Salienta-se que, embora a lei 8080/1990 tenha sido aprovada, foi vetada pelo presidente Fernando Collor de Mello de tal modo que, a garantia deste direito necessitou de uma grande mobilização social, resultando na aprovação da lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). Esta lei regulamenta o financiamento do SUS e as funções e forma de organização das Conferências e Conselhos de Saúde nas três esferas de governo (KUJAWA, 2021). Entretanto, o financiamento dos serviços do SUS continuou sendo objeto de inúmeras lutas sociais e regulamentações. A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 é bastante representativa destas lutas sociais e de uma regulamentação que definiu as obrigações de financiamento da esfera municipal e estadual, mas sem conseguir definir a vinculação orçamentária da União.

O SUS traz em sua estrutura e forma de funcionamento muitas das premissas e pautas do movimento da Reforma Sanitária, trazendo, inclusive, em sua lei de regulamentação (Lei 8080,

de 1990), um conceito de saúde ampliado, embora um pouco mais restrito do que o pautado na 8ª Conferência:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013) (BRASIL, 1990a)²

Destaca-se que o SUS possui fundamentos, princípios e competências, a exemplo do conceito ampliado de saúde, mais amplos e na perspectiva da integralidade, gratuidade e universalidade da atenção, do que as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para organização dos serviços de saúde aprovadas na Conferência de Alma Ata em 1979 (OMS e UNICEF, 1979), pois esta previa apenas Atenção Básica Para Todos até o ano 2000. Em 2018 em comemoração ao quadragésimo aniversário da Declaração Atenção Básica Para Todos no ano 2000, se realizou em Astana outra Conferência Mundial de Saúde que reafirmou os princípios da anterior, mas a centralidade continua, agora na então denominada, atenção primária:

reafirmamos nuestro compromiso con todos sus valores y principios, en particular la justicia y la solidaridad, y subrayamos la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, y su dependencia mutua. Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como el bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. (OMS e UNICEF, 2018)

Em sintonia com estas referências internacionais, mas de forma mais alargada as leis do SUS trazem em seus textos diversos princípios e diretrizes condizentes com as discussões do movimento da Reforma Sanitária, acumuladas no debate nacional. Porém, percebe-se que as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) (BRASIL, 1988), são reafirmadas como princípios presentes na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a). Esta lei regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), e em seu artigo 7º estabelece os princípios do SUS. Aqui os citamos, com objetivo também de reafirmá-los considerando sua validade e pertinência a realidade brasileira quando se

2 Redação original: “Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (BRASIL, 1990a)

defende um serviço público de saúde, com gestão estatal na perspectiva democrático-popular: I – universalidade, II - integralidade de assistência; III - preservação da autonomia física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde; V - direito à informação; VI - divulgação de informações dos serviços; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; X - integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas na prestação de serviços; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

Originalmente eram 13 princípios, sendo posteriormente adicionado, a partir de discussões sobre políticas setoriais de saúde, o 14º princípio, “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)”.

É importante ressaltar que a equidade não é um princípio presente nos textos fundacionais do SUS, sendo incorporado ao debate posteriormente, com o aprofundamento das discussões sobre as iniquidades sociais e econômicas de nosso país. Iniquidade é conceituado por Jairnilson Paim (2009, p. 13, min 20:00 do vídeo) como o “não acesso à direitos básicos estatais”, estas iniquidades geram desigualdades no acesso, produção e gestão dos serviços de saúde, fazendo ser necessário um tratamento diferente para as diferentes realidades possíveis, a fim de garantir o pleno direito à saúde. Afinal, a saúde no Brasil é um direito, e sua execução deve se dar de forma universal.

Abaixo explicamos o significado de alguns princípios e diretrizes estruturais do SUS, nos apoiando na literatura do tema, afim de ressaltar a importância do sistema e sua abrangência no território nacional:

Sobre a descentralização no Sistema Único de Saúde, corresponde à uma desconcentração do poder da União para os demais entes federativos, buscando a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, não podendo ser confundido com a ideia de descentralização política cunhada pelo ideário neoliberal, que defende a redução do Estado e terceirização de serviços públicos.

Podemos concluir que é uma diretriz condizente com a concepção de um Estado federativo que divide o poder político e as responsabilidades da esfera federal para a estadual e municipal. O texto constitucional prevê também em seu artigo 198 “direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, 1988), ou seja, na União há o Ministério da Saúde, nos estados e distrito federal, as Secretarias Estaduais de Saúde, e no âmbito municipal as Secretarias Municipais de Saúde. Cada um desses órgãos tem atribuições previstas na legislação do SUS e nas Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS) que devem ser seguidas (MATTA, 2007).

Sobre a integralidade, de acordo com Matta (2007, p. 71) é possível identificar quatro sentidos presentes no campo da saúde: a) sentido histórico, de construção de um sistema único de saúde, em oposição à dicotomia entre ações preventivas e curativas. O texto constitucional afirma que o atendimento integral deve priorizar as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988); b) sentido epistemológico, da concepção de saúde presente no SUS, como uma crítica ao reducionismo biomédico que conceitua a saúde como ausência de doença e incorporando o conceito ampliado de saúde, o qual leva em consideração também o meio social; c) sentido do planejamento em saúde, a política de saúde deve prever a atenção às necessidades de grupos específicos, como pessoas vivendo com o HIV, mulheres, pessoas negras, entre outros, buscando a integralidade no atendimento; d) sentido das relações de trabalho, formação profissional e gestão do trabalho; neste sentido a formação dos trabalhadores da saúde é pensada visando a integralidade enquanto eixo norteador, é neste campo que se faz a crítica à divisão social do trabalho em saúde e a divisão entre trabalho manual e intelectual, visando a emancipação dos trabalhadores.

Sobre a universalidade, a Constituição Federal de 1988 dispõe em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). Reforça-se com isso, a visão da saúde enquanto direito inalienável de todos os brasileiros, sem necessidade de contribuição prévia - como costumava ser com a saúde previdenciária. Este princípio se articula com o IV “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990a), buscando garantir que a política de saúde seja destinada a todos os brasileiros, sem distinção de raça-etnia, gênero, sexualidade ou classe social.

O princípio da regionalização e hierarquização trata da organização do sistema focada na noção de território, levando em consideração os perfis populacionais, condições de vida e suporte social, e indicadores epidemiológicos, que norteiam as ações e serviços de saúde de uma região. Essa concepção aproxima a gestão dos problemas de saúde vivenciados pela população e requer uma hierarquização dos serviços por ordem de complexidade. É possível problematizar a dicotomia presente nesta hierarquização entre trabalho simples e complexo, pois essa noção pode reproduzir uma divisão social e técnica do conhecimento obediente à racionalidade biomédica e à reprodução da divisão social do trabalho.

Sobre a participação da comunidade, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) prevê duas instâncias para sua realização, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, espaços de participação social paritária entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço. Este tópico será melhor aprofundado no subitem 1.2.

Embora seja reconhecido que em muito avançamos com a aprovação e regulamentação do SUS, se faz necessário analisarmos as tensões econômicas, sociais e políticas vivenciadas no período de sua aprovação, que em muito marcaram o andamento da sua implementação ao longo seus 34 anos. No período de aprovação e regulamentação do SUS – década de 1980 e 1990 – pôde-se perceber que, mundialmente, o capitalismo sofria com mais uma de suas crises, e como resposta a isso, pautou a necessidade de adoção do modelo econômico neoliberal, que previa a diminuição do Estado e conseqüente diminuição dos gastos públicos com políticas sociais. Nesse contexto, as políticas públicas se encontraram (e se encontram até hoje) constantemente atacadas, em forma de privatização, focalização e descentralização das mesmas para maior usufruto do recurso público em benefício do grande capital (IAMAMOTO, 2009).

No Brasil, vivíamos um período de grande efervescência social, com os movimentos pela redemocratização, diretas já e pela reforma sanitária. Embora, na legislação do SUS, pareça que o modelo de saúde pautado pela reforma sanitária tenha ditado a estruturação do sistema, o que se percebeu na prática foi a efetivação do modelo privatista de saúde. Nos primeiros governos pós aprovação da Constituição Federal, já é possível perceber o direcionamento neoliberal das políticas. No governo Collor de Mello se observa a tentativa de boicote à implantação do SUS (BRAVO; MATOS, 2001), bem como seu sucateamento, com a diminuição de recursos e a aprovação com vetos da lei 8.080/1990. Para além disso, o então presidente adiou sucessivas vezes a IX Conferência Nacional de Saúde, sendo realizada apenas em 9 de agosto de 1992

(PASCHE, et al, 2006). Com o *impeachment* de Collor, Itamar Franco assume, seguindo a mesma política neoliberal, porém, se destaca a extinção do INAMPS e a busca pela descentralização.

No período de 1990 a 2002, foi elaborada uma contrarreforma liberal visando o desmonte da Seguridade Social e a implantação do ajuste macroeconômico, através do Plano Real e da Reforma do Estado. Em 1994, já no final do governo de Itamar Franco, houve a criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite que as fontes de recurso do orçamento da Seguridade Social sejam desviadas para financiar a economia. Caso não houvesse a captura de recursos para o pagamento da dívida da União, sabe-se que o orçamento da Seguridade Social seria superavitário. Considerando que estes recursos são essenciais para a viabilização das políticas universais como o SUS, é possível identificar nessas intervenções determinantes políticos, econômicos e ideológicos que sustentam o redirecionamento das políticas sociais (PAIM, 2013).

Os governos que se seguiram continuaram com esta política, e novas “crises” da previdência foram criadas para justificar as reformas nos governos subsequentes. O governo Fernando Henrique Cardoso, por exemplo, deu continuidade à agenda neoliberal, e as expressões mais agudas em seu governo puderam ser vistas no acentuado processo de privatização das empresas estatais e na construção de um novo arcabouço institucional para o Estado brasileiro. Sobre as políticas de saúde, em linhas gerais este governo seguiu duas pautas principais: fomento às políticas estratégicas conduzidas pelos Ministros da Saúde, como os medicamentos genéricos, política de combate à AIDS, saúde da família e a regulação da medicina complementar (leia-se privada, a exemplo das cooperativas médicas, seguros, sistemas de administração, entre outros, e o desembolso direto). Por outro lado, expandiu o processo de reconcentração de competências regulatórias sobre as ações assistenciais no Ministério da Saúde, gerando uma re-centralização de comando na esfera federal, seguindo a linha contrária dos governos anteriores que buscaram a descentralização (PASCHE, et al, 2006).

Ganha destaque então, o predomínio das políticas focalizadas, que se inicia em 1990, adquirindo força com a criação do Fundo de Combate à Pobreza. Essa proposta, viabilizada em 2000 com recursos da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF), efetiva a incorporação da transferência condicionada de renda na agenda do FHC, a qual Lula apoia e posteriormente faz uso (PAIM, 2013).

Em 2003 Lula assume a presidência, com a promessa de associar o desenvolvimento econômico à ampliação de políticas de proteção social. A partir do Fundo de Combate à Pobreza, desenvolve o Programa Fome Zero e o Bolsa Família, principais programas de seu governo. O Programa Fome Zero articulou um conjunto de ações governamentais e não-governamentais, proporcionando a distribuição de alimentos a partir do incremento da agricultura familiar. Já o Programa Bolsa Família, principal programa de transferência direta de recursos às famílias, se utiliza de recursos de diversas pastas, condicionando a transferência à diversas responsabilidades assumidas pelas famílias. Se instalou no governo um embate sobre a orientação macroeconômica, de caráter continuísta, e a necessidade de ampliação dos gastos sociais. O resultado foi o fortalecimento das orientações da área econômica, principalmente as oriundas do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), afinal de contas, a transferência de renda atrelada à condicionais cumpre exatamente o receituário liberal do Banco Mundial (PASCHE, et al, 2006; PAIM, 2013).

Na área da saúde especificamente, Lula implementou diversas mudanças importantes. O Ministério da Saúde realizou a correção do repasse do piso de atenção básica (PAB), aumentou o valor dos repasses financeiros às equipes de saúde da família, estimulando a criação de novas equipes, inclusive as de saúde bucal; montou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); implementou a política de saúde mental, criando novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se constituíram em estratégia de desospitalização psiquiátrica; e ampliou os repasses para a assistência farmacêutica (PASCHE, 2006).

Entretanto, as diversas análises sobre o governo Lula (BRAVO, 2006; PASCHE, 2006; FILGUEIRAS; PINHEIRO; PHILIGRET; BALANCO, 2010; PAIM, 2013), apontam a preponderância da orientação econômica neoliberal em seu governo. A política social no país ficou reduzida ao assistencialismo das políticas focalizadas, com a agenda governamental concentrada nas políticas de redução da pobreza, ampliando o ajuste fiscal e as possibilidades de avanço no pagamento de juros aos rentistas. Com isso, se desenvolveu no país uma ideia unânime de que política social é para pobres, concomitante ao desmonte orçamentário, institucional e conceitual da Seguridade Social.

Enfim, chegamos ao governo de Jair Bolsonaro, após o governo ilegítimo de Michel Temer, no qual aprovou a Emenda Constitucional 95, a “PEC do Teto dos Gastos Públicos”, que alterou a Constituição Brasileira de 1988 para instituir um Novo Regime Fiscal que reduziu e

congelou os recursos para políticas sociais por 20 anos (BRASIL, 2016). As consequências dessa Emenda Constitucional ainda são sentidas pelas políticas sociais brasileiras, e, somando-se a isso, o governo de Bolsonaro entrou com ainda mais força na política neoliberal, além de incentivar princípios neofacistas na sociedade brasileira (MENDES; CARNUT, 2020).

Os autores Mendes e Carnut (2020), destacam o documento do Banco Mundial intitulado “Um ajuste justo”, de 2017, no qual aponta os “caminhos a seguir” pelos governantes brasileiros, a fim de reduzir os gastos com áreas sociais, aumentando a “efetividade” do sistema³. Não entraremos à fundo nesta análise, porém, destacamos o quanto é possível verificar que as políticas do governo Bolsonaro seguiram à risca essas recomendações.

Em relação à saúde no governo Bolsonaro, em 26 de setembro de 2019 é lançada a portaria nº 2.539, que institui que a equipe de Atenção Primária possa ser constituída apenas por Médico e Enfermeiro (BRASIL, 2019a), ferindo o princípio da integralidade no atendimento. Houve também o lançamento da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019b), que instituiu Programa Previne Brasil, o qual estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, definindo, por exemplo, que o financiamento se dê contabilizando não mais a população total do território, mas sim a população cadastrada nos Centros de Saúde (CS). Esta ação vai contra o princípio da universalidade do SUS, pois as ações do mesmo vão muito além do atendimento nos Centros de Saúde, como as ações de vigilância, saneamento básico, controle da produção de medicamentos, etc.

Por fim, foi lançada em 2020 a nota técnica 3/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020a) que muda a configuração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), agora podendo ser definido pelos gestores municipais, não mais tendo a obrigatoriedade de certas categorias profissionais – com exceção do Médico e Enfermeiro. Além disso, a partir de 2020 o Ministério da Saúde não realizou mais credenciamento de equipes NASF, portanto, não está mais destinando recursos para o mesmo, ficando a cargo do governo municipal a destinação ou não de recursos próprios para tal.

³Para maiores informações acessar: BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo:** Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Novembro, 2017. Acesso em 02/09/2019. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>

Em seguida, vimos o total desfinanciamento da política de saúde, a qual, em meio à uma pandemia, se viu atacada de inúmeras formas. Sobre a saúde brasileira durante a pandemia, consultar o item 2.1 deste trabalho.

2.1 FUNDAMENTOS DA PARTICIPAÇÃO NO SUS

Para se pensar os fundamentos da participação social no SUS é necessário conhecermos o significado da participação, o histórico da participação social no país, como se deram os processos de grandes mudanças sociais, se o povo/classe trabalhadora esteve presente ou se foram mudanças realizadas apenas pela classe dominante. Necessário analisar também quanto tempo temos de democracia em nosso país, para, por fim, analisarmos a participação da comunidade no SUS, seus limites e avanços nesses 34 anos da Constituição Federal de 1988.

Se observarmos a experiência democrática brasileira, chegaremos à triste conclusão de que vivemos uma situação negativa neste sentido. Desde a invasão colonial, existimos sob circunstâncias coercitivas de dominação e exploração econômica, tendo nosso país, e a América Latina como um todo, ocupado um lugar no capitalismo mundial de subserviência aos interesses exteriores, possibilitando aos países centrais a ampliação da acumulação capitalista, através da superexploração de nossos trabalhadores, relação esta que reside até os dias atuais (MARINI, 2011).

Momentos importantes de nossa história – como o processo de Independência – foram protagonizados pelas classes dominantes, impossibilitando a participação do povo nas decisões sobre o rumo do país, no que ficou conhecido como contrarrevolução prolongada (FERNANDES, 1987). Nas palavras de Carvalho (1998, p. 233), durante o período de 1822 (ano da independência) à 1945 (ano de finalização do período ditatorial conhecido como Estado Novo), existiam três imagens de nação construídas pelas elites brasileiras, “a primeira poderia ser caracterizada pela ausência do povo, a segunda pela visão negativa do povo, a terceira pela visão paternalista do povo. Em nenhuma o povo faz parte da construção da imagem nacional. Eram nações apenas imaginadas”.

Nosso povo sempre foi subjugado e superexplorado, dificultando e retardando o surgimento de pensamento crítico, participativo e democrático no país. Os movimentos sociais e

as resistências sociais protagonizados por camponeses, pessoas escravizadas e outros segmentos de trabalhadores foram calados por forças militares ou criminalizados por contextos e modalidades diferentes. Em nossa história, tivemos pouquíssimas experiências de vivência comunitária ou de participação popular nas políticas públicas e os esforços para garantir sua implementação são bem recentes.

Portanto, temos uma cultura política forjada no colonialismo autoritário e explorador, permeada pelo clientelismo⁴ e patrimonialismo⁵. Os elementos da democracia liberal, da participação democrática, do reconhecimento e garantia dos direitos sociais, historicamente foram e ainda permanecem submetidos a cultura política tradicional e autoritária. Em período recente, a ditadura civil-militar representou um momento de grande tolhimento da participação social em nosso país, isso pôde ser verificado em todas as áreas sociais, com os diversos Atos Institucionais (AIs) decretados, banalização do uso da violência, torturas e cassação dos direitos políticos.

Mas, intenciona-se destacar, particularmente, neste trabalho, as consequências para o campo da saúde, no qual as ações verticalizadas no modelo seguro-saúde segmentado desde as CAPs, estabeleceram um modelo de saúde privatista, médico-centrado e hospitalocêntrico no Brasil do século XX (MENDES, 1995). A abertura política dos anos de 1970 – e as grandes mobilizações sociais – proporcionaram que este modelo de atenção à saúde fosse amplamente questionado em meio às reivindicações para que voltássemos a viver a democracia, ainda que burguesa, em nosso país. Porém, se contabilizarmos todo o período democrático que tivemos, poderemos perceber que nossa democracia ainda é bem recente, sem enraizamento na nossa cultura política, sendo necessário diversos esforços para a manutenção e ampliação da mesma pela classe trabalhadora.

Considerando estes breves elementos da histórica da participação popular nas políticas públicas e com objetivo de refletir sobre o significado das diretrizes de participação da comunidade no SUS, hoje materializada na participação institucionalizada em Conselhos e

⁴ De acordo com Carvalho (1997, p. 231) clientelismo “indica um tipo de relação entre atores políticos que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto”.

⁵ Patrimonialismo para Couto (2016, p. 106) “é caracterizado pelo poder de um grupo privilegiado (estamento) que se apropria do espaço público como se este fosse privado. A sua atuação se direciona no sentido de privatizar tudo aquilo que é público, de transformar em propriedade privada a propriedade que burocraticamente pertence à esfera pública”.

Conferências, avaliamos como necessário ir à raiz semântica do termo participação. No dicionário Michaelis da língua portuguesa (MICHAELIS, 2008, p. 644) o termo 'participação', é definido como “Ato ou efeito de participar; ação; comunicação”, e participar (Ibdem, 2008, pg, 644) é definido como “1. Ter ou tomar parte em; partilhar. [...] 2. Comunicar, fazer saber, informar. [...] 3. Associar-se pelo pensamento ou pelo sentimento; solidarizar-se; compartilhar”. Porém, a participação não pode ser vista e/ou debatida sem analisar seu contexto histórico, cultural, social, econômico e político, pois a participação está intimamente relacionada com a geração, nível de escolaridade, gênero, raça, classe social e outros contextos (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Lavalle (2011) destaca que, no Brasil, o conceito de “participação” apresenta características únicas, pois, inicialmente não era um conceito de análise da teoria democrática, e até hoje, majoritariamente, não o é. “Participação” entra no cenário brasileiro como um conceito prática, ou seja, é utilizado para dar sentido à ação coletiva de atores sociais. O autor destaca ainda que, a participação enquanto categoria prática orientadora das ações, manifesta-se inicialmente na década de 1960, carregando um ideário de emancipação das camadas populares. Nos cabe, entretanto, questionar qual a possibilidade e abrangência de uma “emancipação popular” dentro dos moldes da sociedade capitalista, e, mais especificamente na realidade brasileira de Estado dependente. Mesmo entendendo a diferença entre participação popular e “cidadã”, a qual aprofundaremos nos próximos parágrafos, - não entendemos a participação popular como imediatamente vinculada teoricamente à emancipação popular que tem por referência teórica e política a perspectiva crítica e marxista.

Este ideário aglutinou diversos significados, primeiramente e por definição, esta participação era popular, não remetendo às eleições ou às instituições representativas do governo, muito menos à um ideário liberal que contemplasse o livre envolvimento dos cidadãos independentemente de sua classe social. Em segundo lugar, “participar” denotava confiar na capacidade das camadas populares de decidirem o rumo de sua própria história, ser porta-voz de suas demandas. A participação se inscrevia, assim, enquanto luta contra as desigualdades sociais e – relacionando com o papel da esquerda e sua estratégia basista – participação popular designava a organização da classe trabalhadora na busca, disputa e construção de uma sociedade livre de exploração (LAVALLE, 2011).

Porém, no contexto da transição democrática e da elaboração da Constituição Federal de 1988, a participação deixa de ser “popular” e se torna “cidadã”. Esta mudança não é apenas nominal, percebe-se neste processo, a progressiva liberalização política das mobilizações pró-democracia, influenciando a participação popular a assimilar conteúdos liberal-democráticos. Parte dos atores da Constituinte se apropriou da categoria participação, e o ideário popular herdado das décadas anteriores já não cabia mais nas exigências de discurso universalizante, necessário à disputa na nova Constituição. Soma-se a isso, a multiplicação de organizações não governamentais (ONGs) engajadas com a participação, organizações que pautam seu discurso mais necessariamente na linguagem dos direitos humanos e sem cunho 'radical'. Com isso, o conteúdo participativo adquiriu uma imagem mais genérica, sendo reconhecido na Constituição enquanto um direito de todos os cidadãos – independente de classe social –, para além da participação nas eleições (LAVALLE, 2011).

A partir de então, muitas foram as literaturas elaboradas sobre o tema da participação, e, no geral, a inclusão da sociedade nas decisões políticas é vista como algo eminentemente democrático. Porém, nota-se o esvaziamento de seu significado político. ‘Participação’ é utilizado de uma forma não específica, gerando dúvidas acerca de seu significado, e criando no imaginário social uma visão de que a adesão à participação é algo involuntário e automático (KRUGER; OLIVEIRA, 2018).

Com a promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) – em especial os artigos 196 a 200 – o Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado, sendo posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que estabelece as diretrizes para efetivação da participação da comunidade na política de saúde brasileira. Nesta lei estão previstas duas formas de participação na gestão do SUS, são elas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Sobre as Conferências é previsto que:

[...] reunir-se-á cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990, art. 1º, parágrafo 1º).

Sobre os Conselhos de Saúde, dispõe que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, art. 1º, parágrafo 2º).

