



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Circe Nóbrega Ribeiro

A participação social na forma telepresencial: Uma análise da
experiência no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no
contexto da pandemia de COVID19

Recife

2023

Circe Nóbrega Ribeiro

A participação social na forma telepresencial: Uma análise da
experiência no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no
contexto da pandemia de COVID19

Dissertação de Mestrado Profissional em
Saúde Pública apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Pública do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública.

Orientador: Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias

Recife

2023

R484p

Ribeiro, Circe Nobrega.

A participação social na forma telepresencial: uma análise da experiência no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no contexto da pandemia de Covid 19 / Circe Nobrega Ribeiro. -- 2023.

99 p. : il.color.

Orientador: Sidney Feitoza Farias.

Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.

Bibliografia: f. 1-99.

1. Participação Social. 2. COVID-19. 3. Tecnologia da Informação. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Circe Nóbrega Ribeiro

A participação social na forma telepresencial: Uma análise da
experiência no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no
contexto da pandemia de COVID19

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 28 de março de 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE

Dra. Joselene Gomes de Souza
Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas

Prof. Dra. Ana Cláudia Figueiró
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE

Dedico este trabalho ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fiocruz Aggeu Magalhaes e às pessoas que conviviao longo desses anos. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos foi sem dúvida a melhor experiência.

AGRADECIMENTOS

A Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida.

À minha família em especial aos meus pais João Palmeira e Antônia Maria por sempre acreditarem no meu potencial; e, aos meus irmãos Hélder e minha cunhada Isabele por me auxiliarem com seus conhecimentos.

Ao Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias, meu orientador, pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

As doutoras Joselene Gomes de Souza e Ana Claudia, que aceitaram o convite paraserem membros da minha banca e suas contribuições.

Aos professores que me acompanharam ao longo do curso e que com empenho se dedicam à arte de ensinar.

As minhas amigas Gilmara Rocha de Oliveira, Rosimary de Souza Lourenço, Luciana, Fabianne, Claudinha e Janaína pelo incentivo e contribuições.

Aos meus amigos do Mestrado que me acompanharam de perto nessa jornada: Sanay de Souza Pedrosa, Raylson Emanuel Nóbrega e Antônio Charles Nogueira, Januário Neto, Olivam Conceição, Lyeny Alcântara:vocês ficarão pra sempre no meu coração.

A minha querida amiga Sueline Marinho por se comprometer a me substituir nos compromissos de trabalho quando precisei me ausentar por motivos de estudo; ao meu amigo Wenderson Matos pela contribuição.

A minha querida chefe Maria Mazzarello Leitão Vargas da Secretaria de Estado da Saúde e antigas chefes Patrícia Rombaldi e Eweane Lopes da Secretaria Municipal de Saúde por todo apoio concedido.

Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas. Pessoas mudam o mundo.
Paulo Freire (1999)¹

RESUMO

RIBEIRO, Circe Nobrega. A participação social na forma telepresencial: uma análise da experiência no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no contexto da pandemia de COVID19. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

A pandemia de COVID19 representa um desafio sem precedentes na história, para a ciência e para a humanidade, demandando respostas imediatas de todas as esferas da sociedade, em especial dos sistemas de saúde no que diz respeito ao enfrentamento da crise ora vivenciada mundo afora, mudando a dinâmica social e trazendo grandes desafios para os serviços de saúde públicos e privados. Esses desafios referem-se às medidas de prevenção em relação ao avanço e disseminação do novo vírus, gerando a necessidade de uma reorganização da sociedade como um todo, destacando o protagonismo dos serviços de saúde, especialmente do Sistema Único de Saúde, tendo como um dos seus princípios o controle social que trata da participação social na gestão do sistema. Essa participação acontece em dois espaços institucionalizados: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, composto por gestores, trabalhadores e usuários do SUS. A participação adotada pelos conselhos se dá majoritariamente na forma presencial através de assembleias ordinárias, extraordinárias e reuniões de comissões de trabalho. No entanto, com a pandemia da COVID19, a forma telepresencial, por meio da utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação-TICs, se apresentou como uma alternativa, complementando as atividades presenciais. O objetivo do presente estudo foi a análise da participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no contexto da pandemia da COVID19. A opção metodológica foi voltada ao desenvolvimento de um método quantitativo e qualitativo, com características de um estudo descritivo centrado na análise daquilo que foi discutido pelos Conselheiros Municipais de Saúde de Manaus sobre a participação social na forma telepresencial por meio da utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação. Dessa forma, o resultado encontrado foi que a forma híbrida (presencial e telepresencial) de participação proporcionou uma maior presença nos conselhos de saúde, em relação às temáticas discutidas destacam-se as temáticas da cooperação técnica e do controle social.

Palavras chaves: participação social; tecnologia da informação; COVID19.

ABSTRACT

RIBEIRO, Circe Nobrega. Social participation in telepresencial form: an analysis of the experience in the Municipal Health Council of Manaus in the context of the COVID19 pandemic. 2023. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

The COVID19 pandemic represents an unprecedented challenge in history, for science and for humanity, demanding immediate responses from all spheres of society, especially health systems in terms of facing the crisis now experienced worldwide, changing the social dynamics and bringing great challenges to public and private health services. These challenges refer to the prevention measures in relation to the advance and dissemination of the new virus, generating the need for a reorganization of society as a whole, highlighting the role of health services, especially the Unified Health System, having as one of its principles the social control that deals with social participation in the management of the System. This participation takes place in two institutionalized spaces: Health Conferences and Health Councils. The health council is a collegiate body of a permanent and deliberative nature, composed of SUS managers, workers, and users. The participation adopted by the councils takes place mostly in face-to-face meetings, through ordinary and extraordinary assemblies, and working committee meetings. However, with the COVID19 pandemic, the telepresencial form, through the use of Information and Communication Technologies (ICTs), has presented itself as an alternative, complementing the presencial activities. The objective of the present study was the analysis of social participation in the teleface form in the Municipal Health Council of Manaus in the context of the COVID19 pandemic. The methodological option was focused on the development of a quantitative and qualitative method, with characteristics of a descriptive study focused on the analysis of what was discussed by the Municipal Health Councilors of Manaus about social participation in the telepresencial form through the use of Information and Communication Technologies. In this way, the result found was that the hybrid form (face-to-face and telepresence) of participation provided a greater presence in the health councils; in relation to the themes discussed, the themes of technical cooperation and social control stood out.

Keywords: social participation; information technology; COVID19.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1	COVID19 E SEUS IMPACTOS NO BRASIL E NO MUNDO.....	16
3.2	DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE.....	19
3.3	TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - TICS.....	32
4	DELINEAMENTO METODOLOGICO	39
4.1	PESQUISA QUALITATIVA: O ELEMENTO DESCRITIVO DA ABORDAGEM.....	40
4.2	CONSTITUINDO O CORPUS.....	43
4.3	ANÁLISE DO CORPUS: UMA PROPOSTA DE CONTEÚDO.....	47
4.4	BENEFÍCIOS.....	49
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1	PARTICIPAÇÃO SOCIAL PRESENCIAL OU TELEPRESENCIAL, O HISTÓRICO DAS RESOLUÇÕES ENTRE 2020 E 2021.....	50
5.2	ANÁLISE QUANTITATIVA: FREQUÊNCIA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS.....	52
5.3	ANÁLISE QUALITATIVA: ATAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

O surgimento do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) na China, especialmente na cidade de Wuhan, capital da província da China Central, em dezembro de 2019 – responsável pela pandemia de COVID19 –, colocou a humanidade diante de uma crise sanitária, em escala mundial. Transpõe-se para a vida social e biológica dos seres humanos, a COVID19, de maneiras distintas e com níveis de complexidades também diferentes, sendo os casos mais graves acometidos de uma insuficiência respiratória aguda que requer cuidados hospitalares intensivos – incluindo o uso de ventilação mecânica².

Em tempos atuais, a propagação do COVID19 é contabilizada, devido a níveis significantes de (re)infecções que ocorrem a níveis nacionais. No horizonte mundial, a contagem de casos marca o número de 672.440.247 pessoas (fevereiro/2023), ainda que não apresente as relações políticas e econômicas, em linhas gerais, o quantitativo de infecções deu-se a partir da facilidade de propagação, a falta de conhecimento sobre o vírus e o aumento exponencial do número de contágios fizeram com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) elevasse a doença ao *status* de pandemia em março de 2020². Ainda nesse ano, a China torna-se o único país a experimentar os resultados da crise sanitária, o que possibilitou a ajuda às nações que estavam em processos iniciais de contaminação, como os Estados Unidos e a Itália².

A pandemia de COVID19 representa um desafio sem precedentes na história, para a ciência e para a humanidade, demandando respostas imediatas de todas as esferas da sociedade, em especial dos sistemas de saúde no que diz respeito ao enfrentamento da crise ora vivenciada mundo afora. A ausência de imunização – por, em primeiro momento, não haver produção e o segundo ponto que é a politização da vacina – elevou a propagação do vírus, visto a sua facilidade e velocidade de disseminação³.

No Brasil, o primeiro caso da doença surge em fevereiro de 2020 e fevereiro/2023, segundo o Painel Coronavírus, o quantitativo de casos acumulados pelo COVID19 é de 36.905.201 e óbitos acumulados confirmados 697.663, com maior incidência na região sudeste, que contabiliza 335.457 óbitos. Esse cenário transformou a dinâmica social e trouxe intensos e diversificados desafios para os serviços de saúde públicos e privados. Esses desafios referem-se às medidas de

prevenção para conter o avanço e disseminação do novo vírus, pouco conhecido pela ciência. Vale ressaltar a necessidade de uma reorganização da sociedade com um todo, destacando o protagonismo dos serviços de saúde, especialmente do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a grande maioria da população brasileira utiliza exclusivamente os serviços públicos de saúde.

Dado que a saúde é direito básico de qualquer sujeito, sendo o Estado responsabilizado por proporcionar condições para a efetividade de seu exercício. Nesse cenário de – suposta – garantia a saúde, o Estado formula e executa políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação⁴. Distanciando-se, cada vez mais, do horizonte da exclusão de pessoas, devido às forças antagônicas – os movimentos populares da saúde –, o Estado elabora propostas inclusivas, e certamente uma das mais reconhecidas políticas públicas de Saúde nacional é o SUS.

O processo de institucionalização do SUS enquanto uma política nacional inicia-se entre algumas definições estabelecidas em textos oficiais do Estado, em primeiro momento, pela Constituição Federal do Brasil de 1988⁶ e consolidado através da Lei nº 8.080/1990⁴, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011⁷ e pela Lei nº 8.142/1990⁵.