Desta forma, os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente – por serem instituídos por uma lei federal, e só podendo ser extintos por uma lei federal – e deliberativo, pois discutem questões pertinentes à política de saúde de sua instância federativa (municipal, estadual ou federal), tomando providências acerca da mesma. Os Conselhos têm estrutura colegiada, sendo formados por diversos segmentos da população de forma paritária – 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e/ou prestadores de serviços de saúde (BRASIL 1990b).

As Conferências também se dão de forma paritária, assim como os Conselhos, e devem ocorrer a cada 4 anos. É imprescindível que ocorram as etapas municipais e estaduais, preparatórias para a nacional, a fim de democratizar o processo e garantir o maior número de representação social e de legitimação perante à sociedade. Na etapa municipal, todos os cidadãos podem ser delegados, contando que se inscrevam no período indicado no regulamento da conferência. Já para as etapas estaduais e nacional, os delegados são eleitos na etapa anterior, ou seja, na etapa municipal são eleitos os delegados para a etapa estadual, e nesta, para a etapa nacional.

É importante destacar que, no momento de institucionalização dos Conselhos e Conferências, muitos movimentos populares foram contra, por não acreditarem/defenderem a institucionalização e burocratização da participação popular. Em contrapartida, pautaram a criação de fóruns e conselhos populares a fim de evitar a instrumentalização das entidades (COSTA; VIEIRA, 2013). Em muitas localidades esses fóruns e conselhos foram criados e existem até hoje.

Desde a aprovação da lei 8.142/1990, podemos perceber o constante aumento do número de Conselhos Municipais de Saúde (CMS) no Brasil. Os dados acerca do número de conselhos de saúde no Brasil ainda são imprecisos e carecem de sistema de informações sistemáticas, mas na sequência colocaremos dados que evidenciam a dimensão que a participação institucionalizada na saúde tomou no país ao longo das três décadas de implementação do SUS.

De acordo com os dados da pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS” realizada em 2008, existiam no país 5.463 conselhos municipais de saúde (CMS), sendo que entre os anos de 1991 e 1997 foram criados 76,7% dos conselhos existentes. O mesmo estudo indica que estes CMS contavam com 72.184 conselheiros titulares, dos quais 36.638 representavam os usuários do SUS (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Outro levantamento do Conselho Nacional de Saúde de 2017, com informações autodeclaradas pelos CMS, apontou a existência de 5.091 colegiados municipais e 61.234 conselheiros de saúde titulares no país (KRUGER; OLIVEIRA, 2018).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na pesquisa “Perfil dos Municípios Brasileiros: 2018” (IBGE, 2019), 99,9% dos municípios brasileiros possuíam Conselho Municipal de Saúde em 2018, somando mais de 120.000 conselheiros de saúde no país. A mesma pesquisa apontou que havia paridade entre usuários e os demais segmentos em 87,7% dos municípios, e em 9,8% haviam mais representantes da sociedade civil do que do governo municipal em sua composição. Em contrapartida, em 2014, 97,7% dos conselhos tinham composição paritária.

A pesquisa apontou também que na maioria dos municípios brasileiros os Conselhos Municipais de Saúde tinham caráter deliberativo. O estado com menor índice de conselhos deliberativos foi Roraima, com 80%. Sobre o número de reuniões, indicou que 99,7% dos municípios as haviam realizado nos últimos 12 meses. Já sobre as Conferências Municipais de Saúde, apontou que 91,2% dos municípios as haviam realizado entre os anos de 2015 e 2018 (IBGE, 2019), cumprindo a Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b).

Com isso, buscamos exemplificar e valorizar o tamanho da participação institucionalizada no Brasil. Os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências de Saúde foram os principais responsáveis por levar o debate sobre o SUS para as cidades do interior do país e ampliar a participação da sociedade nestes e em outros debates.

Entretanto, é importante destacar que os Conselhos de Saúde, embora por muitas vezes se coloquem em busca de um consenso entre seus conselheiros, são arenas de disputa política ativa, de conflito de classes – devido à sua composição paritária e aberta às organizações da sociedade civil –, representando o movimento real das forças políticas atuantes em cada conjuntura (LABRA, 2006). Mas é indispensável considerar que desde sua implementação, os Conselhos e Conferências vêm redirecionando e tensionando as relações entre Estado e sociedade. Estes

espaços conseguiram que os gestores se organizassem para mensalmente participarem desses colegiados e inseriram na agenda do Executivo necessidades básicas da população, porém, ainda de forma incipiente, pois os indicadores de desigualdade social no país continuam com dados alarmantes (KRÜGER, 2018).

Apesar de serem previstos em lei, muitos são os obstáculos enfrentados pelos Conselhos na efetivação da diretriz da participação da comunidade no SUS. Primeiro, a própria dificuldade em garantir a participação e envolvimento da sociedade nos debates, considerando o pequeno histórico de participação democrática em nosso país. Ademais, Moreira e Escorel (2009) destacam o fato de as Secretarias de Saúde, representantes do poder executivo, além de serem os únicos atores obrigados legalmente a participar de todo o processo decisório, são as responsáveis por disponibilizar os recursos materiais, humanos e de infraestrutura para os Conselhos. Um fato importante a ser citado é que, a lei 8.142/1990 condiciona a destinação de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios, à existência dos Conselhos, forçando os entes federativos a criá-los e mantê-los. Porém, não prevê nenhuma penalidade no caso da não destinação de recursos das Secretarias para os Conselhos.

Essa distribuição dos recursos – das Secretarias para os Conselhos –, representa uma escolha política, pois, a autonomia de um Conselho está atrelada à quantidade de materiais disponíveis para o exercício de suas atribuições. Muitos são os casos de Secretários que, por receio de que seus interesses não sejam acatados, passam a destinar menos recursos aos CMS, prejudicando o andamento de atividades que necessitam de lugar para funcionar, recursos para custear gastos do dia-a-dia, e funcionários para sistematizar os documentos. De acordo com os autores Moreira e Escorel (2009) isso aumenta os custos da participação, implicando maior investimento de tempo e dinheiro pessoal dos conselheiros. Os autores reforçam que os maiores prejudicados são os conselheiros do segmento de usuários.

Devido ao grau de politização, às condições socioeconômicas e às tradições organizacionais dos usuários/trabalhadores nas cidades brasileiras, há grande heterogeneidade no funcionamento dos diversos conselhos e conferências. Em muitos lugares, a natureza de “parceiros do governo” que muitos desses colegiados assumem é inegável. Seja por ganhos instrumentalistas, intimidação ou dificuldade de posicionamento/negociação nesse ambiente de poder-conhecimento. O discurso participacionista atual apresenta uma retórica de igualdade, princípio do liberalismo, que esconde todas essas diferenças que compõem os conselhos e as

conferências. Assim, o projeto de radicalismo democrático se confunde com a visão liberal de igualdade formal (KRÜGER, 2012).

Isso provavelmente acontece devido ao pequeno acúmulo histórico que os segmentos populares têm de luta política. Mesmo que institucionalizados, os Conselhos e Conferências são espaços novos de participação que estes segmentos ocupam. A falta deste acúmulo, de luta social rumo às bases ideológicas e políticas do movimento sanitário e a falta de um projeto societário dos trabalhadores fizeram com que esses segmentos repetissem práticas clientelistas e patrimonialistas ou se limitassem a reivindicações pontuais e segmentadas (KRÜGER, 2012).

Voltando para os dados dos Conselhos Municipais de Saúde, a pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS” de Moreira e Escorel (2009), avaliou-os conforme três dimensões: “autonomia”, que trata da capacidade dos conselhos de funcionarem independentemente das convicções do executivo, e avaliou questões estruturais como equipamentos, espaço físico e recursos materiais e humanos; “organização”, que se refere às instâncias internas de organização, frequência das reuniões do pleno e capacitações; e “acesso”, que retrata a possibilidade de a população participar do dia-a-dia dos conselhos e dos conselheiros de concorrerem ao cargo de presidente. Essas dimensões foram compostas por dezoito variáveis que podem ser acessadas no artigo “Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS”.

Os resultados da pesquisa apontaram para um mau desempenho dos CMS nas dimensões “autonomia” e “organização”, indicando que as regras atuais não têm sido suficientes para barrar a intencional elevação dos custos da participação social nas políticas. Indica também, que a ampliação da participação da sociedade como estratégia para o alargamento da base social de apoio aos CMS não tem sido eficiente em impedir reações negativas dos gestores. De acordo com os autores, esta é a raiz da dificuldade na democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde, pois

as regras que regulam as relações institucionais no processo decisório da política municipal de saúde permitem que os CMS avancem no caminho da inclusividade, mas favorecem reações contrárias dos que consideram o incremento da participação social um problema, o que lhes tolhe o caminho da liberalização. Por isto, os CMS não são, *per se*, suficientes para construir um setor saúde de características poliárquicas (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 804).

Para além disso, os dados da pesquisa apontam que, os CMS com os melhores resultados em “autonomia” e “organização” são os que se localizam em cidades que têm uma sociedade civil mais mobilizada e familiarizada com a articulação e negociação políticas.

Costa e Vieira (2013) apresentam alguns outros obstáculos enfrentados na representatividade da população usuária do SUS nos Conselhos, dentre eles: a ocupação de cadeiras da sociedade civil por pessoas com parentesco com o legislativo ou executivo, na intenção de garantir a aprovação dos interesses da prefeitura; e a falta de vínculos dos conselheiros com suas bases, tanto no processo de repassar as informações quanto no de articular posições sobre o que será debatido nas plenárias. Destacam também, o baixo grau de mobilização e politização presente na maioria das cidades, o que pode, em parte, ser responsável pela pouca efetividade dos conselhos e conferências na defesa dos direitos sociais, e pela manipulação dos governos exercida pelos gestores.

Os autores salientam a sobrecarga de funções acometida pelos conselheiros, a falta de transparência e o despreparo dos mesmos para o desempenho das tarefas, como contribuinte para o baixo desempenho dos conselhos (COSTA; VIEIRA, 2013). A “democracia interna” dos conselhos também têm sido tratada nas literaturas acerca do tema. Abranches e Azevedo (2004) enfatizam a influência negativa do exercício de poder de um grupo com maior capacitação técnica e/ou política e maior perfil socioeconômico, sobre o conjunto dos conselheiros. Essa “elite de referência”, geralmente trabalhadores e/ou gestores, consegue ter maior influência em relação à outras representações, o que pode levar o conjunto das entidades populares a escolher representações “mais preparadas” para a complexidade dos debates. Isso acaba acarretando na perda de rotatividade e na diminuição da diversidade/representatividade dentro dos conselhos.

Vieira (2010) constatou que os conselheiros do segmento de usuários normalmente se originam de arenas ideologicamente semelhantes, alinhados à esquerda e na luta por justiça social. Entretanto, essa afinidade ideológica não tem se expressado na representação de usuários a ponto de permitir a construção de um projeto político coletivo. Pelo contrário, essas entidades têm feito uso desses espaços com o intuito de delimitar suas diferenças de ideias, dificultando a articulação e construção de consensos na defesa de interesses conjuntos do segmento.

Se parte destes problemas se explicam pelo fato de a maioria dos participantes nos Conselhos e Conferências não acumularem uma luta política, também este tem sido um bom espaço para inserção e luta por direitos de inúmeros grupos sociais, incluindo associações de

moradores, associações de portadores de deficiências ou patologias, associações de mulheres, pessoas LGBTQIAP+, negros e indígenas, que historicamente não tiveram espaço para divulgar suas demandas. Adentrando espaços regidos por uma legislação pautada na universalidade, na integridade e nos direitos de todos, estes grupos, entretanto, não conseguem sair do nível básico e imediato de suas necessidades para buscar demandas de caráter mais coletivo, pois seu espaço cotidiano continua sendo de vulnerabilidade e privação em relação às necessidades imediatas de sobrevivência (KRÜGER, 2012).

Avançando na história, podemos perceber, com os governos de Temer e Bolsonaro (2016 e 2018 respectivamente), o aumento da pobreza e desigualdade social em nosso país, pois as políticas sociais foram sendo desmontadas e refinanciadas. Há de se destacar também a Emenda Constitucional 95, a “PEC do Teto dos Gastos Públicos”, a qual alterou a Constituição Brasileira de 1988 para instituir um Novo Regime Fiscal que reduziu e congelou os recursos para políticas sociais por 20 anos (BRASIL, 2016). Com isso, entramos com mais intensidade na era do neoliberalismo, acarretando grandes mudanças na política fiscal brasileira, a qual passa a priorizar o superávit primário, ou seja, captação de recursos maior que os gastos públicos. Estes recursos são destinados em número cada vez maior para o pagamento da dívida pública, com redução dos impostos dos mais ricos e gradativa diminuição dos investimentos em políticas públicas e sociais. As consequências da EC 95 podem ser melhor observadas quando analisamos dados da mudança na destinação de recursos para as políticas públicas, na qual pôde-se perceber uma queda real de 57,44% na destinação de recursos para direitos de cidadania (programas de direitos humanos, igualdade racial e de gênero), queda de 53,87% em habitação (principalmente o Programa Minha Casa Minha Vida) e queda de 47,34% na organização agrária (SALVADOR, 2020).

Para além disso, em 11 de abril de 2019, no início do seu governo, o presidente Bolsonaro assinou o decreto 9.759, que “extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal” (BRASIL, 2019). Passando a vigorar em 28 de junho de 2019, o decreto pretendia eliminar os conselhos e colegiados subordinados à administração pública. Mas como grande parte deles não podiam ser extintos por serem mencionados em leis sobre a estrutura do governo, a estratégia desse governo foi esvaziá-los no que diz respeito às funções e representatividade social, editando decretos específicos para alterar a regulamentação de cada um dos diversos conselhos de direito. Esta ação trouxe diversas consequências aos conselhos, muitos

tiveram mandatos eletivos interrompidos, e, nos piores casos, o conselho passou a existir apenas formalmente, não cumprindo mais seu papel no controle social das políticas públicas brasileiras. Tal decreto, foi danoso para as relações democráticas que timidamente se construíam no conjunto das políticas públicas, ainda não teve impacto direto nos Conselhos de Saúde por estarem previstos no artigo 198 da Constituição. No entanto, a fragilização e extinção dos demais colegiados participativos na esfera federal repercutiu nos colegiados da saúde nas três esferas de governo.

Considerando o exposto, destacamos que, a possibilidade da participação social nas políticas proporcionou uma socialização relativa da política, mas não socializou o poder político, e nem proporcionou a apropriação social das estruturas de poder do Estado e dos governos, o que acabou conferindo ao povo pouco impacto nas decisões políticas (NETTO, 1990). E, para além disso, construir uma cultura inclusiva que respeite a autonomia e os direitos das pessoas leva tempo e requer o solo certo para que as oportunidades floresçam e se manifestem. Considerando que no caso do Brasil ainda existe exclusão social na política, paradoxalmente é preciso contar com a colaboração de governos e representantes políticos para criar as condições necessárias para a participação social (VENTURA et al, 2017), o que não se percebe em nosso país nos dias de hoje.

Desta forma, podemos concluir que, embora os Conselhos Municipais de Saúde sejam deveras importantes na democratização da política, eles sozinhos não poderiam ser responsáveis por ela, é necessária toda uma mudança de paradigma no que diz respeito à participação da sociedade nas políticas públicas. Além de que, é necessário também maiores recursos e dedicação do poder público no caminho da interiorização dos conselhos, fazendo com que este “costume”, da participação via conselhos, alcance às cidades pequenas com pouco histórico de mobilização política, e, para além disso, seja efetivo no sentido de realmente interferir na elaboração, execução e fiscalização da política. Para isso, destaca-se a importância e necessidade de realização de capacitações frequentes aos conselheiros, a fim de que os mesmos tenham capacidade técnica e política para exercer seu papel, e para que sejam evitadas reproduções de elementos tradicionais da cultura política de nosso país e possibilitar a real diminuição das desigualdades sociais.

Por fim, apresentamos no próximo capítulo os dados selecionados neste trabalho, para que possamos, partindo da realidade concreta da participação da comunidade no SUS, trilhar novas estratégias que potencializem e defendam a política de saúde universal.

3. A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DOS CMS NO PERÍODO DA PANDEMIA

3.1 OS CONSELHOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE DISTANCIAMENTO SOCIAL EM FUNÇÃO DA COVID-19

Após o surgimento da Covid-19 – infecção causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) – em Wuhan na China, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no dia 30 de janeiro de 2020, informou que esta representava uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) (OPAS, 2020a). Alguns dias depois, em 11 de março de 2020, declarou que a doença se apresentava como uma pandemia, por haver surtos dela em vários países e regiões do mundo (OPAS, 2020b). No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, se tratando de uma pessoa que voltava de sua viagem à Itália.

Aqui, foi com a portaria do Ministério da Saúde nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020d) que se anunciou a emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN) em consequência do surto do novo coronavírus. Alguns dias depois foi publicada a lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020c), dispondo sobre o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, a qual permitiu as autoridades, no âmbito de suas competências, a adotar, entre outras medidas, o uso obrigatório de máscaras de proteção individual, o isolamento, e a quarentena. Por fim, se deu a regulamentação desta lei pelo decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020b), o qual deliberou sobre o exercício e funcionamento dos serviços públicos e atividades essenciais, como sendo aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades básicas da população.

A partir de então, o Ministério da Saúde, por intermédio de seu Ministro – na época Luiz Henrique Mandetta –, afirmou a autonomia dos estados para deliberar sobre a circulação de pessoas em cada território. Começa aí, a ausência do Governo Federal na linha de frente do enfrentamento à Covid-19, sem nenhum plano de contenção da pandemia, ficando relegado aos estados a responsabilidade de lidar com as consequências da mesma. Para além disso, percebe-se a evidente sequência de descompassos entre as afirmações públicas do presidente Jair Bolsonaro e do Ministro da Saúde. O presidente, por inúmeras vezes questionou a existência do vírus e fez pouco caso das consequências deste para nosso país: “[...] No meu entender, está

superdimensionado o poder destruidor desse vírus” (O GLOBO, 2020), “Não podemos entrar em uma neurose como se fosse o fim do mundo. Outros vírus mais perigosos aconteceram no passado e não tivemos essa crise toda. Com toda certeza há um interesse econômico nisso tudo para que se chegue a essa histeria” (G1, 2020). Enquanto o Ministro reafirmava a veracidade da doença e a confiança na ciência para se buscar saídas, orientando o seguimento das medidas de segurança sanitária, como o distanciamento social, uso de máscaras e álcool em gel.

É importante destacar que, embora discordasse de Bolsonaro, Luiz Henrique Mandetta foi um Ministro que, anterior à pandemia, centrou suas ações ministeriais em tentativas de privatização ou corte de programas da saúde já existentes. Por vezes questionou a gratuidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e trouxe à tona a pauta sobre o pagamento pelos serviços de saúde, levando a discussão ao Congresso Nacional (RODA VIVA, 2019).

O governo federal continuou se omitindo de sua tarefa de coordenação dos serviços de saúde no enfrentamento da pandemia, o que fortaleceu o protagonismo dos governadores estaduais na elaboração de respostas à crise por insuficiência dos serviços de saúde. Esse protagonismo acabou por favorecer a iniciativa privada por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSSs), que nas últimas décadas passaram a gerir a maioria dos serviços de saúde como hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018), que foram a referência de atendimento para a população durante a pandemia. Com isso, uma parte significativa da administração da pandemia ficou por responsabilidade de uma gestão indireta e terceirizada por meio das OSSs, e coube às secretarias estaduais o direcionamento de recursos financeiros, bem como a fiscalização e monitoramento dessas OSSs (IBROSS, 2020).

Para além disso, verifica-se a venda de leitos e artigos/itens de saúde pelas empresas privadas a preços absurdos, não houve regulamentação sobre isso durante a pandemia, por conta de se tratar de um período de calamidade pública. De acordo com Sodré (2020), em um regime de exceção, são os grupos privados que mais se fortalecem nas relações de compra e venda de mercadorias e serviços. São grupos empresariais de venda de respiradores, medicamentos e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) internacionais, e nacionalmente são os grupos hospitalares e planos de saúde, que vendem leitos para os governadores. Pois, “o momento de crise econômica por uma doença é para o mercado da saúde uma oportunidade” (SODRÉ, 2020, p. 8).

A constante recusa do Ministério da Saúde de coordenação das ações em saúde acabou gerando diversas ações fragmentadas dos estados e municípios, que, sozinhas, tiveram pouca ou nenhuma eficácia no combate à pandemia. Após a demissão do ministro Luiz Henrique Mandetta, o ministro Nelson Teich é nomeado. Com a desculpa de retomada do crescimento econômico, incentiva a narrativa de falsa dicotomia entre saúde e economia declarada por Bolsonaro, incentivando o não cumprimento do isolamento social e ampla abertura dos comércios. Bolsonaro se utilizou desta narrativa por diversas vezes, afirmando que o isolamento social com fechamento de diversas atividades econômicas não essenciais, prejudicou a economia nacional (MAIA, 2020). O presidente, então, ampliou o número de atividades econômicas consideradas essenciais, favorecendo a abertura do comércio em um momento de alta no número de casos e mortes por Covid-19 no país (FREIRE, 2020).

Outra frente utilizada foi a “propaganda” do medicamento hidroxicloroquina como cura para a Covid, Bolsonaro chegou a colocar o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército Brasileiro (LQFEx) a produzir dezenas e dezenas de unidades do medicamento, utilizando recursos do Tesouro Nacional repassados para o Ministério da Defesa (BRASIL, 2020e), além de reforçar em muitos de seus discursos a eficácia desta medicação contra a Covid-19. Seguindo orientações do Governo Federal, Teich demitiu diversos técnicos do Ministério, os substituindo por militares. Por fim, pediu demissão da pasta antes do fim do mandato, em meio a um visível crescimento do número de novos casos e de óbitos no Brasil (JUNQUEIRA; MACHIDA, 2020).

O Ministério da Saúde passou cerca de quatro semanas sem propostas para mudar a situação, seguindo com a ausência de testagem, que atravessou as ações ministeriais durante todo o período da pandemia, com a clara intencionalidade de não dar visibilidade aos óbitos. Porém, nem toda essa subnotificação foi suficiente para esconder a curva de mortes ascendente enquanto o país se tornava o epicentro da Covid-19 na América Latina e no resto do mundo. O método administrativo baseado na indiferença, negação da pandemia e falta de propostas sabotou as medidas sanitárias promovidas pelos estados e explicitou que o principal objetivo do Ministério da Saúde era não fazer nada (SÓDRE, 2020).

Após a demissão de Teich, percebe-se a total militarização do Ministério da Saúde, diversos técnicos foram demitidos e em seus lugares assumiram militares sem nenhuma formação em saúde. O general Eduardo Pazuelo assume o Ministério interinamente, e, junto com ele, mais 25 militares foram nomeados. A medida foi realizada com um discurso de provisoriedade, afim

de ajudar o país a passar pelo momento de crise, com o apoio do Presidente da República, que supostamente garantiu que os cargos sem profissionais capacitados e especialistas na área da saúde eram interinos (LIMA; CARDIM, 2020).

Mesmo com a mudança de ministro, o Ministério da Saúde continuou sem ações específicas de combate à pandemia, enquanto se multiplicava o número de infectados nas periferias, sendo notado uma mudança no perfil dos afetados. É importante destacar que, no início da pandemia, o perfil dos infectados pela doença no Brasil se caracterizou por serem pessoas de classe média retornando de viagens ao exterior (SODRÉ, 2020). Entretanto, neste momento, as taxas de letalidade e mortalidade dos mais pobres aumentaram inclusive nos estados com maior poder econômico. Em várias regiões do Brasil, a mortalidade por Covid-19 foi maior em municípios com maiores índices de pobreza e principalmente entre pardos e pretos (BARROS, 2020), constituindo o novo perfil dos afetados pela doença.

A falta de suporte que as políticas de assistência social poderiam prover, agora totalmente precarizadas pelo governo Bolsonaro, combinada com o adoecimento da população, revelou a falta de proteção social e as terríveis desigualdades econômicas que os brasileiros sofrem há décadas. E, com o abandono fornecido pelo Estado, a luta pela sobrevivência da classe trabalhadora é vivida de forma individual pelos sujeitos, que se veem sem saída perante à crise. Por fim, “as vidas nas UTIs e o acelerado número de óbitos comprovam as mortes por negligência do Estado, que, de forma heterogênea, mostram que o genocídio e o abandono compõem o verdadeiro método de gestão resumido na pergunta ‘E daí?’” (SODRÉ, 2020, p. 10).

Mas, afinal, como ficaram os Conselhos de Saúde no período pandêmico? Assim como diversos outros espaços, os Conselhos de Saúde sofreram as consequências da pandemia. Os espaços de participação social em saúde foram duplamente impactados pelo período pandêmico. Primeiramente porque a principal medida de diminuição do contágio (isolamento social) acarretou na impossibilidade do funcionamento dos Conselhos. Enquanto que a gravidade da situação provocada pela Covid-19 fez serem necessárias medidas rápidas e inovadoras para garantir a comunicação com a sociedade e o atendimento às novas necessidades impostas.

De acordo com uma pesquisa do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), o funcionamento dos Conselhos de Saúde no ano de 2020 pode ser categorizado em três fases: do mês de janeiro a março, quando não haviam restrições à prática das reuniões presenciais; a partir de março/abril (após a aprovação das medidas de enfrentamento à Covid e decreto das atividades

consideradas essenciais), quando houve o cancelamento das reuniões ou realização das mesmas de forma on-line por videoconferência; a partir de junho, quando houve a possibilidade de realizar as reuniões tanto de forma virtual quanto híbrida (presencial e virtual), mesmo que ainda vigorassem as medidas restritivas e preventivas (CEAP, 2022a).

Vale destacar que, a adoção de reuniões on-line como forma de viabilizar a continuidade da participação social não estava prevista nos regimentos internos dos Conselhos. Portanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu uma instrução normativa, após convertida na resolução nº 645, de 30 de setembro de 2020 (BRASIL, 2021) afim de estabelecer normas para o funcionamento das reuniões colegiadas do CNS no formato remoto. Esta resolução, além de tratar dos procedimentos relativos ao funcionamento das reuniões de forma on-line, buscou apontar a prioridade por pautas relacionadas à emergência de saúde pública causada pela Covid-19, reforçando os critérios de relevância, pertinência, precedência e tempestividade. Entretanto, de acordo com o CEAP (2022a), não houve nenhuma instrução nesse sentido advinda dos Conselhos Estaduais ou Municipais de Saúde.

Importante evidenciar a atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) durante o período da pandemia, que, com a intenção de manter viva a participação social, instalou o Comitê do CNS para Acompanhamento da Covid-19, além de realizar encontros com os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e com a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. O CNS constituiu, junto a entidades acadêmicas, sociais e científicas, a Frente pela Vida, que elaborou e apresentou o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 (FRENTE PELA VIDA, 2020). Ademais, o CNS chegou a ser fonte de informação para vários veículos de comunicação, e seus conselheiros e conselheiras concederam diversas entrevistas partilhando suas vivências e dando visibilidade à importância da prevenção a Covid-19 e da divulgação dos dados oficiais sobre contágio e óbitos no país (PIGATTO, 2021).

Para além disso, no contexto da pandemia, o CNS investiu em equipamentos e plataformas para apoiar os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) na educação permanente. Todos CES tiveram assinaturas à plataforma *Zoom Meeting*, para videoconferência, *streaming* e transmissão de atividades, além de fones de ouvido, *webcam* e microfone para as reuniões. As comissões dos CES de articulação nacional, como as do financiamento, saúde mental, saúde do/a trabalhador/a e atenção primária à saúde, continuaram articuladas e tendo mobilizações descentralizadas nos estados e municípios. Merece destaque a Comissão de Educação

Permanente do CNS, em parceria com a OPAS e CEAP, que assumiu, no período da pandemia, o processo de educação permanente dos/as conselheiros/as de saúde nos estados, incluindo também a formação sobre o uso das plataformas digitais por meio da perspectiva da educação popular (CEAP, 2022a).

Focando em Santa Catarina, em 15 de julho de 2020, o Conselho Estadual de Saúde (CES/SC) publicou a resolução nº 003, na qual recomenda às Secretarias Municipais de Saúde que incluam uma representação de seu respectivo Conselho Municipal de Saúde na estrutura de formulação de estratégias de enfrentamento à Covid-19, assegurando a participação social na formulação e no controle da execução da Política de Saúde (SANTA CATARINA, 2020). As informações sobre a dinâmica dos Conselhos de Saúde estadual e municipais no estado não estão divulgadas e não há nenhuma avaliação ou informação sobre a implementação da Resolução 003/2020 do CES/SC. Vale observar que o site do CES/SC está bastante desatualizado, sequer o nome Conselho Estadual de Saúde aparece por extenso e as últimas atas e resoluções publicadas são de 2020 (SANTA CATARINA, 2022)

Muitas têm sido as dificuldades impostas pela pandemia e pela necessidade de realização das reuniões dos Conselhos no formato remoto, por videoconferência. As principais dificuldades são na busca por garantir a participação dos/as conselheiros/as nas reuniões, muitos não têm computador com câmera e uma internet que suporte uma videoconferência sem interrupções. Para além disso, um levantamento realizado por meio de entrevistas com conselheiros estaduais de saúde produzido pelo CEAP, apontou que um dos motivos de dificuldade no período da pandemia foi a presença significativa de idosos entre os integrantes dos conselhos, que além de serem grupo de risco da Covid-19, têm maiores dificuldades com equipamentos e plataformas virtuais (CEAP, 2022b).

Nas entrevistas, se evidenciou considerações de que, a despeito das dificuldades, o formato virtual proporcionou também benefícios aos Conselhos. Pôde permitir um número maior de reuniões, mais facilidade em atingir o quórum, maior proximidade com os Conselhos Municipais de Saúde e maior transparência das reuniões, podendo ser transmitidas através das redes sociais. Apesar disso, se verifica a necessidade de interiorização da internet, melhoras no sinal e renovação dos equipamentos de informática e de celulares em todos os estados. De acordo com o levantamento, na maioria das vezes a disponibilização destes equipamentos/internet se deu por investimento pessoal dos conselheiros e/ou técnicos (CEAP, 2022b). Por isso, seria essencial

que os poderes executivos através das secretarias de saúde disponibilizassem, além de aplicativos de videoconferência e assessoria técnica aos Conselhos, computadores ou notebooks com câmera acoplada, microfones de qualidade e recursos financeiros a fim de custear o acesso à uma internet de banda larga, tanto para os Conselhos quanto para seus respectivos conselheiros/as (CEAP, 2022a).

Para além das dificuldades citadas acima, salienta-se a falta de condição técnica (habilidade pessoal e profissional para a realização de atividades nesta modalidade) como um dos principais problemas em relação a estrutura e recursos dos CES no período da pandemia. Adicionalmente, mesmo com o uso das redes sociais, percebe-se que a comunicação com a sociedade tem sido prejudicada pela falta de técnicos trabalhando na área. Tratando desse tema – novos arranjos de comunicação e ferramentas tecnológicas –, os relatos foram predominantes quanto ao uso do aplicativo *WhatsApp* como meio utilizado pelos CES para a comunicação interna e externa. Na comunicação interna, além do *WhatsApp*, se deu continuidade no uso do telefone, e-mail, plataformas virtuais, e em alguns casos, repositórios de documentos. Várias têm sido as estratégias para a ampliação e melhoria da comunicação externa. Destacaram-se a utilização do e-mail, grupos de conselheiros no *WhatsApp*, uso de *podcasts*, vídeos e redes sociais (*Instagram*, *Facebook*, *Twitter* e *Youtube*). A transmissão e/ou disponibilização posterior das plenárias no *Youtube* e *Facebook* têm sido utilizadas como forma de transparência dos Conselhos.

Sobre os temas de pauta relacionados à Covid-19, de acordo com as entrevistas foram: situações dos hospitais, UTIs, medicação, respiradores, Plano Estadual de Enfrentamento à Covid-19, superlotações, atenção aos adoecidos, serviço de alta e média complexidades, falta de leitos, demanda reprimida, vacinação, atualização de dados, entre outros. Nos debates sobre ações de enfrentamento à Covid-19, destacaram-se algumas ponderações dos entrevistados em relação à gestão da saúde nos estados, que variaram entre a não consideração dos debates e deliberações do pleno até o reconhecimento da possibilidade de parcerias entre o CES e a gestão estadual (CEAP, 2022b).

Em relação à atuação dos segmentos no período supracitado, o levantamento trouxe alguns apontamentos: a) usuários/as - é o segmento com maiores dificuldades, porém, o grupo não é harmônico e possui diferentes condições de representação. De acordo com um representante da Mesa Diretora do CES/PE, o segmento “[...] usuário, quando faz movimento de

falas no pleno, suas dificuldades de participar se evidenciam. Por exemplo, uma conselheira tinha necessidade de ir ao Conselho para poder acessar a internet e se percebeu que ela não tinha habilidade de acessar”. b) trabalhadores/as - uma representante da Mesa Diretora do CES/PE comentou que o segmento trabalhador “é mais presente pelas habilidades naturais que o segmento tem com algumas ferramentas”. c) gestor/a - um representante da Mesa Diretora do CES/SE, avaliou que, durante a pandemia, a gestão se limitou a responder às demandas trazidas. No Espírito Santo, as ações de combate à Covid-19 se depararam com “um governo pautado na ciência, batalhando e lutando pelas coisas reais”, de acordo com a representante da Mesa Diretora (CEAP, 2022b).

Por fim, destacamos o esforço dos/as conselheiros/as e técnicos/as que, mesmo com as diversas dificuldades, se mantiveram na luta pela continuidade e ampliação da participação social na saúde durante o período pandêmico. E reforçamos que

“Uma gestão pública que não leva em consideração a participação da comunidade na gestão do SUS, além de estar descumprindo a Constituição de 1988 e as legislações posteriores, está também perdendo grandes oportunidades de unir o conhecimento acadêmico, técnico e popular na execução das políticas e intervenções sociais. Unindo esses diferentes espaços, com suas atribuições e responsabilidades de encontrar saídas ante as necessidades sociais e demandas do conjunto da população, é possível ter o controle social e a gestão pública como agentes de transformação das nossas realidades” (PIGATTO, p. 133).

3.2 METODOLOGIA DA PESQUISA SOBRE A DINÂMICA DOS CMS NA PANDEMIA DA COVID-19

Este trabalho busca responder “Qual a dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia?”. Para o desenvolvimento deste estudo escolheu-se de forma relativamente aleatória os Conselhos Municipais de Florianópolis, de Chapecó e Biguaçu. A escolha dos mesmos se deu por conta do porte de cada um, sendo 1 (um) Conselho de capital, portanto cidade de grande porte (Florianópolis), 1 (um) Conselho de cidade de grande porte (Chapecó) e 1 (um) Conselho de cidade de médio porte (Biguaçu) (FECAM, 2022), com isso se esperou conseguir ter uma perspectiva de como se deu o andamento das atividades nos diferentes cenários possíveis.

Tem-se como objetivo geral desta pesquisa analisar a dinâmica de funcionamento e as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia de

Covid-19. E como objetivos específicos: Conhecer as condições de infraestrutura de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e as condições dos conselheiros para atividades na modalidade virtual no período da pandemia; mapear as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia; identificar a dinâmica de funcionamento dos CMS considerando a periodicidade das reuniões do pleno, os encontros das comissões, as articulações com CLS e intersetoriais; e relacionar e refletir sobre os temas que perpassaram as pautas dos CMS no período da pandemia.

Compreendendo a importância do objeto em estudo para as produções do Serviço Social, para a população usuária do SUS e para a efetivação do direito à saúde enquanto política pública gratuita, universal e de qualidade, – e entendendo a complexidade do tema em análise –, nesta pesquisa prioriza-se a análise quali-quantitativa. Essa escolha se deu pela necessidade de se traduzir as opiniões e informações em números, para classificá-las e analisá-las, como prevê a análise quantitativa (PRODANOV, 2013), porém, não descartando que uma pesquisa na área das ciências sociais aplicadas necessita de um olhar que aprofunde os sentidos e significados dados às ações dos sujeitos analisados, como previsto na análise qualitativa (MINAYO, 2009).

Essa pesquisa buscará a produção de conhecimento científico, o qual se constitui enquanto um conhecimento advindo da experiência e, por esse motivo, destituído de um saber absoluto. O conhecimento científico possibilita ser renovado e alterado no decorrer de seu percurso, pois entende sua inabilidade de explicar a totalidade da questão em estudo, assim sendo, mesmo suscetível a modificações, o conhecimento científico é sistemático e verificável (LAKATOS; MARCONI, 2003).

De acordo com Minayo (2009, p. 16), a pesquisa sob o ponto de vista científico constitui-se enquanto exercício de questionamento da realidade, e “embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação”, ou seja, as questões colocadas em uma pesquisa constituem o problema a ser investigado, que surgem primeiramente na prática. Nesse sentido, a pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa se utilizou da técnica de pesquisa documental de fonte pública, a qual se dá a partir da análise de documentos não tratados cientificamente, ou seja, fontes primárias, e possibilita o conhecimento de evidências que fundamentem as afirmações do/a pesquisador/a (GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2003). Neste caso, foram coletadas e analisadas informações nos *sites* dos Conselhos ou, no caso de não existência do *site* próprio do Conselho, foram buscadas no *site* das Prefeituras dos mesmos, nesta etapa se buscou informações

como: equipe da secretaria executiva, composição dos Conselhos por segmento, divulgação das reuniões, atas das reuniões e atas do processo eleitoral. Buscou-se também, informações em jornais on-line, sobre a conjuntura brasileira e sobre a pandemia.

Como forma de coleta de dados complementar, se utilizou da observação participante, a qual, de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 194), “consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste”. Dessa forma, fez-se uso desta técnica na coleta de dados em um dos Conselhos estudados, durante o exercício do estágio supervisionado em Serviço Social na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis (anos de 2021 e 2022), buscando apreender mais proximamente a dinâmica de funcionamento do Conselho, o andamento das discussões, a organização da Secretaria Executiva, as demandas levadas e a forma de participação dos quatro segmentos.

No CMS Florianópolis, o acesso às informações foi mais facilitado, por conta do estágio supervisionado na Secretaria Executiva do Conselho, se pôde ter acesso as informações necessárias à pesquisa. Entretanto, destaca-se que no site do Conselho a composição por segmentos não estava atualizada e nem completa, mas havia informações sobre as comissões, atas das reuniões Plenárias, bem como sua divulgação, materiais informativos, relatório da 9ª e 10ª Conferência de Saúde, resoluções emitidas pelo Conselho e informações sobre os Conselhos Distritais e Locais de Saúde. Sobre a composição do Conselho, entramos em contato via WhatsApp e conseguimos duas listas de presença, que demonstram que houve mudanças na composição durante o período estudado.

O *site* do CMS Chapecó é um *link* que nos redireciona à uma pasta compartilhada do *Google Drive*. Lá estão disponibilizadas as atas do Conselho, convocações das reuniões Plenárias, alguns poucos materiais informativos, resoluções e moções emitidas pelo Conselho, bem como relatório das Conferências de Saúde e de algumas Conferências Temáticas. A composição não consta no site, portanto, foi realizado contato com o Conselho via e-mail e, assim, conseguimos acesso à composição por segmentos.

No caso do CMS Biguaçu, não há *site* e na página da Prefeitura de Biguaçu não foi possível encontrar nenhuma informação a respeito do Conselho, a não ser os contatos do mesmo. Dessa forma, foi realizado contato via e-mail com o CMS, o qual não obtivemos resposta pela

plataforma, porém, a conselheira e Secretária Executiva do Conselho à época, Mariana Ester Borges Costa, nos respondeu via *WhatsApp*. Com esse contato conseguimos acesso à composição do conselho - a qual percebemos que houve mudança no período estudado -, algumas poucas atas do período de 2020 e 2021, pareceres do Conselho de aprovação de relatório de gestão e outros temas, convocatória das reuniões plenárias e cartas abertas. Destaca-se, sobre este Conselho, a escassez de documentos e informações, o que pode acarretar em análises não tão precisas.

Na segunda etapa, utilizou-se novamente da pesquisa documental, mas dessa vez, analisando as informações coletadas, bem como, composição do Conselho, divulgação de reuniões das comissões, e atas das reuniões plenárias. Tal conteúdo nos permitiu organizar o item seguinte sobre a estruturação e organização dos CMS. Na análise das atas das reuniões plenárias dos Conselhos, buscamos identificar as pautas debatidas, as demandas, a participação de cada segmento nas reuniões e os encaminhamentos aprovados.

As atas do CMS Florianópolis foram disponibilizadas em formato PDF e WORD, elas estão elaboradas com uma linguagem clara e separada por tópicos, não no formato “tradicional” de ata, de texto corrido. As atas deste CMS são longas, contendo em média 18 a 20 páginas, para sua elaboração, as reuniões são gravadas e posteriormente transcritas. Os tópicos que constam são: “Informações Preliminares”, “Abertura e Pauta”, “Desenvolvimento dos Trabalhos” e “Conselheiros Presentes”. As falas são enumeradas conforme a pauta e ordem de fala. Conseguimos localizar atas dos meses de fevereiro de 2020, e a partir de maio de 2020 a dezembro de 2021 (com exceção dos meses de março e abril de 2020, que se acredita que não houve reuniões, e janeiro de 2021 pois o CMS não tem expediente neste mês). Não há sinalização nas atas de fevereiro de 2020 à novembro de 2020 acerca dos encaminhamentos, após essa data os mesmos estão sinalizados por meio do realce ‘negrito’. As atas não estão assinadas.

As atas do CMS Chapecó foram disponibilizadas em formato PDF, estando elaboradas na formatação “tradicional” de ata, em texto corrido. Antes da descrição da ata, consta a lista de presença, também em texto corrido. Não há estrutura de tópicos, mas os pontos de pauta constam em ‘negrito’, assim como quando se inicia cada ponto, servindo como separação entre um ponto de pauta e outro. As falas não estão sinalizadas/separadas de nenhuma forma (nem negrito nem enumeradas), dificultando a diferenciação entre onde começa e onde acaba cada fala, também não há sinalização dos encaminhamentos aprovados. Todas as atas estão assinadas manualmente. As atas deste CMS têm uma média de 5 à 9 páginas. Não há indicação de como as atas são

elaboradas, se concomitante à reunião ou gravadas as reuniões e transcritas posteriormente. Tivemos acesso às atas dos meses maio de 2020 à novembro de 2021 (com exceção dos meses de janeiro de 2021, no qual se imagina que o conselho não tenha expediente, e julho de 2021).

Sobre o CMS Biguaçu, destaca-se, novamente, a escassez de informações e, neste caso, de atas. Tivemos acesso à apenas 2 (duas) atas do ano de 2020 (meses de setembro e novembro), e 4 (quatro) do ano de 2021 (meses de abril, maio e junho), tivemos acesso também à 2 (duas) convocações de reunião (dezembro de 2020 e agosto de 2021), porém sem as atas das mesmas. As atas foram disponibilizadas em formato PDF e estão elaboradas na formatação “tradicional” de ata, em texto corrido. As atas deste CMS são curtas, tendo entre 1 à 2 páginas, e não há indicações sobre como é elaborada, se concomitante à reunião ou se a mesma é gravada e transcrita posteriormente. Não consta nas atas os pontos de pauta, apenas sendo citados ao início do debate de cada um. Não há sinalização no início de cada ponto de pauta e nem diferenciação e/ou enumeração das falas. Algumas informações importantes ao debate estão sinalizadas em ‘negrito’, conseguimos distinguir 2 (duas) atas aonde os encaminhamentos também estavam sinalizados em negrito, sendo 1 (uma) de 2020 e 1 (uma) de 2021. As listas de presença não constam na ata, nos sendo encaminhadas em documentos separados.

3.3 A ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS CMS PESQUISADOS

Os municípios escolhidos para a pesquisa foram Florianópolis, Chapecó e Biguaçu, todos localizados em Santa Catarina. O município de Florianópolis tem extensão de 674,844km² (IBGE, 2021) e população estimada em 516.524 pessoas, de acordo com a FECAM (2022). Florianópolis é a capital do estado e o seu Conselho Municipal de Saúde foi criado no ano 1989 por meio da Lei Municipal nº 3.291 (FLORIANÓPOLIS, 1989).

Chapecó tem a extensão de 624,846km² (IBGE, 2021) e população estimada em 227.587 pessoas (FECAM, 2022), se localizando na região Oeste do estado. Seu Conselho Municipal de Saúde foi criado no ano de 1991 por meio da Lei Municipal nº 3.290 (CHAPECÓ, 1991).

Já Biguaçu tem a extensão de 365,755km² (IBGE, 2021) e população estimada em 70.471 pessoas (FECAM, 2022), ficando localizado na região da Grande Florianópolis. Seu Conselho

Municipal de Saúde foi criado no ano de 2001 por meio da Lei Municipal nº 1.526 (BIGUAÇU, 2001).

Para apresentar a estrutura e a organização dos Conselhos escolhidos para este estudo buscamos inicialmente dados disponíveis nos sites, como podem ser observados no quadro 1. Na página do CMS Florianópolis consta a lei de criação na íntegra (<http://cms.pmf.sc.gov.br/>), o CMS Chapecó consta a lei de reestruturação do CMS, Lei nº 6419, de 17 de junho de 2013 (CHAPECÓ, 2013) (<https://drive.google.com/drive/folders/1SbB18M-vl9znrozL85eHHfVnvdXfZflw>), na qual cita a lei de criação e pudemos, a partir disso, pesquisá-la. O CMS Biguaçu não possui site, portanto, contamos com informações disponibilizadas por uma antiga conselheira. Vale observar que o site da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu está vazio de informações e não há qualquer referência ao Conselho ou mesmo endereço de e-mail disponibilizado ao público (BIGUACU, 2022). Nos documentos compartilhados pela ex conselheira havia a citação da lei de criação do Conselho, e, com isso, pudemos pesquisar e encontrá-la.

Quadro 1- Informações disponíveis nos sites dos Conselhos Municipais de Saúde

Cidade/ Conselho	Lei de criação	Regimento Interno	Atas	Resoluções	Divulgação e cronograma das reuniões	Composição atual do CMS	Link das comissões	Memória das conferências
Florianópolis	X	X	X	X	X	X		X
Chapecó	X	X	X	X	X			X
Biguaçu								

Fonte: Consulta aos sites dos CMS. Organização: Monteiro (2022).

Em relação ao regimento interno, apenas Florianópolis e Chapecó os disponibilizam em seus sites, constando o documento na íntegra. Ambos disponibilizam também em seus sites as atas das reuniões plenárias. Sobre as resoluções, os CMS de Florianópolis e Chapecó as disponibilizam em seus sites. Como citado anteriormente, o CMS Biguaçu não tem site, e as informações que temos foram disponibilizadas especificamente para essa pesquisa. Em relação às atas, Biguaçu nos disponibilizou uma pequena quantidade, como citado no item 2.2, bem como uma pequena quantidade de resoluções⁶.

Sobre o cronograma e divulgação das reuniões, o CMS Florianópolis tem um calendário em seu site constando todas as reuniões, inclusive de comissões e reuniões de Conselhos Locais e Distritais de Saúde. O CMS Chapecó tem um documento em PDF com o calendário das reuniões

⁶ Esta CMS denomina as resoluções de “pareceres”.

plenárias e consta também as convocações das reuniões, porém, não há nenhuma informação no site sobre as reuniões das comissões ou de Conselhos Locais e Distritais de Saúde.