Destaca-se, portanto, a universalidade do acesso, a integralidade de assistência, preservação da autonomia, a igualdade da assistência à saúde, o direito à informação, a divulgação de informações, a descentralização político-administrativa e – um dos princípios que garante o fortalecimento desse Sistema de Saúde Único – a participação da comunidade⁵.

Assim, em breves descrições, a participação social na saúde se materializa em dois espaços institucionalizados: os Conselhos e as Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde são instâncias, em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliação e proposição das diretrizes para a formulação da política de saúde⁵. Trata-se de participação e controle social. Gomes e Orfão⁸, descrevem:

O termo controle social, em caráter participativo e democrático, é considerado uma realidade recente no processo histórico do Brasil, sendo dinâmico e encontrando-se em construção. Pode ser compreendido como a participação da população, através de seus representantes, na definição, execução, no acompanhamento e no controle das ações do Estado. Possui como parte de sua estrutura Comissões Intersetoriais que assessoram o plenário, resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social⁸.

A participação popular democrática, desse modo, permite que os interesses e demandas específicas de cada sujeito que ocupa os espaços de encaminhamentos e deliberações seja considerada. Devido à consciência dos papéis próprios desenvolvidos no horizonte político e social, os conselhos municipais, enquanto espaço – e ferramenta – de controle do SUS, incorporam as demandas sociais trazidas por sujeitos coletivos, fazendo avançar ofertas de informações e serviços de saúde.

Entre as reflexões de Fernandes, Spagnuolo e Nascimento⁹, há certas considerações importantes, e uma delas trata de pensar sobre as operações que atravessam a força política na saúde: “relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que possibilita, em última instância, maior habilidade argumentativa em espaços conquistados de participação⁹”. Nesse sentido, não há como distanciar-se dos aspectos que concentram o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), que, em uma sociedade contemporânea e tecnológica, certamente é centralizada e possibilita a potencialização de práticas democráticas, propagando conhecimento.

Historicamente, observamos que a participação adotada nos Conselhos e nas Conferências de Saúde tem se dado majoritariamente na forma presencial. No entanto, no cenário atual de pandemia do COVID19, tem sido requisitado o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) com mais frequência, como ferramenta para a continuidade das atividades rotineiras, seja no âmbito doméstico, do trabalho ou de interatividade social. Entende-se, portanto, TICs como quaisquer formas transmissão de informações e comunicação entre as pessoas, utilizando recursos tecnológicos¹⁰.

Com a emergência da pandemia da COVID19, a telemedicina ou telessaúde concentrou-se nas interações que ocorriam através de áudio e vídeo, sendo lócus, porém, de transformações, passando a ofertar serviços, atividade de treinamento e de informação em saúde¹¹. Desse modo, para diversos setores da saúde, especialmente aos que se referem a participação social, a forma telepresencial, por meio da utilização das TICs, apresentou-se como uma alternativa, complementando as

atividades presenciais. E o protocolo da forma híbrida – presencial e telepresencial – pode proporcionar uma maior participação nos conselhos de saúde, além de atender medidas de saúde impostas pelos estados e municípios: isolamento e distanciamento sociais e quarentena.

Nesse enquadramento conceitual, com o agravamento da pandemia da COVID19 e as exigências de isolamento social imposta pela quarentena, o espaço virtual, por meio das redes sociais, ganhou ainda mais engajamento, interferindo nas decisões políticas e nas práticas da administração pública, destacando-se, a exemplo, a dinâmica das informações, no qual o portal do ministério era, até então, uma referência para dados epidemiológicos e informações confiáveis, em um momento em que as *fake news* se espalhavam nas redes sociais, reavivando debates inúmeros da saúde¹².

No atual contexto de pandemia da COVID19 causada pelo novo coronavírus, faz-se necessário a utilização de estratégias e novas ferramentas para facilitar as atividades das instâncias de participação social no SUS, para a minimização dos prejuízos e perdas das atribuições/responsabilidades dos Conselhos de Saúde, bem como ampliar e fortalecer a participação social na saúde. Desse modo, há de se reconhecer, frente a um cenário de crise sanitária, os desafios enfrentados nos diferentes canais de participação popular que, conseqüentemente, prejudicam o pleno exercício do controle social, o que possibilita ainda, que, mediante esse (re)conhecimento, sejam traçadas estratégias que subsidiem a superação dos diversos obstáculos⁸.

A tecnologia – entre limitações e potencialidades – revela a maneira como as pessoas lidam com a natureza e cria as condições de intercurso com as quais se relacionam umas com as outras. O uso das tecnologias assume uma função importantíssima nas relações sociais principalmente nesse momento em que a palavra de ordem é o distanciamento social, tomar medidas de prevenção evitando aglomerações.

A utilização das tecnologias de forma remota passou a ser essencial para a formulação de ações de governo e para a longevidade e sustentabilidade das políticas públicas na área da saúde, uma vez que o conhecimento exato das decisões que devem ser tomadas e monitoradas sob condições imprescindíveis para a participação popular nos conselhos de saúde.

Ante as possibilidades tecnológicas, o Conselho Municipal de Saúde de Manaus – CMS/MAO – foi instituído em 11/06/1991 (Lei nº 066/91 alterada pela Lei nº

1.094, de 09/01/2007) e é constituído como órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador do SUS. Sua composição é de 32 membros conselheiros titulares e 32 suplentes, respeitando a paridade prevista na representação dos seguimentos: gestor (25%), trabalhador (25%) e usuário do SUS (50%).

E tais exposições possibilitam o problema central da pesquisa, que pode ser expresso na seguinte pergunta: Como se deu a participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde de Manaus, no contexto da pandemia da COVID19?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no contexto da pandemia da COVID19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever como aconteceram as assembleias ordinárias e extraordinárias virtuais no período da pandemia da COVID19;
- b) Descrever a atuação dos conselheiros municipais de saúde na forma telepresencial no CMS de Manaus;
- c) Elaborar um relatório sobre a participação social na forma telepresencial no período de 2020 a 2022.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo se predispõe a apresentar reflexões sobre a pandemia do COVID-19 e a maneira como a dinâmica social e econômica se moldaram com a sua aparição e propagação em todo o globo. Assim, o capítulo estrutura-se em três seções: 1) um resgate teórico sobre o COVID-19, tocando os aspectos de surgimento, político e mobilização social; 2) explora-se a participação social da saúde, através de conselhos municipais, por uma perspectiva democrática e que precisou adaptar-se para manter os espaços de informação, comunicação e deliberação, e, assim, 3) a Tecnologia da Informação e Comunicação manifesta-se enquanto alternativa de manutenção das reuniões dos conselhos municipais da saúde, que, antes, presencial, torna-se híbrida.

3.1 COVID-19 E SEUS IMPACTOS NO BRASIL E NO MUNDO

Em dezembro de 2019 na China foram notificados casos de uma pneumonia atípica. Estudos iniciais indicavam que a doença era causada por um vírus desconhecido, o SARS-CoV 2. A COVID-19 é uma doença causada por um grande grupo de vírus que têm um núcleo de material genético envolvido por picos de proteína, que dá uma aparência de coroa que no latim significa “corona”, por isso, os vírus são chamados assim; e existem diferentes tipos de coronavírus que causam problemas respiratórios e, por vezes, sintomas gastrointestinais.

O primeiro caso de COVID-19 foi detectado na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, em 31 de dezembro de 2019¹³. No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo/SP e em 17 de março de 2020, ocorreu primeira morte causada pela doença no país.

No estado do Amazonas, especificamente na capital Manaus é confirmado o primeiro caso da COVID-19, no dia 13 de março de 2020. O primeiro óbito registrado em decorrência da COVID-19, no estado do Amazonas, foi registrado no dia 24 de março de 2020. Após os primeiros 30 dias da confirmação do primeiro caso no estado, a Fundação de Vigilância em Saúde-FVS-AM registrou 53 mortes, tendo como causa a COVID-19. Em fevereiro de 2023, registraram ao total 625.767 casos de COVID-19 e a quantidade de óbitos no Amazonas foi equivalente a 14.423.

No contexto atual, o Brasil e o mundo tem enfrentado uma emergência sem

precedentes na história em virtude do novo Coronavírus, trazendo assim, consequências gravíssimas para a saúde pública, atividade econômica e a própria vida humana.

Para que ocorra a desaceleração da propagação da epidemia, uma das medidas propostas foi instituir estratégias para o distanciamento social, incluindo o cancelamento de eventos com grande público e fechamento de estabelecimentos, afim de que haja um achatamento da curva de transmissão, além de proteger pessoas com maior risco de infecção pelo vírus.

A partir dessa contextualização acerca da pandemia do novo Coronavírus, Orellana¹⁴ apresenta um panorama da epidemia de COVID-19 em Manaus, no qual a situação descrita é apontada como um epicentro da pandemia no país. O número elevado de casos e de mortes preocupa a sociedade civil, os profissionais de saúde, bem como os gestores públicos. Este artigo analisou a mortalidade da pandemia em Manaus dividindo os dados pelas semanas epidemiológicas (SE), analisando faixa etária, gênero e outras categorias das mortes por COVID-19. Nesse sentido, os indivíduos com mais de 60 anos representam 69,1% do total de mortes por COVID-19.

a distribuição dos óbitos por COVID-19 reflete a heterogeneidade geográfica e social do país, com apenas cinco estados respondendo por 81% das ocorrências: São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco e Amazonas, sendo que este último apresenta a maior proporção de infectados, 10,6%¹⁴.

Dessa forma, torna-se evidente que o panorama da COVID19 em Manaus possui contornos próprios, com taxa de óbitos e de infectados recorde, o esgotamento da rede pública hospitalar parece explicar parte do problema, mas não é a única chave explicativa. A nota técnica elaborada por Ferrante¹⁵ destaca, diante do cenário explicado anteriormente, a necessidade prioritária da vacinação no Amazonas em geral, e em Manaus em particular, dado as projeções da crise sanitária ocorrida

Em relação às consequências dessa negligência em relação a adoção de medidas de redução da transmissão do novo Coronavírus, Barreto¹⁶ compara o comportamento da pandemia em Fortaleza e em Manaus, analisando as medidas tomadas por gestores públicos a nível local. O resultado foi que a população de Fortaleza manteve o distanciamento social de maneira mais contínua e reiterada que a de Manaus. Além disso, houve uma maior permanência domiciliar em Fortaleza.

Em relação ao colapso da rede pública hospitalar em Manaus, vale destacar que a...