Nenhum dos Conselhos estudados possuem informações atualizadas sobre a composição em seus sites. Entramos em contato com o CMS Chapecó via e-mail e conseguimos tais informações, que constam no anexo C. O CMS Florianópolis disponibiliza em seu site apenas a composição antiga (no caso é a composição atuante no período estudado, pois foram realizadas eleições do conselho no mês de maio de 2022), e esta composição está incompleta. Portanto, entramos em contato com o CMS de Florianópolis via *WhatsApp* e conseguimos duas listas de presença de reuniões plenárias do período estudado, nas quais pudemos perceber mudanças na composição. Sobre o CMS Biguaçu, conseguimos tais informações a partir de listas de presença compartilhadas conosco, na qual pudemos notar mudanças na composição durante o período estudado, como no CMS Florianópolis.

Nenhum dos CMS disponibiliza o link das comissões, apenas o CMS Florianópolis consta em seu site informações sobre as comissões estruturadas e quais suas definições e funções. Os CMS Florianópolis e Chapecó disponibilizam relatório de Conferências de Saúde. Florianópolis disponibiliza apenas os relatórios da 9ª e 10ª Conferências Municipais de Saúde, já Chapecó disponibiliza o relatório de todas as Conferências Municipais de Saúde realizadas até o momento (1ª a 9ª), e das seguintes Conferências Temáticas: “1ª Conferência Municipal de Saúde Mental”, “1ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres”, “1ª Conferência Municipal de Saúde Ambiental”, “1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde”. Além de disponibilizar o compilado de propostas da 1ª Conferência Regional de Saúde Mental e 2ª Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Região do Grande Oeste de Santa Catarina.

Quadro 2- Informações complementares da organização disponíveis nos sites dos Conselhos Municipais de Saúde

Cidade/ Conselho	Espaço para os CDS e CLS	Material informativo	Facebook	Instagram	Youtube	WhatsApp	Endereço Email, fone	Horário de atendi- mento
Florianópolis	X	X	X	X	X	X	X	
Chapecó		X					X	
Biguaçu								

Fonte: Consulta aos sites dos CMS. Organização: Monteiro (2022).

Seguindo com as observações sobre a estrutura e organização dos CMS, apenas o CMS Florianópolis tem em seu site espaço para os Conselhos Distritais e Locais de Saúde, no qual divulga os coordenadores de cada CDS, e, dentro dele, os CLS ativos e seus coordenadores. Não há indicação se essas composições estão atualizadas ou não. Em relação ao CMS Biguaçu, foi possível perceber na leitura da ata de setembro de 2020 (BIGUAÇU, 2020a), que talvez não haja ainda Conselhos Distritais e Locais de Saúde no município. Sobre o CMS Chapecó, encontramos na ata nº 178 (mês de setembro de 2021) informações sobre a existência de CLS em Chapecó e, inclusive, de uma Comissão de Conselhos Locais de Saúde, para acompanhar e auxiliá-los (CHAPECÓ, 2021i).

Sobre a divulgação de materiais informativos, os CMS Florianópolis e Chapecó os disponibilizam. Florianópolis disponibiliza diversos materiais informativos, desde informações sobre a Covid-19 no estado de Santa Catarina e no município, vacinação contra a Covid-19 e outras vacinas, até campanhas temáticas mensais do SUS, enfatizando a divulgação realizada pela Prefeitura e Secretaria de Saúde. Já Chapecó disponibiliza em seu site apenas materiais informativos dos anos de 2017, 2018 e 2019, estes materiais eram elaborados em forma de um ‘jornal’ do CMS, no qual eram divulgadas as principais notícias de cada mês, como o encerramento de algum programa governamental, a divulgação de reuniões e Conferências e a aprovação do Plano Municipal de Saúde.

Em relação as redes sociais dos CMS, nenhum deles divulga em seu site informações a respeito disso, porém, sabemos que o CMS Florianópolis tem conta no *Facebook* (<https://www.facebook.com/cmsaude.floripa>), *Instagram* (<https://www.instagram.com/conselhosaudefloripa/>), *Youtube* (<https://www.youtube.com/@ConselhoMunicipaldeSaude>) e *WhatsApp*. No *Facebook* e *Instagram* o CMS geralmente divulga as reuniões plenárias, reuniões de comissões e rodas de conversa, no *Youtube* geralmente divulga a gravação de Conferências e de rodas de conversa realizadas on-line. No *WhatsApp* é possível contatar a equipe da Secretaria Executiva do Conselho para sanar eventuais dúvidas sobre reuniões plenárias, de comissões e de CDS/CLS, eventos do CMS e sobre o cronograma de vacinações da Secretaria de Saúde. Os demais CMS não tem ou não conseguimos encontrar contas nas redes sociais descritas acima.

O CMS Florianópolis consta diretamente em seu site informação sobre o endereço e telefone. Como citado anteriormente, o site do CMS Chapecó é uma pasta compartilhada do

Google Drive, portanto, não há a possibilidade de um espaço para tais informações, como no CMS Florianópolis. No site da Prefeitura de Chapecó também não há informações sobre o CMS, há apenas um *link* que nos direciona diretamente para a pasta do CMS. É possível obter informações sobre telefone, endereço e e-mail apenas de forma indireta, a partir dos documentos compartilhados na pasta do CMS.

Como citado anteriormente, não há nenhuma informação sobre o CMS Biguaçu no site de sua Prefeitura ou da Secretaria de Saúde. Nenhum dos CMS disponibiliza em seu site informações sobre o horário de atendimento ao público.

Quadro 3- Composição dos Conselhos Municipais de Saúde por segmento

Cidade/Conselho	Total de membros titulares	Usuários	Trabalhadores	Gestor público	Prestador de serviço privado
Florianópolis	32	16	8	6	2
Chapecó	28	14	7	5	2
Biguaçu	15 ou 16	7 ou 8	4	3	1

Fonte: Leis de criação dos respectivos Conselhos e lista de presença em reuniões. Elaboração: Monteiro (2022).

Voltando para a composição dos CMS, o quadro acima detalha o número de conselheiros titulares de cada segmento em cada um dos CMS estudados. Podemos perceber que o número total de conselheiros muda de cidade para cidade, por conta do número de habitantes/usuários dos serviços de saúde em cada município. As listas completas das composições dos CMS constam nos anexos A, B, C, D e E. Pela distribuição do número de conselheiros em relação aos segmentos, vimos que os três colegiados estão de acordo com o previsto na lei 8.142/1990 – 50% de usuários, 25% trabalhadores e 25% distribuídos entre gestor público e prestador privado (BRASIL, 1990b). Os números de conselheiros do CMS Biguaçu não estão precisos, pois as listas disponibilizadas continham espaço para 16 (dezesesseis) conselheiros/as titulares, mas nem todos estavam preenchidos com os nomes dos conselheiros/as.

Um dado a ser analisado diz respeito à cadeira de presidente do CMS, em Florianópolis, o presidente é o Secretário Municipal de Saúde, que é o presidente nato, ou seja, não é realizado eleição para este cargo. A Lei de criação do Conselho prevê apenas eleição entre os demais segmentos para o cargo de vice presidente.

Em Chapecó, o presidente é eleito, o ano de 2020 iniciou com o presidente Fábio Ramos Nunes Fernandes, conselheiro do segmento de profissionais de saúde, representando o Sindicato

dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Chapecó e Região (SITESSCH), e finalizou com a presidente Elisonia Renk, conselheira do segmento de usuários, representando o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário de Chapecó (SITICOM). No ano de 2021 se muda novamente o presidente para André João Telocken, conselheiro do segmento de prestadores de serviço privados, representando a Clínica Integrada de Saúde Auditiva (OTIOUVE)⁷. Em Biguaçu, o presidente também é eleito e se manteve o mesmo durante o período estudado, é Marcelo França, conselheiro do segmento de profissionais de saúde, trabalhador da área de odontologia, sem referências da entidade de representação.

O debate sobre a presidência dos CMS é extenso, muitos CMS ainda mantém o Secretário de Saúde como presidente nato (como é o caso de Florianópolis), mas há diversos debates sobre o caráter democrático de se votar para eleger o presidente. Tanto o CMS Chapecó como o Biguaçu, reestruturaram seu funcionamento após a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), e, com isso, retiraram a posição de presidência nata do Secretário (BIGUAÇU, 2011; CHAPECÓ, 2013). O CMS Chapecó, inclusive, proíbe o Secretário de Saúde de se candidatar para a vaga de presidente do CMS. A permanência do/a gestor/a como presidente do conselho pode assinalar uma possível restrição da autonomia do CMS, sendo o próprio Secretário que delibera e homologa as decisões tomadas no colegiado em que ele/a preside (COTTA, CAZAL e MARTINS, 2010).

Sobre a estrutura e organização do CMS os dados acima evidenciam que estes estão minimamente em acordo com o previsto na Lei 8142/1990 (BRASIL, 1990b) e parcialmente conforme a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) que dispõe sobre as diretrizes de funcionamento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo.

3.4 A REORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES E AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO NA MODALIDADE VIRTUAL

⁷Na ata nº 158, o mesmo consta como representante do Sindicato de Contabilistas de Chapecó e Região (Sindicont). Supomos que após o processo de eleição realizado em abril de 2021, o mesmo tenha mudado de segmento.

Os efeitos da pandemia do novo coronavírus extrapolaram a área da saúde. Eles permearam a sociedade como um todo, que vive e ainda vai passar por mais mudanças provocadas pela Covid-19: isolamento social, distanciamento, ações de saúde pública, medidas econômicas, desemprego, um grande número de mortes, de sequelas físicas e na saúde mental da população. No entanto, ainda não é possível afirmar se as mudanças verificadas até o momento serão encaradas como transformações de comunidades ou da sociedade como um todo. Os impactos históricos e sociais provocados pela pandemia da Covid-19 ainda estão sendo “construídos” e analisados. Desse modo, as atividades dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde nas três esferas de governo, em particular, não passaram ao largo de todos os seus efeitos e medidas de contingenciamento.

Nessa conjuntura, os espaços políticos-organizativos, institucionalizados ou não, foram duplamente impactados pela pandemia. O isolamento social, principal medida para diminuir o contágio, impossibilitou a dinâmica presencial de funcionamento através de reuniões, 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 de comunicação com a sociedade e de atendimento às novas necessidades. E como continuar o funcionamento dos espaços de participação institucionalizados? O contexto da crise sanitária demandava o funcionamento do sistema de saúde público (SUS) forte e vigoroso e os Conselhos de Saúde, com seu papel de deliberação e fiscalização da política, dos serviços e orçamento não poderiam se ausentar.

Mesmo com a necessidade de distanciamento social os Conselhos de Saúde se colocaram a exigência de rapidamente se apropriarem de novas habilidades comunicacionais e continuarem seu trabalho por meio virtual. Assim, o objetivo deste item é demonstrar como os três conselhos, objeto deste estudo, se organizaram para dar continuidade as suas atividades pela modalidade virtual. Inicialmente consideramos a periodicidade das reuniões do pleno, a presença de quórum e se os CMS realizaram outras atividades e articulações no período.

Nos anos de 2020 e 2021, o CMS Florianópolis realizou 20 (vinte) reuniões ordinárias, e 6 (seis) extraordinárias, a primeira reunião foi realizada em fevereiro de forma presencial, e a partir de maio à dezembro todas (incluindo ordinárias e extraordinárias) foram realizadas de forma on-line, totalizando 25 plenárias neste formato. Destas reuniões, 6 (seis) não tiveram quórum na primeira chamada, de forma on-line após as restrições devido a Covid-19, que teve 15

(quinze) conselheiros/as presentes, de um total de 32 (trinta e dois/duas); uma no mês de outubro de 2021, que contou com a presença de 12 conselheiros/as e 1 (uma) ausência justificada, e a outra no mês de dezembro, que teve a presença de 14 (quatorze) conselheiros/as. Houveram também, 3 (três) reuniões extraordinárias sem quórum, uma no mês de julho de 2020, na qual estiveram presentes 13 (treze) conselheiros/as e 1 (uma) falta justificada; uma no mês de março de 2021, que contou com a presença de 14 (quatorze) conselheiros/as e 1 (uma) ausência justificada, e a outra no mês de outubro de 2021, que teve apenas 7 (sete) conselheiros/as presentes.

Quadro 4- Reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde em 2020 e 2021

Cidade/Conselho	Reuniões 2020		Reuniões 2021	
	Ordinárias	Extraordinárias	Ordinárias	Extraordinárias
Florianópolis	9	3	11	3
Chapecó	8	3	10	4
Biguaçu	3	0	3	2

Fonte: Atas dos Conselhos Municipais de Saúde. Elaboração: Monteiro (2022).

Quadro 5- Reuniões presenciais e remotas dos Conselhos Municipais de Saúde em 2020 e 2021

Cidade/Conselho	Reuniões 2020		Reuniões 2021	
	Presencias	Remotas	Presencias	Remotas
Florianópolis	1	11	0	14
Chapecó	0	11	6	8
Biguaçu	1	2	0	4

Fonte: Atas dos Conselhos Municipais de Saúde. Elaboração: Monteiro (2022).

No mesmo período (2020 e 2021), Chapecó realizou 18 (dezoito) reuniões ordinárias e 7 (sete) reuniões extraordinárias. Todas as 11 (onze) reuniões de 2020 foram remotas e das 14 (quatorze) plenárias de 2021, 6 (seis) foram presenciais, a partir do mês de agosto quando houve uma certa segurança sanitária com os avanços da vacinação contra a Covid-19. Todas as reuniões (ordinárias e extraordinárias) do período tiveram quórum.

O CMS de Biguaçu realizou 6 (seis) reuniões ordinárias e 2 (duas) reuniões extraordinárias entre 2020 e 2021. Como citado anteriormente, esse foi o número que nos foi disponibilizado, podendo ter havido mais reuniões que não nos foram informadas. Das 8 (oito) reuniões uma delas não teve quórum e foi adiada, sendo realizada de forma extraordinária no

mesmo mês. Uma reunião do ano de 2020, foi realizada presencialmente, todas as outras se deram de forma on-line.

Para além das reuniões plenárias, os CMS realizaram diversas outras atividades. O CMS Florianópolis realizou, no ano de 2020, cerca de 20 (vinte) rodas de conversa on-line, com temas diversos como a situação do sarampo, dengue e Covid-19; explicação sobre a matriz de risco da Covid-19 do estado; debate sobre o retorno das aulas presenciais de forma segura; conversas sobre controle social; debate com conselhos de direitos de outras políticas sociais; entre outros. Todas tiveram ampla participação da comunidade, se destacando as rodas de conversa realizadas no mês de setembro, que foram discutidos temas pertinentes à pandemia. Todas estas atividades foram divulgadas nas redes sociais (*Facebook, Instagram* e grupos de *WhatsApp*) do CMS.

Não localizamos nenhuma atividade além das reuniões plenárias no site do CMS Chapecó e o CMS Biguaçu também não compartilhou conosco nenhuma outra atividade realizada no ano de 2020.

Já no ano de 2021, o CMS Florianópolis realizou 5 (cinco) rodas de conversa on-line, a primeira no mês de janeiro, com o tema da vacinação contra Covid-19, a segunda no mês de abril, com o tema da organização e participação popular no contexto da pandemia, a terceira no mês de setembro, com o tema da importância do controle social no SUS⁸. A quarta ocorreu em novembro, em comemoração ao aniversário de 28 anos do Conselho Municipal de Saúde, e a última ocorreu em dezembro, em alusão aos 40 anos da epidemia de HIV/AIDS e ao dia mundial de luta contra a AIDS (01/12).

Para além das rodas, este CMS também promoveu, no ano de 2021, o Curso de Formação para Conselheiros, realizado em parceria com UFSC, que contou com a exposição da Prof.^a Dra. Rosani Ramos Machado do Departamento de Enfermagem. Este curso teve como objetivo capacitar conselheiros e potenciais conselheiros de saúde, buscando subsidiá-los na condução de políticas públicas. A capacitação foi dividida em 4 módulos, sendo eles: Formação básica para o conselheiro de saúde; SUS: estrutura e organização; Instrumentos de gestão do SUS; e Socializando vivências. O curso teve duração de 6 de abril à 03 de agosto de 2021, realizado por meio da plataforma *Google Meet*, quinzenalmente nas terças-feiras à noite.

⁸ Esta roda de conversa, assim como a de comemoração do aniversário do CMS foram parte do projeto de intervenção das estagiárias de Serviço Social Bruna Monteiro, Raquel Nagib (UFSC) e Thaís Pacheco (Estácio de Sá).

Também neste ano o CMS contribuiu com a elaboração do Plano Municipal de Saúde para os anos de 2022 à 2025. Nos meses de junho e julho de 2021 foi realizada a análise da situação de saúde no município, a qual o Conselho contribuiu por meio de um questionário de avaliação da rede de saúde. Os conselheiros junto com a Secretaria Executiva criaram um formulário on-line com questões para esta avaliação. Posteriormente, realizaram-se reuniões com cada Conselho Local de Saúde para responder ao questionário, sob a organização e assessoria da Secretaria Executiva. É importante destacar que a elaboração de tal questionário foi de iniciativa dos próprios conselheiros, que não admitiram que a análise da situação de saúde do município fosse feita sem considerar a opinião da população residente nos 4 distritos do município, reforçando a importância da participação social nas instancias de gestão das políticas sociais, conforme previsto na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), e na Lei Complementar nº 141/ 2012 (BRASIL, 2012).

Após a análise da situação de saúde ser apresentada aos cidadãos florianopolitanos por meio de Audiência Pública, partiu-se para a próxima etapa do processo, a priorização dos problemas levantados por meio da análise anteriormente citada. Este processo foi realizado por um Grupo de Trabalho (GT) do Plano, constituído por representantes de todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no qual o Conselho teve três cadeiras. Finalizada essa etapa, a priorização dos problemas foi colocada em consulta pública, por meio de um formulário on-line aberto a todos. Em seguida, deu início a fase de elaboração de objetivos e metas, bem como a anualização das mesmas, pelo GT do Plano. O representante do CMS no GT chamou diversas reuniões para debater com os/as demais conselheiros/as e deliberar os objetivos e metas que melhor atendessem os interesses da saúde pública do município, fazendo a ponte entre os conselheiros e o GT. Após a finalização deste processo, levou-se novamente o produto para consulta pública por meio da Plenária mensal do Conselho, acatando as sugestões deliberadas pelo CMS⁹.

Também no ano de 2021, ocorreu a 3ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Florianópolis, nos dias 09 a 11 de dezembro. Anterior a isso, foi realizada, em 17/11, uma pré-conferência voltada para os profissionais de saúde. Já na etapa de usuários, foram consideradas as propostas aprovadas na Conferência Popular de Saúde Mental, ocorrida nos dias de 9 a 12 de

⁹ Destaca-se, que se tem maiores informações sobre o CMS Florianópolis por conta de ter sido o local de realização do estágio supervisionado da estudante.

outubro. Todas foram realizadas de forma on-line. As conferências municipais de Saúde Mental em Chapecó e Biguaçu foram realizadas em 2022, em 23 de fevereiro e no dia 22 de março respectivamente, ambas de forma presencial.

Também no ano de 2021, foi possível observar nas atas, que o CMS Chapecó realizou eleições para o pleno, no mês de abril. Além de contribuir com o Plano Municipal de Saúde.

A partir da análise dos documentos, e da experiência de estágio no CMS Florianópolis, podemos perceber diversas dificuldades na realização das atividades dos CMS no meio remoto: dificuldades dos técnicos/as e conselheiros/as no uso das plataformas digitais; não acesso à internet por todos/as os/as envolvidos/as e dificuldade de locomoção até o CMS para participar da reunião na sede (CMS Florianópolis e Chapecó transmitiram a reunião em suas salas, permitindo aos conselheiros/as que não possuíssem internet, a participação na reunião lá); e dificuldade em encontrar um horário que fosse possível para a participação de todos/as.

Percebeu-se que, no ano de 2020, as reuniões plenárias não tiveram grande números de participação. É a partir do final do ano de 2020 e durante o ano de 2021, quando os/as conselheiros/as já estavam mais habituados com as reuniões on-line, que foi possível perceber na leitura das atas um ganho significativo no que diz respeito aos números de participação nas atividades dos CMS. Na ata da reunião de novembro de 2020 do CMS Biguaçu o presidente afirma e comemora a quantidade de conselheiros presentes na reunião on-line “confirmando que a estratégia online é uma ótima ferramenta para o momento em que estamos” (BIGUAÇU, 2020b, p.1). A ata nº 185 do CMS Florianópolis destaca a presença de 22 (vinte e dois) conselheiros/as titulares e 47 (quarenta e sete) participantes da comunidade geral e técnicos/as (FLORIANÓPOLIS, 2021a). A ata nº 174 do CMS Chapecó destaca a presença de 26 (vinte e seis) conselheiros/as titulares, e em torno de 46 (quarenta e seis) participantes da comunidade geral (CHAPECÓ, 2021f).

Entretanto, se houveram ganhos no quantitativo de participação, destaca-se a perda na qualidade desta participação, em diversos momentos foi possível perceber durante o período de estágio no CMS Florianópolis, conselheiros/as que se desligaram da reunião no meio de uma fala, por queda na internet. Foi possível acompanhar também, que vários conselheiros/as participavam das plenárias enquanto faziam diversas outras atividades (ex. tarefas domésticas, acompanhar a reunião de dentro do carro enquanto dirige, etc), prejudicando a qualidade de sua participação na interlocução com os outros membros.

Sobre o retorno presencial, conseguimos constatar apenas nas atas dos CMS Chapecó, discussões sobre o assunto, inclusive, este foi o único CMS dentre os estudados, que retornou com as reuniões presenciais no ano de 2021. Na ata nº 165 deste CMS (mês de outubro de 2020), esse tema foi um dos pontos de pauta, porém, os/as conselheiros/as aprovaram por unanimidade em permanecer com as reuniões on-line até o final daquele ano (CHAPECÓ, 2020h). Em agosto de 2021, este CMS retorna com as reuniões presenciais, e pôde ser notado, na ata nº 175 (mês de junho de 2021) uma pequena fala do presidente compartilhando que a diretoria do CMS “já está planejando o retorno das reuniões presenciais, desde que atendendo todos os critérios sanitários” (CHAPECÓ, 2021g, p. 7).

Por fim, podemos tecer algumas reflexões sobre a dinâmica dos CMS estudados no período da pandemia. Primeiro, destacar a não realização ou não publicação de informações sobre a adesão à modalidade de atividades remotas, se os conselheiros questionaram ou não as atividades serem realizadas nesse formato, e se houveram conselheiros/as que precisaram se retirar da cadeira por impossibilidade dado o formato das reuniões. E também, a falta de informações sobre o debate do retorno presencial, sendo notado apenas no CMS Chapecó. Entretanto, apesar das dificuldades impostas pela pandemia, os Conselhos conseguiram continuar com as suas atividades de fiscalização da execução da política de saúde municipal, na maioria dos casos tendo inclusive grandes números de participação dos/as conselheiros/as e comunidade geral.

No geral, não percebemos grandes embates nas atas dos três Conselhos, a maioria dos encaminhamentos foram aprovados facilmente pelos presentes. Foi possível perceber nas atas do CMS Biguaçu, a baixa participação de seus conselheiros nos debates, com as falas ficando recorrentemente apenas no Presidente, técnicos/as responsáveis pelas apresentações, e na Secretária Executiva. No CMS Chapecó percebemos maior participação dos conselheiros/as nos debates, entretanto, podemos notar que os participantes são quase sempre os mesmos, denotando que a participação ficou centrada em algumas pessoas. Nas atas do CMS Florianópolis, foi possível perceber números grandes de participação dos conselheiros/as, porém, também ficando concentrado em certas pessoas. São nos pontos de debate sobre demandas dos CLS que aparecem nomes diferentes aos que recorrentemente se pronunciam.