...densidade demográfica urbana em Fortaleza é o dobro da observada em Manaus, diferença que poderia ter reflexos importantes sobre a taxa de transmissão da COVID-19, notadamente propiciando um aumento desta em Fortaleza em relação a Manaus. Outrossim, Manaus também se compara positivamente em relação ao PIB per capita, que é 43% mais elevado que o de Fortaleza. Por outro lado, todos os indicadores de assistência à saúde em Fortaleza são mais favoráveis, com maior disponibilidade de leitos de enfermaria e de UTI, bem como maior razão de médicos por habitante¹⁶.

O fortalecimento do SUS parece ser um imperativo, uma vez que apesar de possuir um PIB per capita inferior e com densidade demográfica maior, a disponibilidade de leitos e de assistência médica foram fatores fundamentais ao combate da pandemia.

Os autores também pontuam que, além das medidas legais de isolamento social, o índice de permanência domiciliar mostrou-se uma ferramenta importante que deveria ser tomado como referência para tomada de decisão dos gestores no que diz respeito à intensificação ou flexibilização das medidas de isolamento¹⁶.

O artigo intitulado Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil de Orellana¹⁷ busca estimar as diferenças regionais na questão da mortalidade, levando em conta a questão da subnotificação, bem como óbitos ocorridos fora de hospitais. Nesse sentido, é...

...possível que o elevado percentual de mortes não atribuíveis diretamente à COVID-19 em Manaus, em sua maior parte, resulte de subnotificação, pois cidades do Norte do Brasil costumam apresentar reduzido número de profissionais especializados no atendimento de pacientes críticos, bem como redes de atenção à saúde e sistemas de vigilância epidemiológica e de óbitos, limitadas ou inexistentes¹⁷.

Parecendo haver um padrão em maior mortalidade de COVID-19 com a menor cobertura do Sistema Único de Saúde em algumas regiões. Diante desse importante fenômeno, Silva et al¹⁸ destacam que...

...é importante levar em conta que outros fatores, além da estrutura etária, podem ser decisivos para aumentar o risco de morte independentemente da idade. A ausência de políticas preventivas adequadas e a baixa capacidade de resolutividade da rede assistencial expõem um contexto de grande desigualdade socioeconômica e iniquidade de acesso aos serviços de saúde. Conclui-se que a comparação de taxas de mortalidade padronizadas por idade elimina vieses interpretativos expondo, de forma marcante, o peso ainda maior da COVID-19 na Região Norte do Brasil¹⁸.

Diante disso, parece existir certo consenso em que a desigualdade econômica entre regiões do país, afeta a oferta de serviços de saúde, bem como na rede assistencial pública. Em relação a alteração no padrão de óbitos e internações após a vacinação em idosos em Manaus, Orellana et al¹⁹. afirmam que após o processo vacinal em idosos, é possível observar a redução “nas taxas de internação e morte pela doença nos idosos, sobretudo entre os 60-69 anos, enquanto há um processo concomitante de adoecimento de jovens, muitos chegando a óbito.

3.2 DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Antes de ingressarmos na discussão teórica da Participação social na saúde, vamos discutir nas próximas páginas, a relação entre participação e democracia. O conceito de democracia transformou durante o século XX aproximando cada vez mais o conceito de participação. Começando pela análise dos trabalhos de Schumpeter²⁰ e Downs²¹ que propuseram novas concepções democráticas que fugiam da ideia de busca pelo bem comum, levando em consideração as diferenças fundamentais entre os dois autores. Seguiremos analisando a obra de Robert Dahl^{22,23} em dois momentos, em *Who Governs* e em *Poliarquia: participação e oposição*, a fim de evidenciar, respectivamente, a preocupação com os efeitos da má distribuição de recursos em uma democracia e o estabelecimento de uma definição formal de democracia que permita pensar processos de transição democrática. Por fim, apresentaremos uma terceira modalidade de teoria democrática- a crítica à democracia puramente eleitoral, apresentando três autores, Pateman²⁴, Gutmann²⁵ e Habermas²⁶, que apresentam, cada um à sua maneira, novas dimensões para pensar a democracia, sobretudo alertando para a dimensão da participação.

Joseph Schumpeter²⁰ e Downs²¹ cada um à sua maneira, estabelecem diálogos com aquilo que Schumpeter denomina de “doutrina clássica da democracia”, sobretudo buscando novos pressupostos e uma nova definição para a democracia que fuja da concepção de bem comum e vontade geral apregoada pela visão rousseauiana.

Apesar de discutirem a mesma temática, insurgindo-se contra a visão iluminista de democracia, os dois trabalhos podem ser considerados radicalmente distintos quanto à abordagem, mesmo que ambos estejam filiados ao que podemos denominar de economia política. Joseph Schumpeter²⁰ está alinhado com o que

podemos chamar de teoria das elites e psicologia das massas. Anthony Downs²¹, ao seu turno, é uma das vozes emergentes daquilo que ficou conhecido como teoria da escolha racional.

A definição clássica de democracia teria dois problemas. Segundo Joseph Schumpeter²⁰, a questão da eleição dos representantes ficaria em segundo plano e a própria ideia de bem comum é defeituosa, uma vez que existe uma impossibilidade racional de entender o que os homens desejam, quanto mais conseguir operacionalizar o que seria benéfico a todos, refutando a própria ideia de bem comum. A vontade individual não é, advoga o autor, determinada e discernível por todos. Somada a impossibilidade de chegar ao bem comum, o autor apregoa que a doutrina clássica é flagrantemente contrária à natureza humana na política.

Mas mesmo diante dessas razões, é possível entender as razões para a sobrevivência da doutrina clássica. Para ele, a doutrina clássica se aproximaria da fé religiosa, estaria em consonância com as narrativas cristalizadas nas ideologias nacionais; em determinados casos o modelo clássico parece explicar corretamente a realidade; e, por fim, os políticos dizem apoiar essa concepção clássica de democracia porque ela bajula as massas²⁰.

Como já foi mencionado, existem problemas com a doutrina clássica, o povo não possui uma opinião definida e racional. E os representantes, evidentemente, não conseguirão colocar em prática algo que não existe - a vontade geral. Outra teoria da democracia, somos apresentados a teoria procedimentalista de Schumpeter, no qual a democracia seria precisamente a competição pela liderança política. Subvertendo, portanto, a correlação entre decisão política e escolha dos representantes presentes na doutrina clássica: na definição procedimentalista, o central para teoria democracia é a escolha de indivíduos por parte do eleitorado, as questões que serão deliberadas por eles ocupam um papel secundário. Ao passo que a doutrina clássica está baseada na ideia de bem comum, valorizando mais a decisão das questões políticas do que a escolha dos representantes²⁰.

Portanto, o procedimento democrático seria o sistema institucional para chegar a decisões políticas, no qual os indivíduos adquirem poder de decidir por meio de uma luta competitiva pelo voto do povo. Isto é, a democracia seria definida pelo seu método, a disputa entre parcelas diferentes da elite política.

De acordo com seu formulador, a definição procedimentalista traria consigo algumas vantagens, a saber: a) distinguir o governo democrático dos outros; b)

confere um papel a liderança política e a “vontade fabricada”; c) interesses setoriais são explicados; d) competição pelo voto, assim como no mercado pode ser “desleal” ou “fraudulenta”; e) da escolha dos líderes em uma competição justa, advém os variados tipos de liberdade²⁰.

Anthony Downs²¹ em trabalho intitulado *Teoria econômica da democracia* busca entender o método democrático a partir do ponto de vista economicista, isto é, os agentes políticos utilizam meios mais eficientes para alcançar os objetivos caros ao sistema democrático - os agentes políticos são analisados como atores racionais.

Nesse sentido, o pressuposto do modelo de Downs²¹ é o de que todo governo procura maximizar o apoio político, seja por meio da reeleição para aqueles que estão no governo, seja pela eleição para aqueles que se encontram forado poder. Os três tipos de atores que agiriam dessa maneira na obra de Downs seriamos grupos de interesse, os partidos políticos e os indivíduos.

No capítulo 2, o autor Downs discute a definição de governo, bem como se existiriam motivações mais profundas do que maximizar o apoio político. Nos capítulos 3 e 4, o autor aborda a lógica da tomada de decisão dos agentes políticos em um cenário de desconhecimento perfeito e, por fim, temos o capítulo 5 em que o cenário de incerteza é analisado²¹. No capítulo 2, o autor define o governo como um agente social com “amplos poderes” com determinada função na divisão do trabalho: ordenar a política e a economia em um cenário de incertezas. Estabelece ainda uma série de oito condições para que um governo seja considerado democrático, criando a hipótese da “maximização do voto como uma explicação de comportamento político democrático”.

Nos capítulos subsequentes, o autor elabora a ideia de voto racional no cenário de informação perfeita e no cenário de incerteza informacional. Segundo Downs, a lógica básica do voto é uma espécie de avaliação de desempenho, a partir da racionalidade do eleitor, diante disso o eleitor elabora sua lista de preferência entre os partidos concorrentes, seguindo a seguinte lógica:

a) Se seu partido favorito parece ter uma razoável chance de vencer, vota nele. b) Se seu partido favorito parece não ter nenhuma chance de vencer, vota em algum outro partido que tenha uma chance razoável, a fim de impedir que vença o partido que menos apoia. c) Se é um eleitor orientado para o futuro, pode votar em seu partido favorito mesmo se parecer que ele quase não tem chance de vencer, a fim de melhorar as alternativas abertas a ele em futuras eleições²¹.

Dessa forma, a avaliação de desempenho feita pelo eleitor é fundamental para esse processo de formulação de preferências, e depende, sobretudo, do conhecimento contextual que é incompleto por natureza. Dessa forma, a democracia do ponto de vista do eleitor é um sistema para escolha do representante em um cenário de informação incompleta, enquanto que para os políticos a democracia é maximização dos votos²¹.

Nesse sentido, apesar das diferenças de abordagens e de diferenças substantivas apresentadas, Joseph Schumpeter e Anthony Downs definem a democracia pelo seu método. Rechaçando a doutrina clássica no qual a democracia seria o regime da busca pelo bem comum^{20,21}.

Enquanto Joseph Schumpeter e Anthony Downs^{20,21} propuseram definições minimalistas para pensar a democracia, bem como criar suas agendas de pesquisa, Robert Dahl²⁷ estava preocupado em entender as condições de funcionamento da democracia, sobretudo a dinâmica da distribuição de recursos dentro de uma democracia. Esse interesse de pesquisa, possibilitou que Robert Dahl em um segundo momento se preocupasse com a qualidade da democracia e processos de transição democrática.

A discussão esboçada por Robert Dahl²⁷ em “*A preface to democratic theory*” pode ser de difícil entendimento para o eleitor leigo, mas traz uma discussão próxima a outro trabalho do próprio Robert Dahl no trabalho intitulado *Who Governs?*. Nestes dois trabalhos, fica cristalina a preocupação com a desigualdade de recursos em uma democracia e como isso pode impactar em regimes mais ou menos democráticos.

Em *Who Governs*, Robert Dahl²² faz um estudo empírico na cidade de New Haven do estado de Connecticut. Neste estudo, o autor observa que, ao passo em que o sistema político norte-americano permite o voto para todos, é possível observar que uma série de desigualdades podem influenciar no ideal democrático de “governo do povo”. Riqueza, conhecimento e acesso a postos de poder são alguns desses recursos distribuídos desigualmente.

Entendendo que igualdade e desigualdade na distribuição de recursos e de influência são as principais preocupações da agenda de pesquisa de Robert Dahl²² entramos na obra publicada em 1956. Nela, Dahl cria sua concepção de democracia a partir de duas concepções anteriores do regime democrático, o argumento de Madison acerca desse sistema político e aquilo que denomina de democracia populista. Dando origem ao que ele intitula de democracia política.

Madison é um dos autores da obra que ficou conhecida como *Federalist Papers*. O argumento democrático de Madison está diretamente relacionado com o ideal republicano, isto é, buscar evitar a tirania da maioria, assim como a tirania perpetrada por uma facção (parcela da população movida por um interesse comum e que venha a subjugar o restante). Além disso, o pensamento madisoniano busca coibir a acumulação de todos os poderes (executivo, legislativo e judiciário) em poucas mãos. Dessa forma, o autor federalista americano enxerga nos mecanismos de *check and balances* e nas formas de controle externo, elementos para coibir a tirania da maioria, os males das facções, bem como o acúmulo de poder²².

A democracia populista, como mencionamos anteriormente, é a segunda vertente a qual Robert Dahl debruça-se. Em relação à preocupação central dessa teoria, podemos dizer que é distinta da teoria madisoniana. Enquanto, Madison preocupa-se com os perigos da ditadura da maioria, a vertente populista da democracia está preocupada exatamente com o respeito à soberania popular, a ideia de democracia como governo da maioria é o princípio basilar. A formação de preferência numa democracia, segundo essa visão, só pode ser considerada se conseguir compatibilizar soberania popular e igualdade política.

Dessa maneira, torna-se clara as intenções do autor ao apresentar essas duas concepções de democracia. A poliarquia seria a síntese entre o argumento de Madison e a democracia populista: mecanismos para evitar a tirania e a usurpação de poder compatibilizado com formas de permitir o florescimento da soberania popular. Controle/contestação e participação/formação de preferências.

O autor estabelece oito condições, baseadas na democracia madisoniana e na democracia populista, para definir o que seria a poliarquia, são elas: a liberdade para exprimir sua preferência, igual peso para todos os eleitores, o vencedor seria aquele com maior número de votos, a possibilidade de ter alternativas, informações idênticas sobre as alternativas, alternância de poder baseada no voto, execução das políticas daquele que foi eleito e, por fim, o que ocorre entre uma eleição e outra está subordinado aos resultados eleitorais e/ou deve respeitar às sete condições anteriores. Assim sendo, cabe ressaltar que apesar de propor um modelo de democracia que une as preocupações da democracia populista e do argumento madisoniano, a proposta de Robert Dahl²³ traz um elemento empírico que não está presente em nenhum dos dois modelos anteriores. A poliarquia seria, portanto, um tipo ideal de democracia que, dependendo do cumprimento de suas oito condições,

poderíamos mensurar a qualidade da democracia.

Em obra anterior à Poliarquia, Robert Dahl²³ já demonstrava preocupação em entender as condições de funcionamento da democracia, sobretudo a dinâmica da distribuição de recursos dentro de uma democracia. A pretensão de relacionar democracia e os recursos de poder em obras anteriores, ajuda a entender a tentativa (bem sucedida) de Dahl em teorizar os regimes políticos de acordo com o grau de pluralismo. Dessa maneira, a poliarquia, uma vez que a democracia é vista apenas como um ideal, passa a ser vista como fruto de transformações amplas e não mais como fruto de fatores exclusivamente estruturais como o processo histórico de longa duração. Enquanto Lipset²⁸ relaciona características sociais e históricas com a democracia, Dahl²³ afirma que as variações institucionais explicam o sucesso da democracia, bem como o acesso a recursos.

No primeiro capítulo, Democratização, torna-se evidente essa mudança de paradigma perpetrada por Robert Dahl²³ em relação ao processo de transição de regimes autoritários para regimes democráticos, bem como o processo de aperfeiçoamento das democracias existentes. Nele, Dahl²³ vincula o processo de democratização a dois fatores institucionais: a possibilidade de contestação e a participação/inclusão política.

A proposta de Robert Dahl²³ traz um elemento empírico que não está presente em nenhum dos dois modelos anteriores, possibilitando avaliar a transição entre regimes políticos a partir das variações possíveis entre contestação e participação. Dessa forma, Dahl elabora quatro tipos de sistemas políticos: as hegemonias fechadas (baixa contestação e baixa participação); as hegemonias inclusivas (baixa contestação e alta participação); as oligarquias competitivas (baixa participação e alta contestação) e as poliarquias (alta contestação e alta participação)²³.

A elaboração desse modelo institucional dos sistemas políticos, permite avaliar processos de transição democrática. E a isso dedica-se Dahl²³ no capítulo intitulado Sequências Históricas. O ponto alto do livro é mostrar que tanto os regimes próximos de serem considerados como poliarquias quanto aqueles que estão distantes, possuem desafios de mesma natureza, incrementar os processos de liberalização e/ou inclusividade.

Nas próximas páginas, será discutido as concepções de democracia defendidas por Amy Gutmann²⁵ e por Jurgen Habermas²⁶ levando em consideração

dois pontos centrais: à crítica comum dos dois autores à democracia liberal vista unicamente como um procedimento eleitoral e a divergência entre ambos em relação à forma de superar a crise de representação da democracia liberal.

Como vimos autores como Joseph Schumpeter e Anthony Downs, cada um à sua maneira, definem a democracia pelo seu método de contagem de votos, rechaçando a ideia de busca pelo bem comum. Robert Dahl, por sua vez, apesar de ser sensível à questão da distribuição desigual de recursos, centra-se em aspectos institucionais, ligados em sua maioria a elementos eleitorais, para definir a poliarquia. Amy Gutmann e Jürgen Habermas, no entanto, adotam uma visão essencialmente normativa, apresentando a democracia para além de um mero procedimento eleitoral, a democracia seria cercada de certa substância, cercada de uma sociabilidade que serviria de justificação política para a própria democracia.

Joshua Cohen²⁹ em ensaio intitulado *Procedure and substance in deliberative democracy* nos permite entender melhor essa dimensão substantiva da democracia. Segundo o autor, o exercício legítimo do poder estatal em uma democracia dependeria da tomada de decisões coletivas pelos membros da sociedade, governados por esse poder, ou seja, a legitimidade da democracia diz respeito, também, ao conteúdo do que é deliberado, não somente dos procedimentos que permitem que esses resultados sejam alcançados.

Apesar de possuírem, uma preocupação em comum com aquilo que é deliberado, o elemento substantivo da democracia. Existe entre os dois autores certa celeuma em relação à proposição de cada autor do que seria democracia. Os dois autores concordam que a democracia liberal da forma como conhecemos hoje apresenta falhas sobretudo no que diz respeito à representação política. Esta crise de representação seria resolvida com a necessidade de justificar as decisões tomadas pelos representantes, justificar as leis, as decisões ao invés de impô-las.

Em *Inclusão do outro*, é possível observarmos a descrição de três modelos normativos de democracia, a saber: a democracia liberal, a democracia republicana e a democracia deliberativa. Cada um desses modelos normativos de democracia têm uma concepção própria do processo democrático, bem como da forma como as decisões devem ser alcançadas. São esses dois fatores basicamente que os distingue²⁶.

A concepção “convencional” da democracia liberal defende que o procedimento eleitoral definiria e legitimaria o grupo que administrará o aparato da

administração pública, uma licença dos indivíduos para que um grupo assuma o poder. A democracia republicana, por sua vez, enxerga a natureza da democracia para além deste papel de mediação entre a elite política e os indivíduos, enxerga a democracia no processo de socialização política dos indivíduos, para além do ideal de liberdade negativa presente na modernidade. Assim como a democracia republicana, a vertente deliberativa defende uma democracia para além do “voto”, propondo uma teoria normativa do discurso, ou seja, uma forma ideal para tomada de decisão e para deliberação.

Por fim vale ressaltar que Habermas²⁶ elabora esses três tipos ideais de democracia colocando por último a forma deliberativa a qual ele é o principal defensor. Amy Gutmann²⁵ defende uma forma de democracia mais próxima daquilo que Habermas denomina de democracia republicana, ou seja, crítica em relação à insipiência da representação política nas democracias liberais tradicionais e propondo uma postura mais “reformista” do que o filósofo Jürgen Habermas²⁶.

A concepção de democracia de Amy Gutmann²⁵ baseia-se na responsabilidade com a diferença de ideias (moral disagreement) e na tentativa de conciliar a liberdade positiva, isto é, autonomia e interdependência dos indivíduos, bem como a não imposição de princípios e leis, com a liberdade negativa que está presente na democracia liberal.

Pateman²⁴ traz consigo a crítica tanto ao trabalho de Schumpeter²⁰ quanto às ideias propaladas por Robert Dahl. Em relação à democracia procedimentalista, Pateman²⁴ critica aquilo que denomina de “mito da teoria clássica de democracia” na qual incorrem Schumpeter, Tocqueville e James Madison. Ao propor uma visão da democracia como um método político, esses autores criaram um espantalho - a teoria “clássica” da democracia. No que tange à crítica ao Robert Dahl²³, este pontua alguns perigos do aumento da participação, processo que Pateman defende veementemente, o que fica evidente nesse fragmento:

Por fim, Dahl salienta um argumento a respeito dos possíveis perigos inerentes a um argumento da participação do homem comum [...]. Os grupos de condições sócio-econômica baixa apresentam o menor índice de atividade política e também revelam com maior frequência as personalidades ‘autoritárias’. [...] Um aumento da taxa de participação, portanto, poderia representar um perigo para a estabilidade do sistema democrático²⁴.

No entanto, Pateman²⁴ entende que a participação é fundamental para o

estabelecimento e manutenção do estado democrático, além disso, a participação tem funções abrangentes, a teoria da democracia participativa é antes de qualquer coisa pedagógica, os indivíduos, tanto quanto as instituições, aprendem no *participar* práticas de habilidades e procedimentos democráticos.