Em nossas reflexões, buscamos entender o porquê de o CMS Florianópolis ter tido maior número de atividades realizadas no período. Em nossa análise, entendemos que isso pode ter se

dado por conta do tamanho do Conselho e maior capacidade organizativa tanto dos conselheiros/as, quanto da equipe de Secretaria Executiva, que em Florianópolis contava no início de 2022 com 3 (três) funcionários (uma Assistente Social, uma Socióloga e um Assistente Administrativo) e 3 (três) estagiários (duas de Serviço Social e um de Administração Pública). Não conseguimos informações acerca da equipe de Secretaria Executiva dos demais conselhos. Porém, nos parece que o CMS Biguaçu não está de acordo com o artigo 17 § 3º da Lei 141/2012, que prevê que

o Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios (BRASIL, 2012).

Com isso, reforçamos a importância de uma gestão compromissada com o SUS, que realize os repasses conforme o previsto na legislação, bem como a importância da mobilização dos/as conselheiros/as e de uma equipe de Secretaria Executiva bem estruturada, com capacidade física e material de responder às demandas do Conselho. Além do mais, embora não tenha sido objeto de estudo neste trabalho, reforçamos a importância de se ter uma Secretária Executiva comprometida com os princípios da participação democrática e, neste caso, ter formação em Serviço Social.

3.5 TEMAS DE PAUTA DOS CMS NO PERÍODO DA PANDEMIA

A sistematização dos pontos de pauta das reuniões plenárias dos CMS nos permite visualizar os principais debates realizados no período estudado. Abaixo, segue a síntese desta sistematização e breves ensaios reflexivos.

As plenárias do CMS Florianópolis no período de 2020 e 2021 têm uma média de 5 à 6 pontos de pauta, como pode ser observado no Apêndice A. Alguns pontos de pauta se repetem em todas as plenárias, como aprovação da ata da reunião anterior, informes gerais e sugestão de pontos de pauta para a próxima sessão plenária. Alguns outros pontos como atualização do enfrentamento ao Covid-19 em Florianópolis se tornam ponto fixo nas reuniões a partir do mês

de maio de 2020; demandas dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde se torna ponto fixo a partir do mês de outubro de 2020.

Compilamos os pontos de pauta mais recorrentes no período, e dentre eles estão: Instrumentos de gestão – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Anual de Gestão (RAG), Programação Anual de Saúde (PAS), Proposta de Orçamento da SMS, Metas interfederativas, Proposta Orçamentária da Secretaria de Saúde para LDO –, sendo repetido em 13 (treze) das 26 (vinte e seis) plenárias analisadas; Rede de Saúde/serviços de saúde, sendo repetido em 11 (onze) plenárias; Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e Plano Municipal de Ações de Vigilância Sanitária 2020/2023, sendo repetidos em 9 (nove) plenárias; Plano de Vacinação de Florianópolis e atualização da vacinação de Florianópolis, sendo repetido em 8 (oito) plenárias; Conferência Municipal de Saúde Mental 2021, que se repetiu em 4 (quatro) plenárias; e apresentação dos Planos de Trabalhos da Política Hospitalar Catarinense – Hospital de Caridade, que se repetiu em 2 (duas) plenárias.

Quadro 6– Temas de pauta mais recorrentes em 2020 e 2021 nas reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselhos Municipal de Florianópolis

Temas pautas CMS Florianópolis 2020 e 2021	Quantidade
Rede de Saúde/Serviços de saúde	11
Plano Municipal de Saúde 2022-2025	8
Plano de Vacinação de Florianópolis e Atualização da Vacinação de Florianópolis	8
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)	7
Conferência Municipal de Saúde Mental 2021	4
Relatório Anual de Gestão (RAG)	3
Programação Anual de Saúde (PAS)	3
Proposta de Orçamento da SMS	2
Plano Municipal de Ações de Vigilância Sanitária 2020/2023	2
Apresentação dos Planos de Trabalhos da Política Hospitalar Catarinense – Hospital de Caridade	2

Fonte: Atas dos Conselhos Municipais de Saúde. Elaboração: Monteiro (2022).

Alguns temas de pauta foram compilados como “rede de saúde/serviços de saúde”, dentre eles estão: Consultório de Rua; apresentação do NASF; informes da estrutura física atualizada da rede de Atenção à Saúde (obras e reformas/ampliações); recomposição por categoria de profissionais de saúde APS (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem); atualização da situação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; demissão dos ACS; apresentação do Alô

Saúde; apresentação da reorganização do processo de trabalho das categorias multi da APS; apresentação Saúde Bucal; apresentação marcação de consultas especializadas, regulação e lista de espera.

As plenárias do CMS Chapecó no período de 2020 e 2021 houveram uma média de 6 à 7 pontos de pauta, como pode ser observado no Apêndice B. Do mesmo modo como no Conselho da capital, alguns pontos de pauta se repetem em todas as plenárias, como discussão e deliberação da ata da reunião anterior e assuntos/informes gerais. Compilamos os pontos de pauta mais recorrentes no período, dentre eles estão: debate e aprovações sobre contratos, termos aditivos de contratos, convênios com o setor privado da saúde e prestações de contas das entidades privadas prestadoras de serviço, sendo repetido em 15 (quinze) das 25 plenárias do período; debate e aprovação de ações e recursos para combate à Covid-19 (recursos quase sempre destinados a entidades prestadoras de serviço), que se repete em 14 (quatorze) plenárias; ações das comissões temáticas do CMS, sendo repetido em 9 (nove) plenárias; apresentação da Comissão de Visitas¹⁰, que se repete em 8 (oito) plenárias; instrumentos de gestão – Relatório Anual de Gestão (RAG); Programação Anual de Saúde (PAS); Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA); Metas dos Indicadores da Pactuação Interfederativa –, sendo repetido em 7 (sete) plenárias; informações e debates sobre a Covid-19, que se repete em 4 (quatro) plenárias; eleições para o Conselho Municipal de Saúde Gestão 2021-2022¹¹, sendo repetido em 4 (quatro) plenárias; Funcionamento CMS e CLS, que se repete em 4 (quatro) plenárias.

¹⁰ Visita do dia 10.02.2020 ao prédio novo do Hospital Regional do Oeste; visita do dia 16.09.2020 à Policlínica Municipal, serviço que integrou os serviços CRESM, SAE e Ambulatório de Feridas Crônicas; Apresentação da Comissão de Visitas nas Unidades Básicas de Saúde do interior de Chapecó; Apresentação Comissão de Visitas e Fiscalizações das visitas referentes ao mês de julho - CSF Belvedere e Clínica Renal Oeste; Apresentação Comissão de Visitas e Fiscalizações das visitas referentes ao mês de julho - CSF Belvedere, CAPS AD e Clínica Renal Oeste; Posicionamento da SESAU quanto aos apontamentos da apresentação da Comissão de Visitas;

¹¹ Informes sobre o Processo Eleitoral da Gestão 2021/2023 do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó; Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 319, que instituiu a Comissão para as eleições do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó, mandato 2021/2022; Entidades aprovadas para concorrer ao pleito do Conselho Municipal de Saúde para a gestão 2021-2023; Posse dos conselheiros gestão 2021-2023; Eleição da Nova Diretoria do Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 7– Temas de pauta mais recorrentes em 2020 e 2021 nas reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselhos Municipal de Chapecó

Temas pautas CMS Chapecó 2020 e 2021	Quantidade
Debate e aprovações sobre contratos, termos aditivos de contratos, convênios com o setor privado da saúde e prestações de contas das entidades privadas prestadoras de serviço	15
Debate e aprovação de ações e recursos para combate à Covid-19	14
Ações das comissões temáticas do CMS	9
Apresentação da Comissão de Visitas	8
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)	5
Informações e debates sobre a Covid-19	4
Eleições para o Conselho Municipal de Saúde Gestão 2021-2022	4
Funcionamento CMS e CLS	4
Relatório Anual de Gestão (RAG)	2
Programação Anual de Saúde (PAS)	2
Metas dos Indicadores da Pactuação Interfederativa	1

Fonte: Atas dos Conselhos Municipais de Saúde. Elaboração: Monteiro (2022).

Compilamos alguns pontos de pauta como “Debate e aprovações sobre contratos, termos aditivos de contratos, convênios com o setor privado da saúde e prestações de contas das entidades privadas prestadoras de serviço”, dentre eles estão: autorização de prorrogação do Termo de Convênio do Hospital da Criança Augusta Muller Bonher¹²; Termo Aditivo de Valor de Contrato do prestador CIS Amosc¹³; discussão e deliberação da Resolução ad referendum CMS n° 275 que aprova um aditivo no contrato firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica sem fins lucrativos¹⁴; discussão e deliberação da Resolução ad referendum CMS n° 276 que aprova um aditivo no contrato firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica sem fins lucrativos¹⁵; informes sobre a representação do CMS na Comissão de Avaliação do Hospital Regional do Oeste e Hospital da Criança.

Agrupamos também, alguns pontos de pauta como “Debate e aprovação de ações e recursos para combate à Covid-19”, dentre eles estão: Termos Aditivos de valor de contrato do Hospital Regional do Oeste n° 330 de 2017, repasse UTI COVID-19; discussão e deliberação da

¹² Contrato n° 013 de 2019 até 31.12.2020.

¹³ Contrato n° 63 de 2019.

¹⁴ Aditivo no valor de RS 1.601.518,81, do instrumento contratual n° 330/2017, firmado em 28 de novembro de 2017.

¹⁵ Aditivo no valor de RS 4.851.305,25, do instrumento contratual n° 330/2017, firmado em 28 de novembro de 2017.

Resolução ad referendum CMS n° 274, que aprova a habilitação temporária de mais 05 Leitos UTI II ADULTO - COVID-19, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19, instalados e ativos no Hospital Regional do Oeste (HRO); discussão e deliberação da Resolução ad referendum n° 279 aprovando habilitação de leitos UTI COVID-19; discussão e deliberação da Resolução ad referendum n° 280 aprovando repasse de recurso financeiro para Leitos UTI COVID-19; inclusão de ações de enfrentamento ao COVID-19 no Plano Municipal de Saúde.

Dentre os pontos de pauta agrupados em “Ações das comissões temáticas do CMS”, estão: Apresentação das ações do CEREST e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) no combate a pandemia de COVID-19; apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado da Acadêmica Patrícia Marafon sobre a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; composição das comissões permanentes do Conselho Municipal de Saúde: Comissão de Prestação de Contas e Relatório de Gestão; Comissão de Visitas e Fiscalização; Comissão de Conselhos Locais de Saúde; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST; Comissão de Normas, Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social; relato das Comissões Permanentes do CMS.

Compilamos alguns pontos de pauta como “Informações e debates sobre a Covid-19”, dentre eles estão: Informações sobre a situação do Coronavírus em Chapecó e Região; discussão e deliberação do parecer científico da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Chapecó sobre a utilização da Cloroquina para o tratamento da COVID-19; apresentação do Plano de Vacinação no município de Chapecó; informes sobre a representação do CMS no Comitê de Enfrentamento ao COVID-19; informes do Grupo de Trabalho Covid e apresentação de ofício encaminhado para o CMS.

Destacamos que, dentre os pontos de pauta agrupados em “Funcionamento CMS e CLS”, estão: discussão e deliberação de proposta para fluxo e trâmite de assuntos e pautas apresentados ao Conselho Municipal de Saúde; apresentação da Comissão de Conselhos Locais de Saúde; e discussão e deliberação da Proposta de Funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde, proposto pela Comissão de CLS. Demonstrando a preocupação e busca do CMS em organizar os fluxos de funcionamento de suas instâncias.

Podemos observar a partir da análise dos pontos de pauta das reuniões do CMS Chapecó, a preponderância de serviços privados com contratos e convênios no município. Diferentes de Florianópolis, onde o mesmo não ficou tão evidente pois os serviços públicos na capital são

geridos pelo estado e pelo município, já em Chapecó os grandes hospitais – Regional do Oeste, por ex. – são geridos por entidades filantrópicas contratualizadas para fazer a gestão.

As plenárias do CMS Biguaçu no período de 2020 e 2021 têm uma média de 4 à 5 pontos de pauta, como pode ser observado no Apêndice C. Nessa amostra de atas acessadas não conseguimos observar pontos de pauta fixos. Entre os pontos mais recorrentes estão: Instrumentos de gestão –Relatório Anual de Gestão (RAG); Programação Anual de Saúde (PAS); Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA); Metas dos Indicadores da Pactuação Interfederativa; Pactuações da Vigilância Sanitária de Biguaçu 2020-2023–, sendo repetidos em 6 (seis) plenárias; aprovação da ata anterior e demandas provenientes dos participantes da assembleia¹⁶, que se repetem em 4 (quatro) plenárias; debate e aprovação de ações e recursos para combate à Covid-19 (recursos quase sempre destinados a entidades privadas prestadoras de serviço)¹⁷, sendo repetidos em 3 (três) plenárias; discussão e deliberação sobre o uso dos recursos recebidos pelo Hospital Regional de Biguaçu e apreciação para votação: continuidade da Política Hospitalar Catarinense - recursos para 2021, que se repetem em 2 (duas) plenárias; e debate sobre o Grupo de Trabalho CMS¹⁸, sendo repetido em 2 (duas) plenárias.

A partir desta síntese, é possível tecer algumas reflexões acerca dos pontos de pauta debatidos. Primeiramente, questionar a falta de pontos de pauta sobre a realização das reuniões no formato virtual, de toda a amostra estudada observamos apenas uma vez em que este assunto foi ponto de pauta, no CMS Chapecó. Este debate pode ter acontecido de maneira informal, porém, não ficou registrado. Seguindo nas reflexões sobre os pontos de pauta, nos parece que os três Conselhos seguiram uma tendência semelhante de temas nos pontos de pauta, apesar de termos uma amostra menor de reuniões do CMS Biguaçu. Os três debateram pontos relacionados à Covid-19, temas relacionados à rede de saúde (pública e privada conveniada), instrumentos de gestão e a necessidade de recursos específicos para o combate à pandemia.

¹⁶ O CMS Biguaçu chama as plenárias de “assembleias” em suas atas, transcrevemos como constava no documento.

¹⁷ Recursos recebidos e utilizados no ano de 2020 destinados aos Hospitais Filantrópicos de acordo com a Política Hospitalar Catarinense para serem usados dentro de 12 meses: Recursos utilizados em exames de imagem para pacientes acometidos com a Covid-19 e Recursos para manutenção da UTI Covid; Parecer CMS referente a habilitação de leitos permanentes em UTI adulto geral no hospital Biguaçu – Apreciação para aprovação; Parecer CMS referente ao recurso COVID-19 recebido pelo Hospital Regional de Biguaçu – Apreciação para aprovação.

¹⁸ Ofício GT/CMS enviado ao Gestor – Encaminhamentos e respostas; Encaminhamentos após reunião do Grupo de Trabalho com a gestão municipal, ocorrida em 15/07; Demanda apresentada pelo Grupo de Trabalho, referente a licitação de Organização Social para administrar a Unidade de Pronto Atendimento 24h – Apresentação e discussão.

Ademais, percebemos que os municípios de Chapecó e Biguaçu debateram mais a política hospitalar do que Florianópolis. Por fim, destacamos o número maior e mais amplo de pontos de pauta no CMS Chapecó no período analisado. Há também, número maior de pontos acerca de contratos de serviço privado no município, apontando para uma preponderância da assistência ser prestada por meio de serviços privados conveniados e/ou serviços públicos com gestão privada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido trabalho teve como objetivo analisar a dinâmica de funcionamento e as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde no período da pandemia de Covid-19. A partir da reflexão teórica buscamos entender e problematizar os fundamentos do SUS e da participação institucionalizada no sistema, para, então, entender o movimento desta participação durante o período da pandemia. Partimos do estudo dos sites dos Conselhos e das atas das reuniões plenárias para entender este movimento.

Inicialmente buscou-se contextualizar os fundamentos do SUS e os ataques que o sistema vem sofrendo desde sua implantação, pelos diversos governos, primeiro na forma de subfinanciamento e após, com o claro desfinanciamento a partir da EC 95/2016 (BRASIL, 2016). A participação institucionalizada que se alargou e se interiorizou consideravelmente pelo país e contribuiu para o conhecimento do SUS, sofre como não reconhecimento de suas deliberações e com os ataques, principalmente com o governo de Temer e Bolsonaro, e suas as subsequentes tentativas de destruição dos colegiados de participação.

Com o surgimento da pandemia de Covid-19 as dificuldades nos colegiados se multiplicaram, além das dificuldades enfrentadas por todo o conjunto da população usuária do SUS. O governo atual falhou na condução da política de combate à Covid – arrisca-se a dizer que teve sucesso em seu plano de não combate e implementação de políticas genocidas – deixando a cargo dos cidadãos o enfrentamento das sequelas de viver em um país dependente e periférico durante uma pandemia mundial.

Chegamos afinal em nosso objeto de estudo, os Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis, Chapecó e Biguaçu, e sua dinâmica de funcionamento durante a pandemia. Primeiramente, destacamos a dificuldade em encontrar certas informações, principalmente do CMS Biguaçu, o qual não possui informações disponibilizadas ao público por meio de página da internet e foi necessário buscar as informações diretamente com pessoas ligadas ao Conselho. Mas, além deste CMS, nos demais também foi observada certa carência de informações em seus sites, o que implicou para este estudo fazer contatos por e-mail e *WhatsApp*.

Tivemos certa dificuldade também, na leitura e análise das atas, com exceção do CMS Florianópolis, os demais elaboram suas atas em texto corrido, sem enumeração das falas, o que dificulta a leitura, ainda mais se considerar que foi preciso ler um grande número de atas para a

elaboração deste trabalho. Não houveram apenas dificuldades, destacamos também a facilidade de acesso às informações sobre o CMS Florianópolis, bem como a leitura das atas deste, que estavam bem sinalizadas e enumeradas. Deve-se levar em consideração o histórico da estudante/autora, que participou do movimento estudantil e também de núcleo de extensão durante sua trajetória acadêmica, o que a familiarizou com a elaboração e leitura de atas de reunião.

A despeito das dificuldades e facilidades, foi possível elencar algumas percepções. A partir da análise das informações obtidas, percebemos que, em relação a estrutura e organização do CMS todos estão minimamente de acordo com o previsto na Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) e parcialmente conforme a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) que dispõe sobre as diretrizes de funcionamento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo. Na análise das atas, foi identificado o movimento de parada nas atividades dos CMS por conta das medidas de controle do contágio pela Covid, e, após alguns meses, retornaram com suas atividades, cada um com a forma e frequência possível em suas realidades.

Ao todo, durante o período estudado o CMS Florianópolis realizou 26 (vinte e seis) reuniões, entre ordinárias e extraordinárias; o CMS Chapecó realizou 25 (vinte e cinco) reuniões; e o CMS Biguaçu, 7 (sete) reuniões. Levando em consideração o período de exceção e a capacidade de mobilização em cada município, avaliamos que foi um bom número de reuniões. Com exceção do CMS Biguaçu, todos conseguiram fazer reuniões ordinárias em todos os meses a partir de maio de 2020, garantindo a presença da participação social neste período.

Dentre as atas estudadas, foi perceptível o ganho em números de participação no formato virtual, a partir do final de 2020 e durante o ano de 2021. Entretanto, os ganhos quantitativos escondem as perdas na qualidade da participação, que, na maioria das vezes ficou condicionada à capacidade pessoal dos conselheiros/as e técnicos/as de lidar com as ferramentas digitais e ter acesso a internet, e computador ou celular de qualidade para participação nas reuniões. Bem como, possibilidade de tempo para se fazer presente, conforme foi possível perceber conselheiros/as participando das reuniões ao mesmo tempo em que executavam diversas outras atividades.

Foi perceptível, a partir da análise das atividades desenvolvidas para além das plenárias, que o CMS Florianópolis teve um número maior de atividades realizadas no período. Chegamos à conclusão que isso pode ser devido ao tamanho do Conselho e capacidade organizativa dos/as

conselheiros/as e da equipe de Secretaria Executiva, que neste conselho conta com uma equipe bem estruturada, com capacidade material e física de atender às demandas do Conselho. Reforçamos, assim, a importância da mobilização dos/as conselheiros e da capacidade material e física da Secretaria Executiva, bem como seu comprometimento com o Conselho e a participação democrática.

Outras reflexões realizadas dizem respeito às atas propriamente ditas das sessões plenárias. Primeiro, a falta de pontos de pauta acerca da realização das atividades de forma virtual e/ou sobre o retorno presencial às atividades. Apenas o CMS Chapecó registrou um ponto de pauta sobre o retorno presencial, entretanto, nenhum dos CMS estudados registrou debates acerca da execução das atividades no modo virtual. Nos indicando que a adesão à modalidade remota se deu de forma espontânea pelos/as conselheiros/as.

Enfim, elencamos algumas lacunas restantes neste trabalho, que contou com pouco tempo e recursos para sua elaboração. As análises aqui contidas são apenas iniciais, pois uma análise mais aprofundada do objeto de estudo necessitaria de maior tempo e recursos materiais, bem como: possibilidade de ida presencial aos Conselhos, a fim de conhecer a estrutura física e equipe de Secretaria Executiva; participação nas reuniões; acesso ao maior número possível de atas e informações sobre cada Conselho estudado; possibilidade de entrevista com os sujeitos pesquisados, com o intuito de se ter uma visão mais aproximada do objeto de estudo, entre outros. Deixamos também como sugestão para pesquisas futuras, a realização de comparativo entre a realização e os pontos de pauta das sessões plenárias anteriores à pandemia e durante este momento de exceção.

Por fim, reforçamos a importância do debate acerca da participação da comunidade no SUS, bem como a ocupação destes espaços, afim de problematizar as dificuldades enfrentadas, e ampliar a participação popular, politizando os debates. O SUS foi construindo a muitas mãos, com ampla participação social, portanto, sua gestão não pode desconsiderar as opiniões e demandas dos usuários deste serviço e dos movimentos sociais.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, M. & AZEVEDO, S. de. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JUNIOR, O. A. dos, RIBEIRO, L. C. de Q. & AZEVEDO, S. de (org.). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

AROUCA, Sérgio. Saúde é democracia. In. BRASIL. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BARROS, Alexandre. Homens pretos e pardos morreram mais de Covid do que brancos em 2020. **Agência IBGE Notícias**, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32414-homens-pretos-e-pardos-morreram-mais-de-covid-do-que-brancos-em-2020>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BIGUACU. Apresentação. Secretaria de Saúde. 2022. Disponível <https://www.bigua.sc.gov.br/estruturaorganizacional/hotsite/index/codHotsite/9803> Acesso em 09 dez 2022

BIGUAÇU (Município). **Lei nº 1526, de 23 de abril de 2001**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde - CMS e dá outras providências. Biguaçu, SC, Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/biguacu/lei-ordinaria/2001/153/1526/lei-ordinaria-n-1526-2001-dispoe-sobre-a-criacao-do-conselho-municipal-de-saude-cms-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 03 dez. 2022.

BIGUAÇU (Município). **Lei nº 3173, de 14 de dezembro de 2011**. Altera e acrescenta dispositivos na Lei 1.526 de 23 de abril de 2001 que dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Biguaçu, SC, Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/biguacu/lei-ordinaria/2011/317/3173/lei-ordinaria-n-3173-2011-altera-e-acrescenta-dispositivos-na-lei-1526-de-23-de-abril-de-2001-que-dispoe-sobre-a-criacao-do-conselho-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 dez. 2022.

BRASIL. Constituição (2016). **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Seção II - II da saúde (arts. 196 a 200)**. [Brasília], 1988. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constfed.nsf/16adba33b2e5149e032568f60071600f/171f51d63db822a703256562006e66bc?OpenDocument>. Acesso em: 01 de maio de 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. **Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal**. Brasília, DF, Disponível em:

https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350. Acesso em: 04 maio 2021.

BRASIL. Decreto n. 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. 2020b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm. Acesso em: 30 out. 2022.