Dessa maneira, apresenta-se a natureza distinta de alguns trabalhos a respeito da democracia dentro da teoria política contemporânea: passando pela recusa da visão rousseauiana, de bem comum em Schumpeter e em Downs, pela preocupação com o impacto da desigualdade nas democracias modernas em Robert Dahl e, por fim, a emergência de concepções normativas de democracia protagonizada por Amy Gutmann e Jurgen Habermas^{25,26}. Chegando a visão de Carole Pateman²⁴ no qual a participação da sociedade civil em instâncias de tomada de decisão e deliberação é importante para o bom funcionamento do regime democrático.

Em relação à participação social na saúde propriamente dita, o envolvimento comunitário é um dos principais pilares do movimento sanitário e a criação do SUS é, em grande medida, resultado do intenso processo de mobilização da sociedade brasileira. O ideário sanitário tinha como propósito ir muito além da expansão do direito e da reforma setorial, compreendia a saúde como estratégia de democratização social como potente elemento transformador de toda a sociedade.

Tem sido uma tarefa fundamental, e um desafio no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro, o fomento da participação social nos serviços públicos de saúde, tendo em vista a manutenção da natureza pública do SUS. Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde exige mobilização permanente do conjunto da sociedade.

A participação e o controle social referem-se à garantia da participação da população, por meio de suas entidades representativas, do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, em todos os níveis e, de acordo com a Lei 8.142/90⁵, e essa participação no SUS se dará por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

Os conselhos de modo geral compreendem atividades que requerem um público considerável, em um espaço significativo para a participação social com intuito de lutar por garantias e o direito de uma sociedade. Para a efetivação dos direitos sociais é necessário tanto o conhecimento quanto a informação.

O Controle Social é diretriz e princípio do Sistema Único de Saúde /SUS, está ancorado pela Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS, sendo regulamentado pela

Lei nº 8.142/90, que trata da participação popular na gestão do SUS. Para exercer o controle social, foram criados os Conselhos de Saúde em cada esfera de poder, enquanto espaços instituídos de participação da comunidade na saúde.

O Controle Social visa garantir que a população possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades das políticas de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos dos SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas três esferas de governo.

O modo mais usual dos Conselheiros de Saúde se informarem consiste na leitura de documentos e encontros presenciais, os quais, aliás, envolvem custos que o conselheiro muitas vezes não tem condições de arcar. Portanto, está claro que essas trocas e a forma como são realizadas estão muito aquém da dinâmica da execução e aprendizagem que o exercício do controle social exige, mas que em boa medida poderia ser alterada mediante o acesso ao ambiente virtual.

Desse modo, Costa e Vieira³⁰ argumentam no sentido de mostrar as inovações da carta constitucional de 1988, estabelecendo espaços participativos, trazendo, como vimos anteriormente, instâncias do que há de mais moderno na teoria democrática. Movimentos sociais desde os anos 1960 reivindicam maior participação na área da saúde, permitindo uma maior democratização da esfera pública e das decisões acerca de políticas públicas no campo da saúde.

Um novo desenho institucional com elementos participativos, no qual a origem desse fenômeno se estabelece a partir das lutas mais amplas dos atores sociais para conseguirem aumentar o poder frente ao Estado e transformar as suas práticas³⁰.

Os autores mostram, principalmente, que após essas lutas sociais e a consolidação dessa modalidade participativa na constituição de 1988, essa participação social...

...passa a representar um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituente e sua análise oferece elementos relevantes acerca do debate atual sobre políticas públicas, tanto no que se refere à sua institucionalização, execução, ou como estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais. Além da criação dos conselhos de políticas sociais, proliferam hoje no país outras formas de participação social na prestação de serviços e na gestão do social³⁰.

A instância de participação, pela Constituição Federal, possui conselhos municipais, bem como federais, como é o caso do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Mas possui um componente na descentralização da gestão do SUS, trazendo um papel deliberativo aos conselhos. No entanto, esse processo não está livre de críticas, segundo Costa e Vieira³⁰:

houve discordâncias entre setores dos movimentos sociais que criticaram a institucionalização e burocratização da participação social, resultando em divisões do movimento popular pela saúde. No Rio de Janeiro, uma corrente do MOPS defendeu a criação de um Conselho Popular de Saúde, como instância autônoma, em substituição ao Conselho Estadual de Saúde. Movimentos sindicais e populares que emergiram do período da ditadura e que sempre defenderam uma posição política de permanência de “costas para o Estado” reagiram criticamente à constituição dos conselhos de participação social. Em meio a essa tensão, em 1992 durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, os movimentos sociais decidiram criar e manter fóruns independentes e autônomos para evitar a instrumentalização das entidades³⁰.

Além dessa crítica elaborada por movimentos sociais e sindicais, existe a preocupação em relação à possibilidade de alguns grupos, por possuírem maior capacitação técnica ou política, obter maior influência do que outros representantes. Nesse sentido, surge o papel de controle dos conselhos, o caráter deliberativo passou a ter um enfoque na agenda de controle sobre o gasto público³⁰.

No artigo Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde, Antunes³¹ aborda outra faceta da participação social na saúde, a saber: a implementação das ouvidorias do SUS no município do Rio de Janeiro. Ferramenta que permite maior participação dos usuários.

A participação, nesse caso, ainda é pequena, dessa forma, o autor conclui que o usuário do SUS precisa buscar seus direitos constitucionalmente garantidos, recorrendo não somente à ouvidoria, mas aos demais instrumentos que visam o controle social, como o Conselho Municipal de Saúde³¹.

Pensando a participação social de maneira teórica e mais ampla, Goulart³² define a participação social em saúde no Brasil, em que pese os avanços da Constituição de 1988, como uma construção inacabada e frágil.

Chegando a apontar dois problemas na atuação dos conselhos: 1) a omissão que alguns conselhos exercem em uma das atribuições primordiais que é a confecção de planos de saúde; e 2) a perversão da lógica participativa em situações no qual há a prevalência de uma lógica de pactuação entre grupos de interesses. No que tange os desafios, a participação social em saúde possui três dilemas primordiais: deliberação, paridade e autonomia³².

Mostrando o papel da sociedade civil na implementação do SUS, Durán e Gerschman³³ refletem acerca dos Conselhos de Saúde, observando os dilemas referentes a representação de interesses. Nesse sentido, os conselhos de saúde permitem uma maior aproximação entre o âmbito do Estado moderno e a esfera da sociedade civil, permitindo o controle social na elaboração de políticas públicas no bojo da saúde.

No artigo Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação, Coelho³⁴ define a participação social no SUS como as diferentes ações dos grupos sociais que influenciam a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas. Dessa forma, as instâncias participativas, bem como a construção de sujeitos coletivos tornam-se fundamentais para a garantia da saúde.

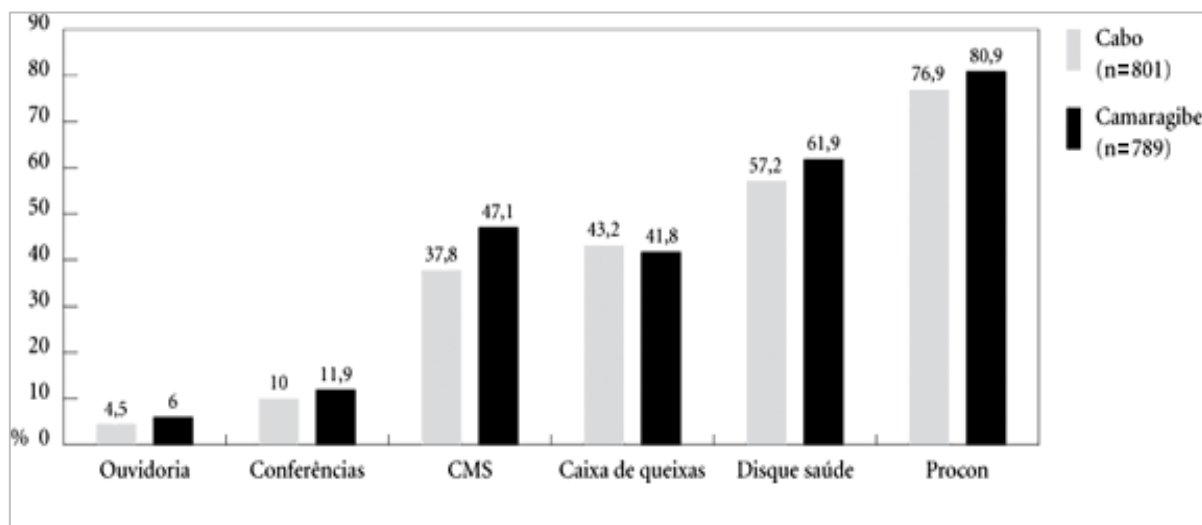
A autora aponta a importância da paridade dentro dos conselhos, definindo o caráter e a composição dos conselhos no seguinte fragmento:

Os conselhos têm caráter permanente e deliberativo, devem formular estratégias e controlar amplamente a execução de políticas, são compostos por 50% de usuários e a outra metade dividida entre representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde³⁴.

Cabe ressaltar que a ideia de paridade entre os usuários do SUS, de um lado, e representantes do governo e profissionais da saúde, de outro, sozinha não garante que os conselhos tornem-se refém de grupos de interesse. Dessa forma, é fundamental que os conselheiros dos três setores façam-se presentes para que a deliberação possa ocorrer de forma saudável para o exercício pleno da saúde.

Vazquez et al³⁵ buscam observar formas de controle social na saúde, assim sendo, elencam os Conselhos Municipais de Saúde, Conferências de Saúde, Disque-saúde, Ouvidoria de Saúde e até a Superintendência de Proteção e Defesa do Consumidor (Figura 1).

Figura 1 – Proporção de entrevistados que afirmaram conhecer cada um dos mecanismos institucionais de participação. Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, 2000



Fonte: Vazquez et al³⁵.

Nesse sentido, os autores mostram que apesar de quase metade dos respondentes conhecerem o Conselho Municipal de Saúde, uma parcela ínfima sabe explicar sua finalidade. O que é um fator preocupante, o desconhecimento da população civil desse importante mecanismo de deliberação acerca do controle da agenda da saúde pública. Os resultados da pesquisa apontam que ainda há muito o que percorrer no que diz respeito ao controle social da saúde, esses mecanismos institucionais embora importantes, tornam-se menos eficazes se estiverem destituídos do seu elemento principal, a participação da sociedade civil³⁵.

Ao seu turno, Bispo Junior e Sampaio³⁶ permanecem no esforço de pesquisa presente de Vazquez et al³⁵, isto é, refletir sobre a participação social nos Conselhos Municipais de Saúde em regiões rurais, o estudo de cada um concentrou-se nos municípios de Lafayette Coutinho/BA e Groáiras/CE.

Nesse estudo, os autores fornecem categorias temáticas para pensar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, bem como as temáticas mais recorrentes, dessa forma, destaco o seguinte trecho:

Na análise da atuação dos CMS frente ao papel de formulador e controlador das políticas municipais de saúde, emergiram três categorias temáticas: estado de saúde da população e políticas públicas; organização e funcionamento dos serviços de saúde; e gestão financeira e prestação de contas. O estado de saúde da população foi objeto de constantes discussões

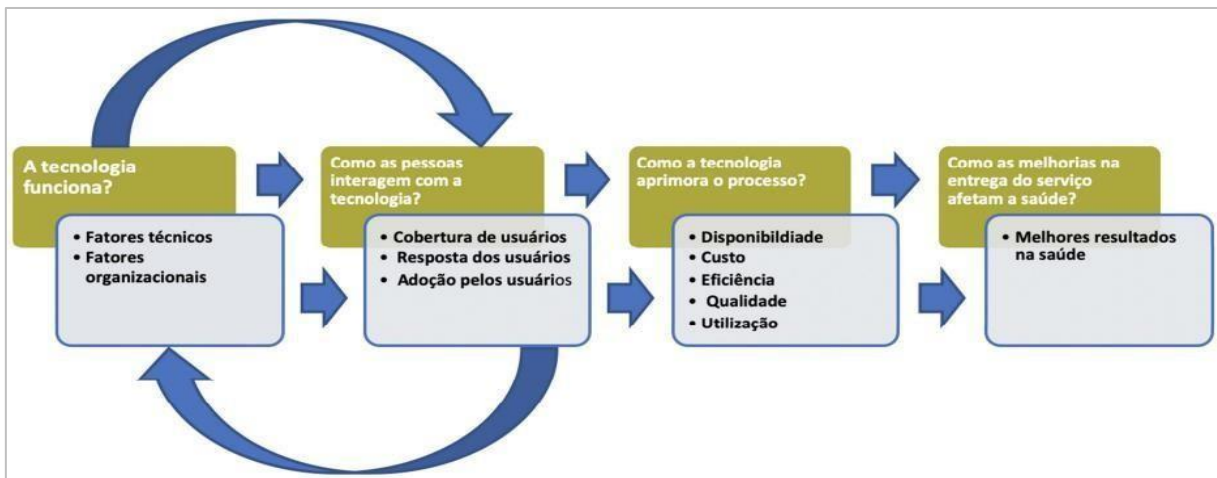
nos conselhos. Assuntos relacionados ao abastecimento de água tratada e esgotamento sanitário, combate às deficiências nutricionais, doenças reemergentes — especialmente dengue e cólera —, mortalidade infantil e gravidez na adolescência, estiveram sempre presentes na pauta de discussão. Sobre as políticas públicas de saúde, observou-se uma atuação limitada na aprovação de condições de gestão e na implementação de programas instituídos pelo Ministério da Saúde. A organização e o funcionamento dos serviços de saúde foram os assuntos que mais ocuparam a pauta de discussão dos CMS. Os municípios estudados apresentaram problemas crônicos de deficiência da assistência à saúde e, em virtude disso, essas discussões tornaram-se perenes nos CMS³⁶.

Por fim, vale destacar o trabalho de Lima & Galimberti³⁷ que entrega uma abordagem qualitativa para os estudos da participação social na saúde. Os autores fizeram uma análise de conteúdo a partir de falas recolhidas em grupos focais. Assim sendo, a análise de conteúdo revelou que “a participação social foi elemento primordial para a construção do SUS, sistema materializado a partir da responsabilização compartilhada de profissionais de saúde, gestores e usuários”. No entanto, ainda existe “dificuldade da comunidade em reconhecer-se nesse processo”.

3.3 TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO – TICS

Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e saúde são questões que se avigoram nos dias atuais, seja na dimensão institucional – clínica, secretaria de saúde, conselho municipal de saúde –, seja para conhecimento da sociedade. Isso implica reconhecer esse ponto de intersecção enquanto primordial para melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos cidadãos – fisiológica, psicológica e espiritual-transcendental –, pelo fato de potencializar maior intercâmbio de conhecimentos e experiências entre indivíduos, famílias e comunidades³⁷. Assim, juntamente a compreensão da sociedade estruturada a partir dela e voltada para ela e a questão da saúde, a Tecnologia da Informação e Comunicação favorece uma assistência nos processos de realização de registros de ações no enquadramento da Saúde, destacando questões operacionais, gerenciais ou de deliberação (Figura 2).

Figura 2 – Categorização dos indicadores em saúde digital da OMS



Fonte: Nóvoa e Netto³⁸.

A incorporação da Tecnologia de Informação e Comunicação nos processos participativos da gestão favorecem o desenvolvimento da prática reflexiva, da capacidade crítica, da compreensão de que cada indivíduo produz conhecimento, bem como a valorização do ser humano em sua multidimensionalidade e a compreensão de que todos podem se tornar agentes de mudança³⁷. Dito isso, a incorporação das TICs na dinâmica de trabalho, especialmente do setor da saúde, deve ser considerados elementos específicos: qualidade da interface, usabilidade, funcionalidade dos recursos, qualidade dos dados e integração com sistemas externos e o domínio das tecnologias pelo trabalhador na inclusão dessas tecnologias na saúde³⁹.

Ainda que haja limitações no uso de novas tecnologias, bem como a preferência de registros elaborados manualmente por profissionais da saúde, a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola), Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Escola de Saúde Pública de Manaus vêm elaborando propostas para uma melhor qualificação desses profissionais por meio de formações, cursos e outros espaços de aprendizagem. Essa emergência parte da lógica das TICs em saúde como esfera de intervenção tanto a consciência subjetiva do cidadão e o exercício do controle social, quanto o atendimento às complexas estratégias de decisão do gestor público de saúde, de desenvolvimento tecno-científico e de articulação da saúde com as demais políticas sociais e econômicas do país.

Pensemos, em primeiro momento, em torno do termo Tecnologia de Informação e Comunicação. No âmbito da saúde, Nóvoa e Netto³⁸ expõem que há uma disposição das tecnologias, que permeiam a assistência médica e bem-estar,

tratada a partir de uma perspectiva de infraestrutura. Compreende-se, portanto, como uma composição de competências humanas junto a tecnologias e metodologias fundamentadas em recursos da microeletrônica, telecomunicações e a informática, denominando-se Tecnologia da Informação e Comunicação.

O termo Tecnologia da Informação (TI) serve para designar o conjunto de recursos tecnológicos e computacionais para a geração e uso da informação, fundamentada em componentes como: hardware (dispositivos e periféricos), software e seus recursos, sistemas de telecomunicações e gestão de dados e informações. Uma vez que estamos na “era da informação”, a TI tornou-se uma parte natural da vida cotidiana³⁸.

Isso sinaliza que as TICs se apresentam com um papel organizacional do social, abrangendo aspectos de processamento, armazenamento, difusão da informação e do conhecimento. De algum modo, as TICs proporcionam tais interações e sua importância socioeconômica apresenta-se como consequência dos efeitos que causam nas pessoas e organizações, proporcionando novas expectativas em torno das formas de comunicação, nas mais diversas áreas do conhecimento³⁸.

Na dimensão da saúde, em diversos espaços de diálogo, como a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), aspectos das TICs têm se tornado cada vez mais emergente, com a introdução de prontuários eletrônicos e Programa de Telessaúde Brasil³⁸. Assim, a organização e gestão dos processos hospitalares e assistenciais, a exemplo, têm se apresentado enquanto elementos constituintes das Tecnologias da Informação e Comunicação, inserindo, ao mesmo tempo, as ferramentas computacionais ao exercício da profissão: aplicativos em dispositivos móveis, os sistemas de informação em saúde, *Big Data* com análise de conjunto de dados, prontuários eletrônicos, teleconsulta, inteligência artificial, entre outros.

Compreendendo que há um importante papel das TICs na promoção do desenvolvimento das competências primordiais na tomada de decisão, solução de problemas e contribuição para a qualidade da saúde dos profissionais da saúde, pode-se transloucar, através dessa linha de pensamento, o debate para os Conselhos Municipais de Saúde. Dessa forma, entende-se que os canais participativos devem estar alinhados a proposta democrática que estrutura os Conselhos Municipais da Saúde, que tonifica a participação social: prevista pela Constituição de 1988, a composição do conselho municipal “consiste em representantes do governo,

prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos, representantes dos profissionais de saúde e das comunidades usuárias dos serviços de saúde pública³³. Em diversos momentos históricos, o sentido de Conselho Municipal em Saúde modificou-se, visto que os movimentos populares de saúde o compunham – e compõe: em tempos de regime militar, impulsionou forças antagônicas, dentre elas o conselho, a se mobilizarem a favor das políticas de saúde inclusivas, e nos anos 90 com o exercício de reerguer o cenário democrático de saúde no país, resgatando condições sanitárias de qualidade para a população.

Se bem que os Conselhos de Saúde no Brasil tenham permanecido como organismos deliberativos na implementação da política de saúde, a questão da cidadania social e da democracia participativa é apropriada no discurso e instrumentalizada na operacionalização de políticas focalizadas de atenção primária à saúde³³.

O funcionamento dos conselhos de saúde, em contrapartida, denota dois problemas que se somam a falta de visibilidade – por razões políticas: os intercâmbios entre os conselheiros são eminentemente de natureza presencial, observando o escasso uso de recursos informáticos modernos e os meios, quando disponíveis, não são usados pelos conselhos ou são subutilizados, o que impede que se tornem públicas as atividades que ocorrem no espaço de deliberação para que os cidadãos tomem conhecimento da existência dessas arenas de interesse público e possam manter contato com elas.

O processo decisório nos conselhos de saúde está diretamente atrelado à existência de ferramentas que possibilitem a participação democrática, nesse sentido, a informação e a comunicação passam a ser elementos estratégicos para o controle social. Neste rol de aparatos, que envolvem o processo de informação e de comunicação em saúde, o acesso às informações deve ser amplo suficiente para promover os envolvidos a atores e sujeitos políticos, afinal há, nos conselhos municipais, a premissa da participação social efetiva, que, junto a ela, a democratização do processo decisório são exemplos de aproximação e indefinição dos limites da relação entre Estado e sociedade civil⁴⁰.