BRASIL. Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 01 out. 1970. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-67300-30-setembro-1970-408661-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Histórico - Conselho Nacional de Saúde. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/historico-cns#:~:text=O%20Conselho%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,pelo%20pr%C3%B3prio%20Ministro%20de%20Estado>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 01 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 13.979, de 06 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. 2020c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 30 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Brasília, DF, 26 ago. 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l3807.htm. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. . Rio de Janeiro, RJ, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l0378.htm. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 02 de maio de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 01 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. **Laboratório químico farmacêutico do exército intensifica a produção de cloroquina.** 31 mar. 2020e. Disponível em: https://www.eb.mil.br/web/noticias/noticiariodo-exercito/-/asset_publisher/MjaG93KcunQI/content/id/11267194. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, de 27 de janeiro de 2020.** Apresenta a nova configuração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 27 jan. 2020a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020d. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/portaria-188-20-ms.htm>. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019.** Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. 188. ed. Brasília, DF, 26 set. 2019a. Seção 1, p. 164. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 220. ed. Brasília, DF, 12 nov. 2019b. Seção 1, p. 97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. **Resolução CNS n. 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. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2020/1395-resolucao-n-645-de-30-de-setembro-de-2020>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006, p.167-217.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, p. 197-216, 2001.

CARVALHO, G. **O financiamento público federal do Sistema de Saúde de 1988 a 2001**. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

Carvalho, José Murilo de. **Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual**. Dados [online]. 1997, v. 40, n. 2 [Acessado 20 Dezembro 2022], pp. 229-250. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0011-52581997000200003>>. Epub 30 Out 1998. ISSN 1678-4588. <https://doi.org/10.1590/S0011-52581997000200003>.

CARVALHO, José Murilo de. **Pontos e bordados: escritos de história e política**. Belo Horizonte: Ed da UFMG, 1998.

CEAP. **Entrevistas com conselheiros e conselheiras de saúde estaduais** [recurso eletrônico] / Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo : Saluz, 2022b. – (Coleção Covid-19 e o controle social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias ; v. 2).

CEAP. **Sistematização documental dos Conselhos Estaduais de Saúde (2019– 2020)** [recurso eletrônico] / Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo :Saluz, 2022a. – (Coleção Covid-19 e o controle social no SUS: impactos, dinâmicas, pautas e estratégias ; v. 1)

CHAPECÓ (Município). **Lei nº 3290, de 1 de julho de 1991**. Institui o Conselho Municipal de Saúde e da outras providências. Chapecó, SC, Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/c/chapeco/lei-ordinaria/1991/329/3290/lei-ordinaria-n-3290-1991-institui-o-conselho-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias?r=p>. Acesso em: 03 dez. 2022.

CHAPECÓ (Município). **Lei nº 6419, de 17 de junho de 2013**. Dispõe sobre a reformulação, reestruturação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó e dá outras providências. Chapecó, SC.

CONASS. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, 1980, Brasília. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde**. Brasília (DF), [201-?]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/>. Acesso em: 20 nov. 2017

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012:** Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html> Acesso em 04/12/2022

COSTA, AM.; VIEIRA, NA. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro:** organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre, CAZAL, Mariana de Melo e MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, n. 5 [Acessado 9 Dezembro 2022], pp. 2437-2445. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>>.

COUTO, Camille. **População abaixo da linha da pobreza triplica e atinge 27 milhões de brasileiros**. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2021/04/08/populacao-abaixo-da-linha-da-pobreza-triplica-e-atinge-27-milhoes-de-brasileiros>. Acesso em: 10 ago. 2021.

COUTO, Elvis Paulo. As Raízes do Patrimonialismo de Estado no Brasil. **Revista Habitus:** Revista da Graduação em Ciências Sociais do IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 100-112, 10 de nov. 2016. Semestral.

SCOREL S; MOREIRA MR. Participação Social. In: Giovanella L, Escorel S, et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

FEDERAÇÃO DE CONSÓRCIOS, ASSOCIAÇÕES E MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA (FECAM). **Desenvolvimento Econômico e Políticas Públicas**. FECAM, 2022

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil:** ensaio de interpretação sociológica. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FILGUEIRAS L; PINHEIRO B; PHILIGRET C; BALANCO P. Modelo liberal-periférico e bloco de poder: política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: **Os anos Lula:** contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. p. 35-69.

FIOCRUZ. **Covid-19:** Brasil acumula 35,5 milhões de casos de covid-19 e 690.677 óbitos pela doença. Brasil acumula 35,5 milhões de casos de covid-19 e 690.677 óbitos pela doença. 2022. Canal Saúde - construindo cidadania. Disponível em:

<https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/covid-19-brasil-acumula-355-milhoes-de-casos-de-covid-19-e-690677-obitos-pela-doenca09122022>. Acesso em: 10 dez. 2022.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Lei nº 3291, de 01 de novembro de 1989.** Cria e define atribuições ao Conselho Municipal de Saúde. Florianópolis, SC. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/1989/329/3291/lei-ordinaria-n-3291-1989-cria-e-define-atribuicoes-ao-conselho-municipal-de-saude>. Acesso em: 03 dez. 22.

FREIRE, Diego. Bolsonaro amplia lista de serviços considerados essenciais. **CNN São Paulo**, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-altera-lista-de-servicos-considerados-essenciais/>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19** [Internet]. Brasília: Abrasco; 2020 [acesso 2022 nov. 21]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>.

G1. Governo do RJ confirma a primeira morte por coronavírus. Rio de Janeiro: **Grupo Globo**, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 2 jun. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. 41 p. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IBROSS. Artigo: Organizações Sociais lideram exército da saúde contra a pandemia. Publicado em 20 Jul 2020. Disponível <https://www.ibross.org.br/artigo-organizacoes-sociais-lideram-exercito-da-saude-contr-a-pandemia/>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Área territorial brasileira 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos Municípios Brasileiros: 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101668.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2022

JUNQUEIRA, Caio; MACHIDA, Kenzô. Após 29 dias no cargo, Nelson Teich pede demissão do Ministério da Saúde. **CNN Brasília**, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/nelson-teich-pede-demissao-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 21 nov. 2022.

KRÜGER, Tania Regina (org.). **As conferências de saúde e os planos municipais de saúde: considerações sobre o significado da participação popular em Santa Catarina - Florianópolis: DIOESC**, 2012.

KRUGER, Tânia Regina; OLIVEIRA, Andréia. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 57-71, 28 jun. 2018. Universidade Federal do Espírito Santo. <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.18621>.

KRUGER, Tânia Regina. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. 2005. 290 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9635>. Acesso em: 09 abr. 2022.

KUJAWA, Henrique Aniceto (org.). **Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS** / Organizador: Henrique Aniceto Kujawa. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Washington, D.C: OPAS, 2021

LABRA, E. M. Conselhos de Saúde: visões “macro” e “micro”. **Civitas**. Revista de Ciências Sociais, v. 6, n. 1, jan.-jun. 2006, p.199-221.

LAVALLE, Adrián Gurza. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho (Org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

LEMOS, Rayla Amaral. Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde – SUS: uma revisão. **Revista de Aps**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 635-645, out. 2018. Universidade Federal de Juiz de Fora. <http://dx.doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15635>.

LIMA, Bruna; CARDIM, Maria E. Chega a 25 o número de militares nomeados no Ministério da Saúde. **Correio Braziliense**, Brasília, 5 jun. 2020. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna_politica,861378/chega-a-25-o-numero-de-militares-nomeadosno-ministerio-da-saude.shtml Acesso em: 20 nov. 2022.

MAIA, Gustavo. Bolsonaro afirma que lockdown é o "caminho do fracasso" para economia brasileira. **O Globo Brasília**, 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/05/14/bolsonaro-afirma-que-lockdown-e-o-caminho-do-fracasso-para-economia-brasileira.ghtml>. Acesso em: 21 nov. 2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas 2003.

MARINI, Ruy Mauro. Dialética da dependência, 1973. In TRANSPADINI, Roberta; STEDILE, João Pedro (org.). **Ruy Mauro Marini**: vida e obra. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G. C.;

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, Estado e neofascismo: bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, São Paulo, n. 57, p. 174-210, set. 2020.

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 mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

MICHAELIS, Dicionários. **MICHAELIS**: dicionário escolar língua portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otavio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 24o ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do sus. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, maio 2009.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. **ParticipanetsUS** – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008.

MOURA, A. L. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, pp. 61-79.

NETTO, J. P. Notas sobre democracia e transição socialista. A redefinição da democracia. In: NETTO, J. P. **Democracia e transição socialista**. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990. p. 69-105; 117 -127.

O GLOBO, Jornal. Após ir à manifestação, Bolsonaro diz que não pode haver 'histeria' em combate a coronavírus. Rio de Janeiro: **Grupo Globo**, 15 mar. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/apos-ir-manifestacao-bolsonaro-diz-que-nao-pode-haver-histeria-em-combate-coronavirus-24306796>. Acesso em: 10 jun. 2020.

OLIVEIRA, Jaime A. Reformas e Reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária"). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 360-387, dez. 1987. Mensal. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tQBmBbjB8L3SftFHtgKtBxL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 maio 22.

OMS e UNICEF. Conferência de Alma-Ata. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília, 1979.

OMS e UNICEF. Declaração de Astana. In **Conferência Mundial de Saúde**. Astana, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 10, p. 1927-1936, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00099513>.

PAIM, J. N. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2009, p.11-23. Disponível em <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus>>. acessos em 01 maio 2021

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100015&lng=pt&nr=iso>. acessos em 01 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PASCHE, Dário Frederico et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PIGATTO, Fernando Zasso. Qual o valor da participação social para a tomada de decisões na esfera pública em tempos de pandemia? In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Orgs). **Competências e regras.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2021. p. 122-134.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROCHA, Maricélia Braga; MOREIRA, Diane Costa; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00241718, 2019.

RODA VIVA. Os projetos do governo Bolsonaro para a área [da saúde]. Entrevistadores: Cláudia Collucci, Cristiane Segatto, Fabiana Cambricoli, Antônio Jorge de Souza Marques e Ligia Bahia. Entrevistado: Luiz Henrique Mandetta. **TV Cultura**, São Paulo, 27 maio 2019. Disponível em: https://tvcultura.com.br/videos/69409_roda-viva-luiz-henrique-mandetta-27-05-2019.html. Acesso em: 12 jun. 2020.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. In: POCHMANN, Márcio. CASTRO, Jorge Abrahão (orgs.). **Brasil: Estado social contra a barbárie**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020.

SANTA CATARINA. Resolução nº 003 de 15 de julho de 2020. Conselho Estadual de Saúde (CES/SC). Secretaria de Estado da Saúde. Disponível <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conselhos-e-comissoes/ces/resolucoes-ces/resolucoes-2020/17594-resolucao-003-2020/file#:~:text=Recomendar%20%C3%A0s%20Secretarias%20Municipais%20de,no%20controle%20da%20execu%C3%A7%C3%A3o%20da>. Acesso em 08 dez 2022

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde (CES/SC). Secretaria de Estado da Saúde. Disponível. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces> Acesso em 09 dez 2022

SERAPIONI, Mauro. Participação pública nos sistemas de saúde. Uma introdução. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 117, p. 91-98, 2018.

SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda C. A. Organizações Sociais e privatização da saúde: a discricionariiedade dos contratos de gestão com o Terceiro Setor. In: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda C. A.; BAHIA, Ligia (org.). **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 37-65.

SODRÉ, Francis. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

VENTURA, Carla Aparecida Arena et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 907-920, 2017.

VIEIRA, N. A. **A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas**. Dissertação Mestrado em Ciência Política. UNICAMP, Campinas, SP: [s. n.], 2010.

REFERÊNCIAS DAS ATAS ESTUDADAS

BIGUAÇU. Ata de setembro de 2020. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020a.

BIGUAÇU. Ata de novembro de 2020. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020b.

BIGUAÇU. Ata de abril de 2021. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021a.

BIGUAÇU. Ata de maio de 2021 (ordinária). Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021b.

BIGUAÇU. Ata de maio de 2021 (extraordinária). Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021c.

BIGUAÇU. Ata de junho de 2021 (ordinária). Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021d.

CHAPECÓ. Ata nº 158. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020a.

CHAPECÓ. Ata nº 159. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020b.

CHAPECÓ. Ata nº 160. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020c.

CHAPECÓ. Ata nº 161. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020d.

CHAPECÓ. Ata nº 162. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020e.

CHAPECÓ. Ata nº 163. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020f.

CHAPECÓ. Ata nº 164. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020g.

CHAPECÓ. Ata nº 165. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020h.

CHAPECÓ. Ata nº 166. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020i.

CHAPECÓ. Ata nº 167. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020j.

CHAPECÓ. Ata nº 168. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020k.

CHAPECÓ. Ata nº 169. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021a.

CHAPECÓ. Ata nº 170. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021b.

CHAPECÓ. Ata nº 171. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021c.

CHAPECÓ. Ata nº 172. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021d.

CHAPECÓ. Ata nº 173. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021e.

CHAPECÓ. Ata nº 174. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021f.

CHAPECÓ. Ata nº 175. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021g.

CHAPECÓ. Ata nº 177. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021h.

CHAPECÓ. Ata nº 178. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021i.

CHAPECÓ. Ata nº 179. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021j.

CHAPECÓ. Ata nº 180. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021k.

CHAPECÓ. Ata nº 181. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021l.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 173. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020a.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 174. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020b.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 175. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020c.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 176. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020d.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 177. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020e.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 178. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020f.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 179. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020g.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 180. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020h.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 181. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020i.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 182. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020j.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 183. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020k.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 184. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2020l.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 185. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021a.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 186. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021b.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 187. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021c.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 188. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021d.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 189. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021e.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 190. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021f.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 191. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021g.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 192. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021h.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 193. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021i.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 194. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021j.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 195. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021k.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 196. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021l.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 197. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021m.

FLORIANÓPOLIS, Ata nº 198. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2021n.

APÊNDICE A

Quadro 5- Temas das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis em 2020

Meses 2020	Temas da pauta e informes
Janeiro	Não houve reunião.
Fevereiro	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da ata de nº 172; 2. Apresentação do Relatório Prestação de Contas do 3º Quadrimestre 2019; 3. Apresentação do Alô Saúde; 4. Informes e entrega documentos Conselhos Distritais; 5. Informes Gerais; e 6. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº 174, em 31 de março de 2020.
Março	Não houve reunião.
Abril	Não houve reunião.
Mai	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Apreciação do Relatório Anual de Gestão – RAG 2019; 2. Informes gerais; 3. Situação da COVID 19 em Floripa; 4. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 175, em 30 de junho de 2020.
Junho	Extraordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Anual de Gestão – RAG 2019 - considerações finais e votação; 2. Prestação de Contas do 3º Quadrimestre 2019 - considerações finais e votação;
	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atualização do Enfrentamento ao Covid-19 em Florianópolis; 2. Relatório da Prestação de Contas do 1º quadrimestre de 2020; 3. Votação Resoluções 05 - Programação Anual de Saúde e 07 - Aprovação das Metas Interfederativas Ajustes na Programação Anual de Saúde 2020;
Julho	Extraordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Situação de Altíssimo Risco COVID-19 em Florianópolis;
	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da ata de nº 173; 2. Proposta de Orçamento da SMS para 2021; 3. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 4. Consultório de Rua; 5. Informes gerais; 6. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 179,

	em 25 de agosto de 2020.
Agosto	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação das Atas de nº 174, 175 e 176; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis/Tratamento Precoce; 3. Apresentação do NASF; 4. Informes gerais; 5. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 180, em 29 de setembro de 2020.
Setembro	Extraordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Covidômetro: Critérios técnicos e científicos para definição de risco usado no Covidômetro em Florianópolis: quais são as medidas, os parâmetros, os cálculos, as fontes e responsabilidade?
	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata no 177; 2. Atualização do Enfrentamento ao Covid-19 em Florianópolis; 3. Informes da estrutura física atualizada da rede de Atenção à Saúde (obras e reformas/ampliações); 4. Recomposição por categoria de profissionais de saúde APS (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem); 5. Apresentação e Informes Secretaria Executiva; 6. Informes CLS e CDS; 7. Informes gerais; 8. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de no 182, em 27 de outubro de 2020.
Outubro	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação das Atas no 178 e 179; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 3. Relatório Prestação de Contas do 2o Quadrimestre 2020; 4. Informes (Secretaria Executiva, CLS, CDS e Gerais); 5. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de no. 183, em 24 de novembro de 2020.
Novembro	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação das Atas nº 180 e 181; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 3. Apresentação Programação Anual de Saúde – PAS 2021 4. Informes (Secretaria Executiva, CLS, CDS e Gerais); 5. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 184, em 15 de dezembro de 2020.
Dezembro	Ordinária: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 182; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 3. Finalização da apreciação da Programação Anual de Saúde – PAS 2021;

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Atualização da situação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; 5. Informes (Secretaria Executiva, CLS, CDS e Gerais); 6. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 185.
--	---

Fonte: Atas do CMS Florianópolis. Organização: Monteiro (2022).

Quadro 6- Temas das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis em 2021

Meses 2021	Temas da pauta e informes
Janeiro	
Fevereiro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação das Atas nº 183 e 184; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 3. Plano de Vacinação de Florianópolis; 4. Resolução nº 01/2021 – Metas Interfederativas 2021; 5. Apresentação dos Planos de Trabalhos da Política Hospitalar Catarinense – Hospital de Caridade; 6. Informes (Secretaria Executiva, CLS, CDS e Gerais); 7. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 186, em 29 de março de 2021.
Março	<p>Extraordinária (02/03):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esclarecimentos sobre o Plano de Trabalho da Política Hospitalar Catarinense – Programa 2020009772 Hospital de Caridade e votação. <p>Extraordinária (16/03):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medidas mais restritivas contra a COVID-19 em Florianópolis; 2. Situação dos Agentes Comunitários de Saúde de Florianópolis.
	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação das Atas nº 185 e 186; 2. Situação dos Ofícios enviados pelos CLS e CDS ao CMS; 3. Apresentação do Relatório Quadrimestral do 3º Quadrimestre de 2020; 4. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 5. Atualização da Vacinação em Florianópolis; 6. Esclarecimentos sobre o processo de demissão dos Agentes Comunitários de Saúde; 7. Informes (Secretaria Executiva, CLS, CDS e Gerais); 8. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 189, de 27 de abril de 2021.
Abril	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação das Ata nº 187;

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Apresentação do Relatório Anual de Gestão - RAG 2020; 3. Resolução Plano Municipal de Ações de Vigilância Sanitária 2020/2023; 4. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 5. Atualização da Vacinação em Florianópolis; 6. Situação dos Ofícios enviados pelos CLS e CDS ao CMS;
Maio	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação das Atas nº 188 e 189; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 3. Plano Municipal de Ações de Vigilância Sanitária 2020/2023; 4. Plano Municipal de Saúde 2022-2025; 5. Prorrogação das eleições para o CMS.
Junho	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 190; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 3. Atualização da Vacinação em Florianópolis; 4. Relatório Detalhado 1º Quadrimestre de 2021; 5. Proposta Orçamentária da Secretaria de Saúde para LDO 2022; 6. Plano Municipal de Saúde 2022-2025; 7. Informes (Secretaria Executiva, Comissões, CLS, CDS e Gerais). 8. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 192, de 27 de julho de 2021.
Julho	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 191; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 3. Atualização da Vacinação em Florianópolis; 4. Apresentação Alô Saúde Floripa; 5. Apresentação Reorganização do processo de trabalho das categorias multi da APS; 6. Plano Municipal de Saúde 2022-2025; 7. Informes (Secretaria Executiva, Comissões, CLS, CDS e Gerais); 8. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 193, de 31 de agosto de 2021.
Agosto	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 192; 2. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (Informes); 3. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis; 4. Atualização da Vacinação em Florianópolis; 5. Apresentação Saúde Bucal; 6. Informes (Secretaria Executiva, Comissões, CLS, CDS e Gerais); 7. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 194, de 28 de setembro de 2021.
Setembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 193; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 em Florianópolis;

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (Informes); 4. Atualização da Vacinação em Florianópolis; 5. Conferência Municipal de Saúde Mental 2021; 6. Relatório Atividades 1º Semestre Secretaria Executiva CMS; 7. Apresentação Marcação de Consultas Especializadas / Regulação / Lista de Espera; 8. Informes (Secretaria Executiva, Comissões, CLS, CDS e Gerais); 9. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 195, de 26 de outubro de 2021.
Outubro	<p>Extraordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 – Alinhamento dos problemas prioritizados e as diretrizes.
	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 194; 2. Relatório Prestação de Contas 2º Quadrimestre 2021; 3. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (Informes); 4. Apresentação Equipes Multiprofissionais na Rede; 5. Conferência Municipal de Saúde Mental 2021; 6. Informes (Secretaria Executiva, Comissões, CLS, CDS e Gerais); 7. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 197, de 30 de novembro de 2021.
Novembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 195; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19 e da Vacinação em Florianópolis; 3. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (Informes); 4. Situação de trabalho dos profissionais na Atenção Primária de Saúde; 5. Dengue; 6. Conferência Municipal de Saúde Mental 2021; 7. Informes (Secretaria Executiva, Comissões, CLS, CDS e Gerais); 8. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 198, de 14 de dezembro de 2021.
Dezembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovação da Ata nº 196; 2. Atualização do Enfrentamento ao COVID-19; 3. Atualização da Vacinação em Florianópolis; 4. Apresentação do Plano Municipal de Saúde 2022-2025; 5. Relato da Conferência Municipal de Saúde Mental 2021; 6. Informes (Secretaria Executiva, Comissões, CLS, CDS e Gerais); 7. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 199, de (22 de fevereiro de 2022).

Fonte: Atas do CMS Florianópolis. Organização: Monteiro (2022).