Em contrapartida, em primeiro momento, há de haver um exercício democrático que possibilite o acesso e a superação de barreiras e obstáculos à comunicação para compor uma ação estratégica no exercício do controle social, afim de fortalecê-lo, por conseguinte, efetivar o processo de conhecimento sobre o Sistema

Único de Saúde, que envolve aspectos da legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, entre outras. Dessa forma, manifesta-se a importância existencial dos conselhos municipais de saúde: disseminação do conhecimento por deliberações. Afinal, “os conselhos possuem uma composição que privilegia a participação comunitária. Assim, a população conquista um importante espaço para influenciar e definir os rumos das políticas de saúde e para acompanhar e fiscalizar as ações desenvolvidas”⁴⁰.

Em Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde, encontram-se debates acerca dos processos que atravessam a participação popular nos conselhos de saúde e a função da comunicação e da informação em torno do objetivo de deliberação, fiscalização e interferência na dinâmica do Sistema Único de Saúde. As considerações indicam as dificuldades e a complexidade na dimensão da produção política da comunicação e informação, em uma lente dialógica e democrática, que “não devem servir para invocar o modelo instrumental de comunicação e de informação”⁴¹, isto porque, tal modelo, manifesta uma resposta “de fluxos verticais de informações cuja preocupação nunca ultrapassa a da simples adequação dos conteúdos informacionais ao universo cognitivo da maioria dos participantes”⁴¹. Nessa perspectiva, há duas dimensões – a política e a infraestrutura – que parecem não ser coexistentes, quando, na verdade – e aqui estabelece-se nossa crítica –, é improvável a verticalização da informação e comunicação sem os processos de invisibilidade por vias políticas – e a própria invisibilidade da infraestrutura é produto da dinâmica política, e que, ao mesmo tempo, sustenta os processos de invisibilidade da política. É um movimento duplo de precarização.

Certamente que a utilização de infraestrutura tecnológica da informação e comunicação é primordial para a produção do conhecimento, das deliberações e da propagação delas mesmas³⁸, ainda que processos de invisibilidades atravessem o próprio uso – quando houver – da infraestrutura. E Em situações atípicas, como uma crise sanitária mundial, com a pandemia do COVID-19, práticas na saúde precisaram ser reformuladas a partir dos recursos que estavam à disposição dos profissionais da saúde⁴².

Com o alto nível de letalidade da doença causada pelo COVID-19, medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social foram tomadas. Cabe inferir uma breve descrição de tais medidas, que tocaram o setor da saúde, impulsionando a adaptação e novas práticas, especialmente nos Conselhos Municipais de Saúde:

A *quarentena*, é a restrição do movimento de pessoas que se presumeterem sido expostas a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, ou porque não foram infectadas, ou porque ainda estão no período de incubação ou mesmo porque, na COVID-19, permanecerão assintomáticas e não serão identificadas. Pode ser aplicada no nível individual ou de grupo, mantendo-as pessoas expostas nos próprios domicílios, em instituições ou outros locais especialmente designados⁴².

Por outro lado, o isolamento é a separação das pessoas doentes daquelas não infectadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença”, nesse sentido, “para ser efetivo, o isolamento dos doentes requer que a detecção dos casos seja precoce e que a transmissibilidade viral daqueles assintomáticos seja muito baixa”⁴². Enquanto isso, o distanciamento social envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir pessoas infectadas, ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. Visto tais medidas, os processos decisórios para adotá-las precisaram ser mediadas e deliberadas a partir de conselhos nacionais, estaduais e municipais, precisando, de antemão, assimilarem tais medidas, especialmente os conselhos municipais – numa reflexão que abrangesse a realidade do contexto próprio.

Desse modo, os métodos tradicionais – os presenciais – de encontro dos conselhos municipais foram interrompidos devido ao cenário de crise sanitária e assimilação das medidas de saúde pública. Entre idas e vindas, em meio a resoluções que ora permitiam ora proibiam a realização das reuniões presenciais durante a pandemia de COVID-19, ficou definido em 5 de agosto de 2021, segundo a resolução nº 008/2021 do Conselho Municipal de saúde de Manaus, que o conselho resolve Aprovar, ad referendum, a possibilidade da realização de Assembleias Gerais (Ordinárias e Extraordinárias), Reuniões Ordinárias e Extraordinárias da Diretoria Executiva do CMS/MAO e das Comissões Permanentes e Especiais deste Colegiado, no formato híbrido, presencial e remoto, por plataforma a ser definida, conforme disponibilidade de recursos tecnológico.

Nesse sentido, a ferramenta de TIC utilizada nas reuniões híbridas do Conselho Municipal de Saúde foi o Google Meet, um serviço de videoconferências, que possui entre os seus benefícios a possibilidade de utilização por *smartphones*, além de computadores, exigindo apenas que o usuário possua uma conta do Google. Em termos negativos, podemos elencar que o usuário possua internet própria, o que pode configurar um fator excludente em muitas realidades.

Diante de tal realidade, cabe ressaltar que o uso extensivo das Tecnologias

de Informação e Comunicação (TICs) constitui um poderoso instrumental para vencer as barreiras de isolamento e invisibilidade das instâncias colegiadas do SUS e estimular a participação cidadã. O panorama da sociedade da informação conectada em rede é de todo favorável ao desenvolvimento da participação nas decisões referentes à política pública⁴³.

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

O presente capítulo estrutura-se a partir de elementos metodológicos com a finalidade de descrever a pesquisa de campo, desde a abordagem qualitativa adotada e apontamentos específicos do estudo descritivo à constituição do *corpus* e proposta de análise desse *corpus*, que é constituído por documentos relacionados a participação social na forma telepresencial com Conselheiros Municipais de Saúde de Manaus.

A pesquisa bibliográfica acerca da pandemia do novo coronavírus consistiu na busca por palavras-chave (pandemia; Covid 19; Covid 19 em Manaus) no portal de periódicos da capes, bem como no google scholar. covid 19 em manaus. As buscas foram feitas utilizando o recorte temporal dos últimos 5 anos, ou seja, artigos publicados desde 2018, ordenados por relevância. Como critério de inclusão e exclusão utilizei os trabalhos com mais citações, além disso, utilizei um critério qualitativo em relação aos trabalhos que melhor dialogam com os objetivos da pesquisa. Totalizando seis artigos que serão trabalhados apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Artigos e teses selecionados para pesquisa bibliográfica a respeito da pandemiade COVID-19 no contexto de Manaus

Título	Autor	Tipo do trabalho
Explosão da mortalidade noepicentro amazônico da epidemia de COVID-19	Orellana et al. (2020)	Artigo
Necessidade de lockdown e vacinação abrangente em Manaus para contenção da pandemia da COVID-19	Ferrante et al (2021)	Nota técnica
Colapso na saúde em Manaus:o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas deredução da transmissão da COVID-19	Barreto et al. (2021)	Artigo
Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdadesregionais no Brasil	Orellana et al. (2021)	Artigo
Mortalidade por COVID-19padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil	Silva et al. (2021)	Artigo
Mudanças no padrão de internações e óbitos por COVID-19 após substancialvacinação de idosos em Manaus, Amazonas, Brasil	Orellana et al. (2022)	Artigo

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação à participação social na saúde, a metodologia para realizar a presente pesquisa bibliográfica consistiu na busca por palavras-chave (participação social na saúde; participação social, conselho municipal de saúde) no portal de periódicos da capes, bem como no *google scholar*. As buscas foram feitas ordenadas por relevância. Como critério de inclusão e exclusão utilizou-se os trabalhos com mais citações, além disso, utilizei um critério qualitativo em relação aos trabalhos que melhor dialogam com os objetivos da pesquisa. Dessa forma, foram utilizados cerca de oito artigos apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Artigos e teses selecionados para pesquisa bibliográfica acerca da participação social na saúde

Título	Autor	Tipo do trabalho
Participação e controle social em saúde	Costa & Vieira (2013)	Artigo
Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde	Antunes (2008)	Artigo
Dilemas da participação social	Goulart (2010)	Artigo
Desafios da participação social nos conselhos de saúde	Durán & Gerschman (2014)	Artigo
Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação	Coelho (2012)	Artigo
Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil	Vazquez et al. (2005)	Artigo
Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil	Bipo Júnior & Sampaio (2008)	Artigo
Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE	Lima & Galimberti (2016)	Artigo

Fonte: elaborado pelo autor.

4.1 PESQUISA QUALITATIVA: O ELEMENTO DESCRITIVO DA ABORDAGEM

Evidentemente, ainda que de maneira sistêmica operações sócio-políticas tenham aparências semelhantes, os contextos culturais são contingentes, transformando, numa coexistente relação, as práticas políticas, econômicas, sociais. Por essa perspectiva, a compreensão de um momento sócio-histórico e político, necessariamente, atravessa a análise de fenômenos e símbolos constituintes de tais

momentos, afinal “o universo da atividade humana criadora, afetiva e racional. O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam⁴⁴. Isso revela, por via investigativa, uma abordagem qualitativa, que está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em termos de sentidos que as pessoas lhes dão; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa⁴⁵.

Esta lente da pesquisa científica revela a necessidade da adoção de métodos específicos – dentro de um arsenal vasto – para analisar o fenômeno, o sujeito, a realidade, enquanto objeto do estudo, na tentativa de aproximar-se de resultados e criticidade, sendo coerente com os objetivos traçados na investigação. “É preciso, além disso, estender o sentido histórico e sociológico de sua definição e das combinações que produzem”⁴⁴, e isso ocorre a partir do aspecto interpretativo do sujeito que pesquisa. A investigação qualitativa requer, como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos⁴⁴.

Trata-se de elaborar teses e coloca-las a disposição da realidade estudada, no que se refere a suas comprovações, contestações, dissensos ou aproximações com ela mesma. Assim, abordagem qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que são produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensa⁴⁴. Nesta intenção, retomando o problema da pesquisa supracitada indaga-se: como ocorreu a participação social de maneira telepresencial, ante a pandemia e descentramentos simbólicos que ela irrompeu na dimensão econômica, política e cultural?

A formulação do problema sugere uma direção na seleção do tipo da pesquisa que se estrutura sobre a abordagem qualitativa. Dito isso, antes de apresentarmos o formato aqui trabalhado, consideramos ressaltar as lentes investigativas a partir da pesquisa qualitativa que, de acordo com Lüdke e André⁴⁶, é possível o tipo etnográfico e estudo de caso, o roteiro de entrevista, roteiro para participante e roteiro para discussão de grupos focais⁴⁴, a observação direta, entrevistas, análise de textos ou documentos e de discursos de comportamento gravados (fitas de áudio/vídeo)⁴⁵. Isto posto, e associando os objetivos tecidos, a

presente investigação debruçou-se sobre uma pesquisa documental, tratando de compreender a experiência dos conselheiros municipais de Manaus, registradas em texto oficialmente, acerca da participação social de maneira telepresencial em tempos de pandemia do COVID-19.