APÊNDICE B

Quadro 7- Temas das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó em 2020

Meses 2020	Temas da pauta e informes
Janeiro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Fevereiro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Março	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Abril	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Maio	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e Deliberação da Ata n° 157; 2. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 265, de 25 de março de 2020; 3. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 266, de 05 de maio de 2020; 4. Autorização de prorrogação do Termo de Convênio Do Hospital da Criança Augusta Muller Bonher n°013 de 2019 até 31.12.2020; 5. Termos Aditivos de Valor de Contrato do Hospital Regional do Oeste n° 330 de 2017, repasse UTI COVID-19; 6. Termo Aditivo de Valor de Contrato do prestador CIS Amosc n° 63 de 2019; 7. Discussão e Deliberação do Relatório Anual de Gestão 2019; 8. Discussão e Deliberação do Programação Anual de Saúde 2020; 9. Informações sobre a situação do Coronavírus em Chapecó e Região; 10. Assuntos Gerais;
Junho	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e Deliberação da Ata n° 158; 2. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum CMS n° 274, que aprova a habilitação temporária de mais 05 Leitos UTI II ADULTO - COVID-19, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19, instalados e ativos no Hospital Regional do Oeste (HRO); 3. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum CMS n° 275 que aprova o Aditivo no valor de RS 1.601.518,81, do instrumento contratual n° 330/2017, firmado em 28 de novembro de 2017, com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica sem fins lucrativos; 4. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum CMS n° 276 que aprova o Aditivo no valor de RS 4.851.305,25, do instrumento contratual n° 330/2017, firmado em 28 de novembro de 2017, com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica sem fins lucrativos; 5. Discussão e Deliberação da Prestação de Contas referente ao primeiro

	<p>quadrimestre de 2020 do Fundo Municipal de Saúde;</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Informes Gerais; 7. Sugestões de pautas para a próxima reunião do Conselho Municipal de Saúde.
Julho	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da Ata n° 159; 2. Discussão e deliberação da Resolução ad referendum n° 279 aprovando habilitação de leitos UTI COVID-19; 3. Discussão e deliberação da Resolução ad referendum n° 280 aprovando repasse de recurso financeiro para Leitos UTI COVID-19; 4. Discussão e deliberação da Resolução ad referendum n° 281, que aprova o Termo de Cedência Provisório n° 001/2020; 5. Discussão e deliberação da habilitação do Hospital Regional do Oeste, CNES 2537788, como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC no âmbito do SUS (Unidade de Cuidados Agudos ao AVC (U-AVC) - Tipo II); 6. Discussão e deliberação do 4° Termo Aditivo no Contrato n° 228/2017 entre o Fundo Municipal de Saúde e a Clínica Renal do Oeste; 7. Inclusão de ações de enfrentamento ao COVID-19 no Plano Municipal de Saúde; 8. Parecer Jurídico sobre a prorrogação do Termo de Convenio Do Hospital da Criança Augusta Muller Bonher n°003 de 2019; 9. Apresentação das Ações do CEREST e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) no combate a pandemia de COVID-19; 10. Informes Gerais; 11. Sugestões de pautas para a próxima reunião do Conselho Municipal de Saúde.
	<p>Extraordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação de Termo de Cessão de Uso de Bombas de Infusão para o Hospital Regional do Oeste; 2. Discussão e deliberação de Contrato de Prestação de Serviços de leitos de UTI com Hospital Unimed.
Agosto	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação das Atas n° 160 e n°161; 2. Discussão e deliberação do Termo Aditivo n° 13 do contrato n° 330/2017 referente ao repasse de recurso financeiro pára pagamento Leitos UTI COVID-19, conforme Portaria n° 1968, de 05 de agosto de 2020; 3. Apresentação das Ações do CEREST e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) no combate a pandemia de COVID-19; 4. Apresentação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde Interprofissionalidade - SESAU/Unochapecó e

	<p>SESAU/UFFS/Udesc/Unoese;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado da Acadêmica Patrícia Marafon sobre a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; 6. Informes Gerais.
Setembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da Ata nº 162; 2. Discussão e deliberação da Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde referente ao 2º Quadrimestre de 2020; 3. Informe sobre Emendas Parlamentares que foram aprovadas em 2019/2020; 4. Discussão e deliberação da Resolução ad referendum nº 292. que aprova aditivo no valor de R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais), 14º Termo Aditivo do instrumento contratual nº 330/2017, firmado em 28 de novembro de 2017, com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, visando a garantia da integralidade da assistência a população usuária do Sistema Único de Saúde, com suspeita ou diagnóstico de COVID-19; 5. Discussão e deliberação do 15º Termo Aditivo do Contrato 330/2017, firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste, a fim de repassar o valor RS 480.000.00, referente a Portaria MS/GM nº 2.418, de 11 de Setembro de 2020, que prorroga a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19; 6. Discussão e deliberação do Convênio com o GAPA para o ano de 2021; 7. Discussão e deliberação da Prestação de Contas do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner; 8. Informes Gerais.
Outubro	<p>Extraordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação do Parecer Científico da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Chapecó sobre a utilização da Cloroquina para o tratamento da COVID-19. <p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação das atas nº. 163 e nº. 164; 2. Discussão e deliberação do 17º Termo Aditivo do Contrato 330/2017, firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste, a fim de repassar o valor R\$ 240.000,00, referente a Portaria MS/GM nº 2.790, de 13 de Outubro de 2020, que prorroga a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19; 3. Discussão e deliberação sobre o retorno das reuniões presenciais do Conselho Municipal de Saúde; 4. Discussão e Deliberação sobre a Carta da Saúde Pública à População e aos Candidatos e Candidatas à Eleição Municipal de Chapecó; 5. Informes sobre o evento promovido pelo Conselho Municipal de Saúde

	<p>“Reflexões sobre a Reforma Administrativa Mediada pelo Prof. Dr. Darlan Kroth”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Informes sobre o ofício CMS nº 021/2020 à Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira sobre o relato da conselheira Roseli Santander; 7. Informes sobre a compra/recebimento de Acelerador Linear do Hospital Regional do Oeste; 8. Apresentação da Comissão de Visitas: visita do dia 10.02.2020 ao prédio novo do Hospital Regional do Oeste; 9. Apresentação da Comissão de Visitas: visita do dia 16.09.2020 à Policlínica Municipal, serviço que integrou os serviços CRESM, SAE e Ambulatório de Feridas Crônicas; 10. Informes Gerais.
Novembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata nº. 165; 2. Discussão e Deliberação do Plano de Trabalho referente ao Convênio SAER do ano 2021; 3. Discussão e Deliberação do Plano de Trabalho referente ao Convênio APAE do ano 2021; 4. Apresentação do Programa de Humanização da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira; 5. Apresentação da Comissão de Visitas: visita do dia 10.02.2020 ao prédio novo do Hospital Regional do Oeste; 6. Apresentação da Comissão de Visitas: visita do dia 16.09.2020 à Policlínica Municipal, serviço que integrou os serviços CRESM, SAE e Ambulatório de Feridas Crônicas; 7. Informes Gerais.
Dezembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata nº. 166; 2. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum nº 302, que aprova o aditivo 21º Termo Aditivo do instrumento contratual nº 330/2017, firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira; 3. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum nº 303, que aprova o aditivo 22º Termo Aditivo do instrumento contratual nº 330/2017, firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira; 4. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum nº 304, que aprova o aditivo 20º Termo Aditivo do instrumento contratual nº 330/2017, firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira; 5. Discussão e deliberação do Plano de Ação para Pactuação para pactuação 2020/2023 da Vigilância Sanitária; 6. Discussão e deliberação do repasse financeiro para as Clínicas de Terapia Renal Substitutiva, para complemento de tabela com recursos da Portaria 1666, de 01 de julho de 2020; 7. Apresentação da Comissão de Visitas nas Unidades Básicas de Saúde do interior de Chapecó;

	8. Informes Gerais.
	Extraordinária:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação do repasse financeiro para as Clínicas de Terapia Renal Substitutiva, para complemento de tabela com recursos da Portaria 1666, de 01 de julho de 2020, com parecer da Comissão de Prestação de Contas do CMS; 2. Discussão e Deliberação de Aditivo ao Contrato n° 330/2017 - Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, referente a Portaria GM/MS n° 2.624 de 28 de setembro de 2020; 3. Retrospectiva das ações do CMS no ano de 2020; 4. Informes Gerais.

Fonte: Atas do CMS Chapecó. Organização: Monteiro (2022).

Quadro 8- Temas das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó em 2021

Meses 2021	Temas da pauta e informes
Janeiro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Fevereiro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata n°. 167 e da ata n° 168; 2. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 309, que aprova o aditivo 5° Termo Aditivo do instrumento contratual n° 228/2017, firmado com a Clínica Renal do Oeste, referente a Portaria GM/MS n° 3.822, de 29 de dezembro de 2020; 3. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 310, que aprova o aditivo 24° Termo Aditivo do instrumento contratual n° 330/2017, firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, referente a Portaria GM/MS n° 3.488, de 16 de dezembro de 2020; 4. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 311, que aprova o Plano de Trabalho do Incentivo da política Hospitalar Catarinense para o Exercício de 2021 do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner; 5. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 312, que aprova o Plano de Trabalho do Incentivo da política Hospitalar Catarinense para o Exercício de 2021 do Hospital Regional do Oeste; 6. Discussão e Deliberação do Plano de Trabalho para aditivo no Contrato n° 330/2017, firmado com a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, referente ao repasse no valor de RS 200.000,00 (duzentos mil reais), referente a Portaria MS/GM n° 1.666, de 1° de julho de 2020; 7. Apresentação do Plano de Vacinação no município de Chapecó; 8. Eleições para o Conselho Municipal de Saúde Gestão 2021/2022; 9. Informes sobre a representação do CMS no Comitê de Enfrentamento ao COVID-19;

	<p>10. Informes sobre a representação do CMS na Comissão de Avaliação do Hospital Regional do Oeste e Hospital da Criança;</p> <p>11. Informes Gerais.</p>
Março	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata n°. 169; 2. Informes sobre a representação do CMS na Comissão de Avaliação do Hospital Regional do Oeste e Hospital da Criança; 3. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 315, que aprova o 26° Aditivo no valor de RS 200.000,00 (Duzentos mil reais) do instrumento contratual n° 330/2017, firmado em 28 de novembro de 2017, com a Associação Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 02.122.913/0001-06; 4. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 316, que aprova a ampliação do quantitativo de leitos de UTI COVID Adulto do Hospital Regional do Oeste de 40 (quarenta) para 68 (sessenta e oito), bem como respectiva habilitação temporária junto ao Ministério da Saúde; 5. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 317, que aprova o Plano de Trabalho do Incentivo a Política Hospitalar Catarinense no enfrentamento da Pandemia COVID-19 para o ano de 2021 do Hospital Regional do Oeste, CNES n° 2537788, conforme Programa 2020009774; 6. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 318 que aprova o Plano de Trabalho do Incentivo a Política Hospitalar Catarinense no enfrentamento da Pandemia COVID-19 pra o ano de 2021 do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner, CNES n° 7286082, conforme Programa 2020009774; 7. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 320, que aprova o Plano de Trabalho do Incentivo a Política Hospitalar Catarinense no enfrentamento da Pandemia COVID19 para o ano de 2021 do Hospital Regional do Oeste, CNES n° 2537788, conforme Programa 2020009824 Proposta Cadastral SIGEF SC n° 24456; 8. Pautas solicitadas na última reunião do CMS e apresentação da Secretaria de Saúde: verificação do valor repassado ao CIS-Amosc que saiu no jornal do dia 05 de fevereiro: verificação do 23ª Termo Aditivo ao contrato 330/2017 para o Hospital Regional do Oeste, no valor de RS 5.869.973,95 mensais e para o Hospital da Criança Augusta Muller Bonher RS 342.415,32; glosas feitas diante do processo da prefeitura, que foram ou deveriam ter sido feitos em relação ao Hospital Regional do Oeste do ano de 2015/2016; 9. Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde referente ao terceiro quadrimestre de 2020; 10. Informes sobre o Processo Eleitoral da Gestão 2021/2023 do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó; 11. Discussão e Deliberação da Resolução ad referendum n° 319, que instituiu a Comissão para as eleições do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó,

	<p>mandato 2021/2022:</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Apresentação do Centro de Informações Estratégicas e Respostas Vigilância da Saúde (CIEVS); 13. Informes do Grupo de Trabalho Covid e apresentação de ofício encaminhado para o CMS; 14. Informes Gerais.
	<p>Extraordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação do Ambulatório COVID-19 Tratamento Imediato.
Abril	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata n°. 170 e n° 171; 2. Discussão e Deliberação sobre a Resolução ad referendum n° 323, que aprovou o 28° aditivo no valor de R\$ 3.840.000,00 (Três milhões, oitocentos e quarenta mil reais) ao Contrato n° 330/2017 para custeio das diárias de 35 leitos de UTI COVID-19 referente a competência de fevereiro e março de 2021 e para o custeio das diárias de 05 leitos de UTI COVID-19 referente a competência de fevereiro e março de 2021; 3. Discussão e Deliberação sobre a Resolução ad referendum n° 324, que aprovou o Plano de Trabalho referente ao 29° Termo Aditivo no valor de RS 1.680.000,00 (Hum milhão, seiscentos e oitenta mil reais) do contrato n° 330/2017 para aquisição de medicamentos, suprimentos, insumos e produtos hospitalares para o atendimento adequado à população, custeio de despesas com a alteração dos protocolos assistenciais específicos para enfrentar a Pandemia da COVID-19 e pagamento dos profissionais de saúde necessários para atender a demanda COVID, incluindo todos os serviços diretos e indiretos; 4. Discussão e Deliberação sobre a Resolução ad referendum n° 325, que aprovou o 30° aditivo no valor de R\$ 2.400.000,00 (Dois milhões e quatrocentos mil reais) ao Contrato n° 330/2017 para custeio das diárias de 50 leitos de UTI COVID-19 referente a competência de março de 2021; 5. Deliberação sobre a alteração de custeio/qualificação da UPA 24 horas; 6. Discussão e Deliberação sobre o Relatório de Gestão 2020; 7. Deliberação sobre a Programação Anual de Saúde 2021; 8. Entidades aprovadas para concorrer ao pleito do Conselho Municipal de Saúde para a gestão 2021-2023; 9. Informes. <p>Extraordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posse dos conselheiros gestão 2021-2023; 2. Eleição da Nova Diretoria do Conselho Municipal de Saúde.
Maio	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata n°. 172 e n° 173; 2. Discussão e Deliberação sobre a Resolução ad referendum n° 331, que aprovou o 32° termo aditivo no valor de RS 4.320.000,00 (Quatro milhões, trezentos e vinte mil reais) ao Contrato n° 330/2017 com a Associação

	<p>Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.122.913/0001-06, para custeio das diárias de 90 leitos de UTI COVID-19 referente a competência de Abril de 2021;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Indicação para compor o Comitê de Ética da Universidade Federal Fronteira Sul; 4. Participação do Conselho Municipal de Saúde no Conselho Comunitário da UFFS; 5. Composição das comissões permanentes do Conselho Municipal de Saúde: Comissão de Prestação de Contas e Relatório de Gestão; Comissão de Visitas e Fiscalização; Comissão de Conselhos Locais de Saúde; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST; Comissão de Normas, Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social; 6. Assuntos gerais.
Junho	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata no. 174; 2. Apresentação das Comissões Permanentes do CMS; 3. Discussão e Deliberação sobre a Resolução ad referendum no 334, que aprovou aditivo no valor de R\$ 4.896.000,00 (Quatro milhões, oitocentos e noventa e seis mil reais) ao Contrato no 330/2017 com a Associação Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.122.913/0001-06, para custeio das diárias de 102 leitos de UTI COVID-19; 4. Discussão e Deliberação das Metas dos Indicadores da Pactuação Interfederativa para 2021; 5. Discussão e Deliberação da Prestação de Contas referente ao primeiro quadrimestre; 6. Indicação de titular e suplente do CMS no Comitê de Ética da UCEFF; 7. Apresentação da participação do Conselho Municipal de Saúde em reuniões do Hospital Regional do Oeste; 8. Assuntos Gerais.
Julho	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Agosto	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata nº. 176; 2. Apresentação das Comissões Permanentes do CMS; 3. Discussão e deliberação do Termo de convênio com o Centro Comunitário do Loteamento Colato - Valor de R\$ 30.000,00; 4. Discussão e deliberação do Termo de colaboração com HRO para tratamento AVC - Valor R\$ 120.000,00; 5. Discussão e deliberação de incremento de recursos covid-19 para o HRO para despesa com medicamentos - Valor R\$ 1.000.000,00; 6. Discussão e Deliberação de proposta para fluxo e trâmite de assuntos e pautas apresentados ao Conselho Municipal de Saúde; 7. Apresentação Comissão de Visitas e Fiscalizações das visitas referentes ao mês de julho - CSF Belvedere e Clínica Renal Oeste;

	8. Assuntos Gerais.
Setembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata n°. 177; 2. Relato das Comissões Permanentes do CMS: Comissão de CLS; Comissão de Prestação de Contas e Relatório de Gestão; Comissão de Normas; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; 3. Discussão e deliberação da Resolução ad referendum n° 346, que aprova o aditivo ao Contrato n° 330/2017 para custeio de diárias de 102 leitos de UTI Covid-19, referente a competência de julho de 2021; 4. Discussão e deliberação de aditivo no valor de R\$ 3.840.000,00 (Três milhões, oitocentos e quarenta mil reais) ao Contrato n° 330/2017 para custeio das diárias de 80 leitos de UTI COVID-19 referente a competência de Agosto de 2021, referente Portaria MS/GM n° 2.336, de 14 de Setembro de 2021; 5. Discussão e deliberação da habilitação do prestador Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tratamento Endovascular, Serviço/Classificação 105/007, nos termos da Portaria SAS/MS n° 756, de 27 de dezembro de 2005; 6. Discussão e deliberação da habilitação do prestador Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste como Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, nos termos da Portaria MS/SAS n° 210, de 15 de junho de 2004; 7. Apresentação Comissão de Visitas e Fiscalizações das visitas referentes ao mês de julho - CSF Belvedere, CAPS AD e Clínica Renal Oeste; 8. Posicionamento da SESAU quanto aos apontamentos da apresentação da Comissão de Visitas; 9. Assuntos Gerais;
Outubro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata n°. 178; 2. Relato das Comissões Permanentes do CMS: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Comissão de Normas; 2.2. Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; 3. Discussão e deliberação da Resolução ad referendum n° 351, de 23 de setembro de 2021, que aprovou aditivo no valor de RS 1.950.000,00 (Um milhão, novecentos e cinquenta mil reais) do instrumento contratual n° 330/2017, Portaria MS/GM n° 2.237, de 02 de Setembro de 2021, a qual estabelece recursos financeiros para o custeio de ações e serviços de saúde para o enfrentamento à pandemia relativo ao procedimento 03.03.01.022-3 (Tratamento de infecção pelo Novo Coronavírus) com a Associação Lenoir Vargas Ferreira; 4. Discussão e deliberação da Prestação de Contas referente ao Segundo Quadrimestre de 2021, com parecer da Comissão de Prestação de Contas; 5. Discussão e deliberação da Proposta de Funcionamento dos Conselhos

	<p>Locais de Saúde, proposto pela Comissão de Conselhos Locais de Saúde;</p> <p>6. Apresentação Comissão de Visitas e Fiscalizações de visitas ao CAPS AD e da visita à Clínica Radiológica Chapecoense, conforme denúncia;</p> <p>7. Assuntos Gerais.</p>
Novembro	<p>Extraordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação do Credenciamento do Hospital Regional do Oeste junto ao Sistema Único de Saúde como Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, conforme Ofício HRO nº 914/2021, nos seguintes serviços: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular; 1.2. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da cardiologia Intervencionista; 1.3. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos; 1.4. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia; 1.5. Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica; 2. Discussão e deliberação do Plano Municipal de Saúde 2022-2025; 3. Parecer da Comissão de Normas, Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social sobre o Plano Municipal de Saúde 2022-2025. <p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata nº 179 e nº 180; 2. Relato das Comissões Permanentes do CMS: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; 2.2. Comissão de Prestação de Contas e Relatório de Gestão; 3. Discussão e deliberação da Proposta de Funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde, proposto pela Comissão de Conselhos Locais de Saúde; 4. Discussão e deliberação da Conferência Municipal de Saúde Mental apresentado pela Comissão de Normas e Educação Permanente para o Controle Social; 5. Apresentação Comissão de Visitas e Fiscalizações de parecer sobre a visita à Clínica Radiológica Chapecoense, conforme denúncia; 6. Discussão e deliberação do Plano de Trabalho da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira para repasse de recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos médicos, visando a realização de neurocirurgias no Hospital Regional do Oeste; 7. Discussão e deliberação de Termo Aditivo do instrumento contratual nº 330/2017, Portaria MS/GM nº 2.730, de 14 de outubro de 2021, no valor de R\$ 3.840.000,00 (Três milhões, oitocentos e quarenta mil reais) a qual estabelece recursos financeiros para o custeio de ações e serviços de saúde para o enfrentamento à pandemia relativo ao procedimento 03.03.01.022-3 (Tratamento de infecção pelo Novo Coronavírus) com a Associação Lenoir Vargas Ferreira para custeio das diárias de 80 leitos de UTI COVID-19

	<p>referente a competência de Setembro de 2021;</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Apresentação de alteração do atendimento odontológico no município de Chapecó e mudanças realizadas a partir de setembro de 2021; 9. Assuntos Gerais;
Dezembro	<p>Ordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação da ata n°. 181; 2. Relato das Comissões Permanentes do CMS: <ol style="list-style-type: none"> 2. 1 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; 2. 2 Comissão de Prestação de Contas e Relatório de Gestão; 3. Apresentação de alteração do atendimento odontológico no município de Chapecó e mudanças realizadas a partir de setembro de 2021; 4. Discussão e deliberação do Regimento da Conferência Municipal de Saúde Mental apresentado pela Comissão de Normas e Educação Permanente para o Controle Social; 5. Apresentação Comissão de Visitas e Fiscalizações sobre a visita à UBS Sul; 6. Discussão e deliberação sobre o Termo de Convênio para transferência de recursos para auxiliar no custeio e manutenção do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner, conforme Lei n° 7.558, de 25 de novembro de 2021, repasse para a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira; 7. Assuntos Gerais. <p>Extraordinária:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e deliberação sobre a habilitação de 10 leitos de UTI Adulto Tipo II para o Hospital Regional do Oeste; 2. Informes.

Fonte: Atas do CMS Chapecó. Organização: Monteiro (2022).

APÊNDICE C

Quadro 9- Temas das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselho Municipal de Saúde de Biguaçu em 2020

Meses 2020	Temas da pauta e informes
Janeiro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Fevereiro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Março	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Abril	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Maiο	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Junho	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Julho	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Agosto	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Setembro	Ordinária*: <ol style="list-style-type: none"> 1. Debate sobre o Plano Municipal de Saúde vigente 2018 a 2021; 2. Apresentações dos conselheiros indicados/eleitos; 3. Apresentação da prestação de contas do ano de 2019; 4. Discussão e deliberação sobre o uso dos recursos recebidos pelo Hospital Regional de Biguaçu;
Outubro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Novembro	Ordinária:** <ol style="list-style-type: none"> 1. Abertura da reunião e registro das justificativas de ausências; 2. Aprovação da Ata Anterior após leitura; 3. Apreciação, para votação: Pactuações da Vigilância Sanitária de Biguaçu 2020-2023; 4. Apreciação, para votação: Indicadores de Pactuação Interfederativa - 2020; 5. Apreciação para votação: Continuidade da Política Hospitalar Catarinense - recursos para 2021; 6. Outras demandas provenientes dos participantes da assembleia.
Dezembro	Ordinária:*** <ol style="list-style-type: none"> 1. Abertura da reunião e registro das justificativas de ausências; 2. Aprovação da Ata de novembro; 3. Apreciação, para votação: aumento de equipes de saúde de família em odontologia; 4. Aprovação do calendário para reuniões de 2021; 5. Outras demandas provenientes dos participantes da assembleia.

Fonte: Atas do CMS Chapecó. Organização: Monteiro (2022).

*Podem haver erros na digitação precisa dos pontos, pois, como citado no item 2.2, a pauta das reuniões não consta na ata, apenas aparece quando o debate começa, não sendo transcrita em sua totalidade. Portanto, os pontos sinalizados acima foram elaborados a partir da análise do debate contido nas atas.

**Os pontos de pauta desta reunião foram encontrados na convocação da reunião.

***Sobre esta reunião tivemos acesso apenas à convocação e não à ata.

Quadro 10- Temas das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias, presenciais e remotas, do Conselho Municipal de Saúde de Biguaçu em 2021

Meses 2021	Temas da pauta e informes
Janeiro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Fevereiro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Março	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Abril	Extraordinária: 1. Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020.
Maio	Ordinária/Extraordinária*: 1. Recursos recebidos e utilizados no ano de 2020 destinados aos Hospitais Filantrópicos de acordo com a Política Hospitalar Catarinense para serem usados dentro de 12 meses: 1.1. Recursos utilizados em exames de imagem para pacientes acometidos com a Covid_19; 1.2. Recursos para manutenção da UTI Covid; 2. Dúvidas sobre a prestação de contas 2020 do Fundo Municipal de Saúde, apresentado na reunião de abril; 3. Sugestão de pontos de pauta para a próxima reunião.
Junho	Ordinária: 1. Apreciação para registro em ata, da aprovação das atas pendentes/anteriores (enviada previamente); 2. Ofício GT/CMS enviado ao Gestor – Encaminhamentos e respostas; 3. Solicitações da Conselheira Lidiane – segmento de usuários do SUS, representando Associação Jd. Carolina – Encaminhamentos e respostas; 4. Pactuação de indicadores interfederativos 2021 – Demanda da Conselheira Mariana – segmento da Gestão – Apreciação para aprovação; 5. Parecer CMS referente a habilitação de leitos permanentes em UTI adulto geral no hospital Biguaçu – Apreciação para aprovação; 6. Outras demandas provenientes da assembleia, levantamento de pautas para próxima reunião.
Julho	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Agosto	Ordinária:** 1. Apreciação para registro em ata, da aprovação das atas pendentes/anteriores (enviada previamente); 2. Encaminhamentos após reunião do Grupo de Trabalho com a gestão municipal, ocorrida em 15/07; 3. Pactuação de indicadores interfederativos 2021 – Demanda da Conselheira Mariana – segmento da Gestão – Apreciação para aprovação;

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Parecer CMS referente ao recurso COVID_19 recebido pelo Hospital Regional de Biguaçu – Apreciação para aprovação; 5. Demanda apresentada pelo Grupo de Trabalho, referente a licitação de Organização Social para administrar a Unidade de Pronto Atendimento 24h – Apresentação e discussão; 6. Outras demandas provenientes da assembleia, levantamento de pautas para próxima reunião.
Setembro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Outubro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Novembro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.
Dezembro	Não houve reunião ou não foi compartilhada a ata.

Fonte: Atas do CMS Chapecó. Organização: Monteiro (2022).

*A reunião foi chamada primeiro como ordinária mas não houve quórum e foi adiada, sendo realizada de forma extraordinária. Podem haver erros na digitação precisa dos pontos, pois, como citado no item 2.2, a pauta das reuniões não consta na ata, apenas aparece quando o debate começa, não sendo transcrita em sua totalidade. Portanto, os pontos sinalizados acima foram elaborados a partir da análise do debate contido nas atas.

**Sobre esta reunião tivemos acesso apenas à convocação e não à ata.

ANEXO A



Lista de Presença dos Conselheiros

183ª Sessão Ordinária | 24 de novembro de 2020

SEGMENTO GESTORES E PRESTADORES SERVIÇO

Governo Municipal			
Presidente do CMS	Titular	Carlos Alberto Justo da Silva	
SMS Secretaria Municipal de Saúde	Titular	Edenice Reis da Silveira	
	Suplente	Daniela Baumgart de Liz Calderon	
SEMAS Secretaria Municipal de Assistência Social	Titular	Audenir Cursino de Carvalho	
	Suplente	Ricardo Jose de Souza	
SME Secretaria Municipal de Educação	Titular	Ana Paula Felipe	
	Suplente	Giorgia Andrea Wiggers	
SMI Secretaria Municipal de Infraestrutura	Titular	João Henrique de S. Q. Pereira	
	Suplente	Márcio Ishihara Furtado	
Governo Estadual			
SES Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina	Titular	Laureci Aniceto	
	Suplente	Liliane Aparecida de Oliveira	

Entidades Prestadoras de Serviço em Saúde			
AHESC Associação de Hospitais de Santa Catarina	Titular	Adriano Carlos Ribeiro	
	Suplente	Coleta Peruchi	
SINDILAB Sindicato de Lab. de Análises Clínicas, Patologia Clínica e Anátomo-Citopatologia de SC	Titular	Marjorana Martini Rodrigues Galvão	
	Suplente	Maria Elizabeth Menezes	

SEGMENTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entidades Sindicais e Associações de Profissionais de Saúde			
CREFITO 10 Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Titular	Karin Gomes Paz	
CREF3/SC Conselho Reg. Ed. Física de SC	Suplente	Marino Tessari	
CRN 10 Conselho Reg. de Nutricionistas 10ª Região	Titular	Deise Maria Pacheco Gomes	
	Suplente	Roseli Eggert Nascimento	
SOESC Sind. Odontologistas no Estado de SC	Titular	DonavanBacilieri Soares	
SINDIFAR/SC Sind. Farmaceuticos no Estado SC	Suplente	Fernanda Manzini	
ACMFC Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade	Titular	Marcos Revillion de Oliveira	
	Suplente	João Paulo Neri Garibaldi	
ACO Academia Catarinense de Odontologia	Titular	Pierre Guedes de Araujo	
CRO/SC Conselho Reg. Odontologia de SC	Suplente	Karine Arruda Flores	

Entidades Sindicais e Associações de Trabalhadores em Saúde do Serviço Público			
SINDSAÚDE Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Florianópolis	Titular	Wallace Fernando Cordeiro	
	Suplente	Nereu Sandro Espezim	
SINDPREVS/SC Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal de Santa Catarina	Titular	João Paulo Silvano Silvestre	
	Suplente	Luciano Wolffenbuttel Veras	

Instituições Públicas Ou Privadas de Ensino Superior com Sede em Florianópolis			
UFSC Universidade Federal de Santa Catarina	Titular	Josimari Telino de Lacerda	
	Suplente	Mário Sérgio Soares de Azevedo Coutinho	

SEGMENTO USUÁRIOS DO SUS

Entidades Populares			
UFECO União Florianopolitana de Entidades Comunitárias	Titular	Marcos Cesar Pinar	
	Suplente	Albertina da Silva de Souza	
Instituto Arco-Íris	Titular	Irma Manuela Paso Martins	
	Suplente	Denilson Machado	
FCM Federação Catarinense de Mulheres	Titular	Janaina Conceição Deitos	
	Suplente	Cecilia Alves de Lima	
UNEGRO União de Negras e Negros pela Igualdade de Santa Catarina	Titular	Kaionara Aparecida dos Santos	
	Suplente	Leonardo Moura da Silva	
PPI Pastoral da Pessoa Idosa	Titular	Leonilda Delourdes Gonçalves	
ANG/SC Associação Nac.Gerontologia de SC	Suplente	InessaSolek Teixeira	
AMOCAM Associação de Moradores do Campeche	Titular	Roseane Lucia Panini	
	Suplente	Alencar Valmor Vigano	
CONFIA Cons. Comunit. Lot. Jd. Anchieta, Flor Ilha e Jardim Germânia	Titular	Aparecida Eli Coelho	
AMORA Associação Moradores de Ratores	Suplente	LeaniBudde	

Entidade de Aposentados e Pensionistas			
AFABB/SC Associação dos Funcionários Aposentados e Pensionistas do Banco do Brasil	Titular	Maria Helena Possas Feitosa	
	Suplente	Francisco Teixeira Nobre	

Conselhos Distritais de Saúde			
CDS CENTRO Conselho Distrital de Saúde Centro	Titular	Carmen Mary de Souza Souto	
	Suplente	Sulimar Vargas Alves	
CDS CONTINENTE Conselho Distrital de Saúde Continente	Titular	Tania Maria Ramos	
	Suplente	Hugo Belli	
CDS NORTE Conselho Distrital de Saúde Norte	Titular	Adélio José da Costa	
	Suplente	Lisia Maria Barth Lavalhos	
CDS SUL Conselho Distrital de Saúde Sul	Titular	Emerson de Jesus Duarte	
	Suplente	Valter Euclides das Chagas	

Entidades Sindicais e Associações de Trabalhadores			
ESTRELA GUIA Associação em Prol da Cidadania e dos Direitos Sexuais	Titular	Marcelo Pacheco de Freitas	
	Suplente	Kelly Vieira Meira	
CUT /SC Central Única dos Trabalhadores	Titular	Sérgio Murilo Rabelo	
	Suplente	Sylvio da Costa Junior	

Entidades Não Governamentais que Atuam no Atendimento a Pessoas com Patologias Crônicas e Pessoas com Deficiência			
AMUCC Associação Brasileira de Portadores de Câncer	Titular	Maria Conceição dos Santos Machado	
APAR Associação dos Pacientes Renais de Santa Catarina	Suplente	Scheila Rodrigues Silveira	
GAPA/SC Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS de Florianópolis	Titular	Moacyr Tadeu de Menezes	
APAE Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Florianópolis	Suplente	Maíra AntonelloRasia	

Fonte: Elaborado pelo CMS Florianópolis.

ANEXO B



Lista de Presença dos Conselheiros

204ª Sessão Ordinária | 31 de maio de 2022

SEGMENTO GESTORES E PRESTADORES SERVIÇO

Governo Municipal			
Presidente do CMS	Titular	Carlos Alberto Justo da Silva	PRESENTE
SMS Secretaria Municipal de Saúde	Titular	Edenice Reis da Silveira	
	Suplente	Daniela Baumgart de Liz Calderon	
SEMAS Secretaria Municipal de Assistência Social	Titular	Rosangela Maria Silva	
	Suplente	Sandra Maria Raimundo	
SME Secretaria Municipal de Educação	Titular	Ana Paula Felipe	
	Suplente	Giorgia Andrea Wiggers	
SMI Secretaria Municipal de Infraestrutura	Titular	João Henrique de S. Q. Pereira	
	Suplente	Márcio Ishihara Furtado	
Governo Estadual			
SES Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina	Titular	Laureci Aniceto	
	Suplente	Liliane Aparecida de Oliveira	

Entidades Prestadoras de Serviço em Saúde			
AHESC Associação de Hospitais de Santa Catarina	Titular	Hipólito do Vale Pereira Neto	PRESENTE
	Suplente	Coleta Peruchi	
SINDILAB Sindicato de Lab. de Análises Clínicas, Patologia Clínica e Anátomo-Citopatologia de SC	Titular	Marjorana Martini Rodrigues Galvão	
	Suplente	Maria Elizabeth Menezes	

SEGMENTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entidades Sindicais e Associações de Profissionais de Saúde			
CREFITO 10 Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Titular	Karin Gomes Paz	
CREF3/SC Conselho Reg. Ed. Física de SC	Suplente	Marino Tessari	PRESENTE
CRN 10 Conselho Reg. de Nutricionistas 10ª Região	Titular	Vânia Passero	PRESENTE
	Suplente	Csele Van de Sand	
SOESC Sind. Odontologistas no Estado de SC	Titular	DonavanBacilieri Soares	PRESENTE
SINDIFAR/SC Sind. Farmaceuticos no Estado SC	Suplente	Fernanda Manzini	PRESENTE
ACMFC Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade	Titular	Marcos Revillion de Oliveira	PRESENTE
	Suplente	João Paulo Neri Garibaldi	
ACO Academia Catarinense de Odontologia	Titular	Pierre Guedes de Araujo	
CRO/SC Conselho Reg. Odontologia de SC	Suplente	Karine Arruda Flores	

Entidades Sindicais e Associações de Trabalhadores em Saúde do Serviço Público			
SINDSAÚDE Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Florianópolis	Titular	Nereu Sandro Espezim	
	Suplente	Wallace Fernando Cordeiro	
SINDPREVS/SC Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal de Santa Catarina	Titular	João Paulo Silvano Silvestre	
	Suplente	Luciano Wolffenbuttel Veras	

Instituições Públicas Ou Privadas de Ensino Superior com Sede em Florianópolis			
UFSC Universidade Federal de Santa Catarina	Titular	Josimari Telino de Lacerda	PRESENTE
	Suplente	Mário Sérgio Soares de Azevedo Coutinho	

SEGMENTO USUÁRIOS DO SUS

Entidades Populares			
UFECO União Florianopolitana de Entidades Comunitárias	Titular	Marcos Cesar Pinar	
	Suplente	Albertina da Silva de Souza	PRESENTE
Instituto Arco-Íris	Titular	Irma Manuela Paso Martins	PRESENTE
	Suplente	Alexandre Gouveia Martins	
FCM Federação Catarinense de Mulheres	Titular	Janaina Conceição Deitos	PRESENTE
	Suplente	Cecilia Alves de Lima	PRESENTE
UNEGRO União de Negras e Negros pela Igualdade de Santa Catarina	Titular	Kaionara Aparecida dos Santos	
	Suplente	Leonardo Moura da Silva	
PPI Pastoral da Pessoa Idosa	Titular	Leonilda Delourdes Gonçalves	PRESENTE
ANG/SC Associação Nac.Gerontologia de SC	Suplente	InessaSolek Teixeira	
AMOCAM Associação de Moradores do Campeche	Titular	Roseane Lucia Panini	PRESENTE
	Suplente	Alencar Valmor Vigano	
CONFIA Cons. Comunit. Lot. Jd. Anchieta, Flor Ilha e Jardim Germânia	Titular	Aparecida Eli Coelho	
AMORA Associação Moradores de Ratores	Suplente	LeaniBudde	PRESENTE

Entidade de Aposentados e Pensionistas			
AFABB/SC Associação dos Funcionários Aposentados e Pensionistas do Banco do Brasil	Titular	Maria Helena Possas Feitosa	PRESENTE
	Suplente	Francisco Teixeira Nobre	

Conselhos Distritais de Saúde			
CDS CENTRO Conselho Distrital de Saúde Centro	Titular	Carmen Mary de Souza Souto	
	Suplente	Sulimar Vargas Alves	
CDS CONTINENTE Conselho Distrital de Saúde Continente	Titular	Tania Maria Ramos	
	Suplente	Hugo Belli	
CDS NORTE Conselho Distrital de Saúde Norte	Titular	Adélio José da Costa	PRESENTE
	Suplente	Lisia Maria Barth Lavalhos	PRESENTE
CDS SUL Conselho Distrital de Saúde Sul	Titular	Emerson de Jesus Duarte	PRESENTE
	Suplente	Valter Euclides das Chagas	

Entidades Sindicais e Associações de Trabalhadores			
ESTRELA GUIA Associação em Pro da Cidadania e dos Direitos Sexuais	Titular	Marcelo Pacheco de Freitas	PRESENTE
	Suplente	Kelly Vieira Meira	
CUT /SC Central Única dos Trabalhadores	Titular	Sérgio Murilo Rabelo	
	Suplente	Sylvio da Costa Junior	

Entidades Não Governamentais que Atuam no Atendimento a Pessoas com Patologias Crônicas e Pessoas com Deficiência			
AMUCC Associação Brasileira de Portadores de Câncer	Titular	Maria Conceição dos Santos Machado	PRESENTE
APAR Associação dos Pacientes Renais de Santa Catarina	Suplente	Scheila Rodrigues Silveira	
GAPA/SC Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS de Florianópolis	Titular	Moacyr Tadeu de Menezes	
APAE Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Florianópolis	Suplente	Maíra Antonello Rasia	PRESENTE

Fonte: Elaborado pelo CMS Florianópolis.

ANEXO C

Composição do Conselho Municipal de Saúde de Chapecó

Segmento	Entidade	Conselheiro (a)
I - Representantes de Entidades e Movimentos representativos de Usuários: 03 (três) representantes titulares e 03 (três) suplentes indicados pelos Sindicatos de Trabalhadores Urbanos e Rurais	SITICOM	Elisônia Renk – Titular
	APROEST	Izelda Terezinha Oro – suplente
	SINTRAF	Cleudes Aparecida Costa Jung – titular
		Maikon Junior da Rosa – suplente
	SITESPM	Manira Schmitz – titular Giani Vanin - suplente
I - Representantes de Entidades e Movimentos representativos de Usuários: 03 (três) representantes titulares e 03 (três) suplentes representantes dos Conselhos Comunitários de Bairros/Organiz ações de Moradores;	Conselho Comunitário Bairro Santa Maria	David Ricardo Migliavacca – Titular
		Rodrigo Moroni - suplente
	Associação de Moradores do Distrito Mal. Borman	Maria de Lourdes Rodrigues Muller – titular
		Carlos L. Schmitz - suplente
	Conselho Comunitário Bairro Saic e Jardim Itália	Gilberto José Mario – Titular
Jefferson Castanho Scherer - Suplente		
I - Representantes de Entidades e Movimentos representativos de Usuários: 02 (dois) representantes titulares e 02 (dois) suplentes de organizações que atuam na área da saúde e	Verde Vida - Programa Oficina Educativa	Manoel de Souza Neto - titular
	SACH – Sociedade Amigos de Chapecó	Patricia Sabina Marafon - suplente
	Associação das Mulheres Camponesas	Diversina Salete Bolsoni
	NAVIC – Núcleo de	Sergio Bittencourt - suplente

defendam os direitos dos usuários do SUS;	Apoio a Vida de Chapecó	
I - Representantes de Entidades e Movimentos representativos de Usuários: 01 (um) representantetitular e 01 (um) suplente de Associações de Portadores de Patologias Crônicas Portadores de Patologias Crônicas	ADHI – Associação dos Diabéticos e Hipertensos de Chapecó	Altair Paulo Portilho – titular
	ASUCAPS	Nara Sandra GhenoDadalt - suplente
I - Representantes de Entidades e Movimentos representativos de Usuários: 01 (um) representante titular e 01 (um) suplente de Associações de Pessoas com Deficiência	AMA – Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Chapecó e Região	Lilian Wrzesinski Simon - Titular
	Aldeia 21 - Associação pelas Pessoas com Trissomia do 21	Cristine Angelica Bartz - Suplente
I - Representantes de Entidades e Movimentos representativos de Usuários: 03 (três) representantes titulares e 03 (três) suplentes de sindicatos patronais da área da	SINDICONT	Bruno João Tem-Pass – Titular
	SINDICONT	Caroline MarviMorigeHacknhaar – Suplente
	SITRAN	ElizandroCasonatto – Titular
	SICOM	Fabiana Funk – Suplente
	SINDIALIMENTOS	Marcos Albeirice da Rocha – Titular
	ACIC	Daniel Bet - suplente

indústria, comércio e agricultura;		
I - Representantes de Entidades e Movimentos representativos de Usuários: 01 (um) representante titular e 01 (um) representante suplente de movimentos sociais e populares organizados com atuação na área da saúde;	Mitra Diocesana – Pastoral da Saúde	Terezinha de Fatima Casarin – Titular
	GAPA	Ricardo Malacarne - suplente
II – representantes de entidades representativas dos profissionais de saúde 07 (sete) representantes titulares e 07 (sete) representantes suplentes eleitos pelas entidades de classe, associações e sindicatos ou conselhos de profissionais de saúde.	SITESSCH	Fabio Ramos Nunes Fernandes – Titular
		Tania ChiomentoFilippin – Suplente
	CRF	Franciane Rios Senger – Titular
		Rangeli Basso – Suplente
	ABO	Sindhy Mara Longo - Titular
		Luis Fernando Gelati - Suplente
	APAS Oeste	MarileiCebulski Rodrigues – Titular
		Jaquelina Pavan – Suplente
	ABEN	Elisangela Argenta Zanatta – titular
	COREN	Adriana Remião Luzardo – suplente
CRMV	Leonir Eugenio Lorenzetti - Titular	
	Eliana Renuncio - Suplente	
CREFITO	Gabriel Osvaldo de Oliveira – Titular	
	Claudia NesiRezer - Suplente	
III – representantes de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, privados conveniados ou sem fins	OTIOUVE	Andre João Telocken – Titular
	Clínica Renal Oeste	Aline Bissoloti – Suplente

lucrativos; 02 (dois) representantes titulares e 02 (dois) suplentes dos Hospitais conveniados com o SUS, Prestadores de Serviço Privado Conveniados e/ou Contratados pelo SUS e estabelecimentos de ensino ligados à formação de profissionais da saúde, com sede no município de Chapecó	UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina	Denise Antunes de Azambuja Zocche – Titular
	UFFS – Universidade Federal Fronteira Sul	Larissa Hermes Thomas Tombini - Suplente
IV – representantes do governo 04 (quatro) representantes titulares e 04 suplentes do Governo Municipal	SESAU	Jeane Carla Mohr de Oliveira- Titular
		Jader Adriel Danielli – Suplente
		Gessiani Fatima Larentes – Titular
		NedioConci – Suplente
		Cleonice Alves- Titular
		Ligia Schacht – Suplente
		Valdecir José Miotto – Titular
		MichellaPertile – Supente
V – representantes do governo: 01 (um) representante titular e 01 (um) suplente do Governo Estadual ou Governo Federal	Macrorregional de Saúde	Adriana Brun – Suplente
	Consórcio CIS- Amosc	Geisa Muller de Oliveira - Titular

Fonte: Elaborado pelo CMS Chapecó.

ANEXO D

Lista de presença CMS Biguaçu 2020

CONSELHEIROS DE SAÚDE REGISTRADOS NA REUNIÃO DE SETEMBRO/2020:	
REPRESENTANTES	SEGMENTO QUE REPRESENTA
MARCIO SOTTANA	PRESTADOR DE SERVIÇO HOSPITAL REGIONAL HEMULT NASS
CLARICE T. GIELINSKI	
MARIANA ESTER BORGES COSTA	GESTORES SECRETARIA DE SAÚDE
LUCIANA SARKIS	
ISIS LEON MARTINS	SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
MÁRCIA MARÇAL CRISTIANE GRANETTO	
GUILHERME LUCERO	SECRETARIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
PRISCILA CARDOZO PEREIRA	
EDERSON LUIZ SILVA	PROFISSIONAL DE SAÚDE ATUANTES NAS UNIDADES DE SAÚDE
ALINE SCAPINI DEL PINO	PROFISSIONAL DE SAÚDE: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
WANESSA ZANOTTO	
MARCELO FRANÇA	PROFISSIONAL DA REDE DE SAÚDE ODONTOLOGIA E SAE/CTA
ROSECLEIA MEURER SILVEIRA	
PEDRO LUIZ DE AQUINO NAU	USUÁRIOS SINDICATO DOS TRABAL. RURAIS
CHARLES DÉBORA VEIGA	
	USUÁRIOS Ação Social São João Evangelista
	USUÁRIOS REPRESENTANTE DOS IDOSOS
THAIS M. KONS	USUÁRIOS APAE
ROSICLÉIA MARCELINO	
	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES
ROSA DE FATIMA V. DE SOUZA	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES CACHOEIRAS
ALINE DAMÁSIO	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES MARCO ANTONIO
MILTON	
ANNE CAROLINE JERONIMO	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES VENDAVAL
MIRIAM C. C. M. MATTOS	

Fonte: Elaborado pelo CMS Biguaçu.

ANEXO E

Composição Conselho Municipal de Saúde Biguaçu 2021

NOME	ENTIDADE REPRESENTANTE
MARCIO SOTTANA	PRESTADOR DE SERVIÇO HOSPITAL REGIONAL HEMULT NASS
CLARICE T. GIELINSKI	
MARIANA ESTER BORGES COSTA	GESTORES SECRETARIA DE SAÚDE
LUCIANA SARKIS	
ISIS LEON MARTINS	SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
MÁRCIA MARÇAL	
CRISTIANE GRANETTO	SECRETARIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
GUILHERME LUCERO	
PRISCILA CARDOZO PEREIRA - titular	PROFISSIONAL DE SAÚDE ATUANTES NAS UNIDADES DE SAÚDE
EDERSON LUIZ SILVA	
ANNE CAROLINE JERONIMO - titular	PROFISSIONAL DE SAÚDE AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE BIGUAÇU
CARMEM ELISA DA SILVA	
ALINE SCAPINI DEL PINO - titular	PROFISSIONAL DA REDE DE SAÚDE NASF
WANESSA ZANOTTO	
MARCELO FRANÇA - titular	PROFISSIONAL DA REDE DE SAÚDE ODONTOLOGIA POLICLÍNICA
KAROLINA POLUCENIO	
NEIDI PAULI GUESSER - titular	USUÁRIOS SINDICATO DOS TRABAL. RURAIS
CHARLES LUIZ KRESCH	
DÉBORA VEIGA - titular	USUÁRIOS Ação Social São João Evangelista
KREIZE FERNANDA DE SOUZA MACHADO	
	USUÁRIOS IDOSOS

ROSICLÉIA MARCELINO - titular	USUÁRIOS APAE
FERNANDA CAMPOS SIQUEIRA	
LIDIANE JOVENESA LUZ DE CAMPOS - titular	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES
PAULO SÉRGIO DOS REIS	
ROSA DE FATIMA V. DE SOUZA - titular	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES CACHOEIRAS
SAMILLA RIBEIRO BATISTA	
ALINE DA SILVA DAMÁSIO - titular	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES MARCOS ANTÔNIO
MILTON	
MIRIAM C. C. M. MATTOS - titular	USUÁRIOS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS/MORADORES- VENDAVAL
ANNE CAROLINE JERONIMO	

Fonte: Elaborado pelo CMS Biguaçu.