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais, *humanas e da saúde*. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente⁴⁷.

Isso coloca a pesquisa documental em um lugar de apreciação e valorização, afinal há uma abundância de informações que são possíveis de coletar e analisar nas diversas ciências, neste caso a da saúde, possibilitando a ampliação de determinados temas, objetos de estudo, que necessitam de uma imersão contextual, seja histórica, seja sociocultural. Pode-se expor justificativas outras, como “a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas”⁴⁸, e – a que nos serve neste estudo – a reconstrução de experiências recentemente vividas – na pandemia do COVID-19. Desse modo, uma pessoa que deseja empreender uma pesquisa documental deve, com o objetivo de constituir um corpus satisfatório, esgotar todas as pistas capazes de lhe fornecer informações interessantes⁴⁷, valendo-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor.

Há, por essa via de pensamento, um alinhamento teórico e metodológico para que a investigação se realize coerentemente, estabelecendo categorias e conceitos, técnicas e proposta analítica. Assim, também, é produzido um diálogo sobre o papel e o movimento teórico-metodológico, que inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Nesse sentido, ao partir da lógica de uma pesquisa orientada pelo problema, especialmente dos objetivos traçados, a técnica de pesquisa documental é aqui adotada, destacando documentos para análise as portarias, decretos, informativos, relatórios, atas de assembleias ordinárias, extraordinárias e atas de

reuniões de comissões de trabalho – possibilita a compreensão de como se deu a participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde no contexto da pandemia da COVID-19. Afinal, tais documentos são constituídos por discursos de um determinado momento sociocultural histórico – em uma crise sanitária, política e econômica –, tornando-se registros importantes com acesso que transpassa espaços-tempos.

4.2 CONSTITUINDO O CORPUS

Bauer e Aarts⁴⁹, em suas investigações sobre os processos teórico-metodológicos, constatam que a definição de um *corpus* de uma pesquisa com abordagem qualitativa, o tipo adotado nesta investigação, está associada a um ordenamento de textos intimamente conectados aos objetivos da pesquisa, e, estrategicamente – de acordo com as colaborações dos autores –, os dados coletados foram estruturados a partir de alguns critérios: relevância, homogeneidade e sincronicidade. A definição, brevemente descritas: 1) a relevância destaca a importância associativa com o tema da pesquisa; 2) a homogeneidade requer o ordenamento de materiais de acordo com sua natureza, não devendo haver fusão entre imagens e vídeos, a exemplo, e 3) a sincronicidade assume a responsabilidade de alinhar os materiais de acordo com o tempo histórico, destacando o período datado de cada um dos documentos.

Realizou-se uma pesquisa de laboratório⁵⁰ utilizando a pesquisa documental como técnica investigativa, isto porque ela predispõe uma flexibilidade, de certo modo, para obtenção de dados alinhados aos objetivos tecidos.

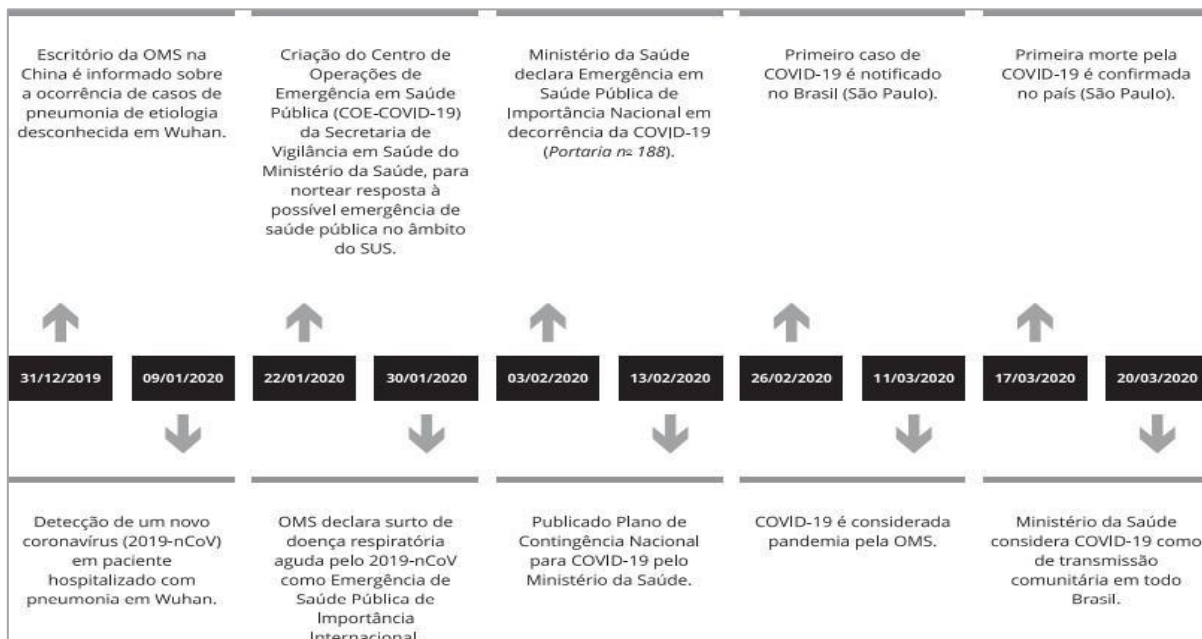
Os documentos podem ser dos mais variados tipos, escritos ou não, os quais incluem diários, documentos de entidades públicas e privadas, gravações, correspondências, fotografias, filmes, mapas, etc⁵¹. Dito isso, pode-se afirmar que Trata-se de um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência – presença ou intervenção do pesquisador – do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida.

Dado que a pretensão deste estudo é de ampliar o entendimento sobre a participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde, em tempos de pandemia do COVID-19, destacou-se a pesquisa documental como instrumento coerente com a realidade – recentemente – construída. No Brasil, segundo Malta et al⁵², diversas medidas preventivas foram identificadas e assimiladas por diversos estados e municípios, como o encerramento, temporário, das atividades presenciais em escolas e comércios não essenciais e o decreto do bloqueio total (lockdown), com punição, caso os indivíduos e estabelecimentos não respeitassem os decretos. Nesse sentido:

A restrição social resulta ser a medida mais difundida pelas autoridades, e a mais efetiva para evitar a disseminação da doença e achatar a curva de transmissão do coronavírus. Geralmente, a repercussão clínica e comportamental dessa obrigação implica mudanças no estilo de vida e pode afetar a saúde mental dos cidadãos⁵².

Mas é a limitação no estilo de vida, nesse contexto, que atravessa o problemada pesquisa: a participação social em assembleias híbridas, telepresencial. Nesse sentido, pressupõe-se um diálogo sobre o crescimento - e potencialidades - das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), que se ajustaram “às necessidades em saúde de cada contexto social, proporcionam soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde e abre grandes oportunidades para o seu uso no caso das epidemias, mormente a da COVID-19 vivenciada neste momento¹¹”. A Figura 3 traz um entendimento dos eventos no mundo e no Brasil em relação ao COVID-19.

Figura 3 – Linha do tempo da pandemia do COVID-19: principais eventos no mundo e no Brasil



Fonte: Caetano et al¹¹.

Dito isso, ante o exposto de uma breve história dos eventos, as instituições e organizações civis buscaram alternativas de mobilização e enfrentamento contra a pandemia do COVID-19. Nesse sentido, Conselheiros Municipais da Saúde de Manaus adotaram uma participação democrática do social a partir do uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), tornando as assembleias híbridas, isto é, telepresencial.

[...] participação social tem a premissa de tornar os governos mais democráticos e sensíveis às aspirações da população. Nos regimes liberais existem distorções sobre a identificação das preferências da sociedade, uma vez que os mecanismos de ausculta às demandas são débeis. As preferências são identificadas a partir dos resultados das eleições, que indicariam as opções ideológicas da maioria votante⁵³.

Diante disso, construí um *corpus* formado por portarias, decretos, informativos, relatórios, atas das assembleias ordinárias, extraordinárias e atas das reuniões de comissões de trabalho. Apresento abaixo uma tabela com as principais características dos documentos analisados.

Quadro 3 – Relação de documentos analisado durante a pesquisa de campo, com descrição do nome do documento, tipo do documento e ano

NOME DO DOCUMENTO	TIPO DO DOCUMENTO	
1ª AGE	Ata da Assembléia Geral Extraordinária	03/07/2020
2ª AGE	Ata da Assembléia Geral Extraordinária	29/09/2021
3ª AGE	Ata da Assembléia Geral Extraordinária	05/11/2021
4ª AGE	Ata da Assembléia Geral Extraordinária	10/11/2021
5ª AGE	Ata da Assembléia Geral Extraordinária	29/12/2021
1ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	02/02/2022
2ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	23/02/2022
3ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	30/03/2021
4ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	28/04/2021
5ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	25/05/2022
6ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	26/05/2021
7ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	27/07/2022
8ª AGO (25/08)	Ata da Assembléia Geral Ordinária	25/08/2021
8ª AGO (31/08)	Ata da Assembléia Geral Ordinária	31/08/2022
9ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	17/09/2021
10ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	27/10/2021
11ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	24/11/2021
12ª AGO	Ata da Assembléia Geral Ordinária	15/12/2021
Resolução nº 645	Resolução	30/09/2021
Resolução nº 012	Resolução	29/07/2020
Resolução nº 017	Resolução	26/08/2020
Resolução nº 001/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	20/01/2021
Resolução nº 003/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	12/02/2021
Resolução nº 004/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	16/03/2021
Resolução nº 008/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	05/08/2021
Resolução nº 009/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	10/08/2021
Resolução nº 001/2020 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	16/03/2020
Resolução nº 003/2020 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	03/07/2020
Resolução nº 010/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	24/02/2021
Resolução nº 031/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	25/08/2021
Resolução nº 032/2021 - D.E./CMS/MAO	Resolução da diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde	25/08/2021

Fonte: elaborado pela autora.

Frente o exposto nesta seção, os documentos que constituíram o *corpus* desta pesquisa, com abordagem qualitativa, passaram por um trato analítico a partir da Técnica de pesquisa Análise de Conteúdo, que se estrutura em três momentos: 1) pré-análise; 2) exploração do material e categorização e 3) tratamentos dos resultados, inferências e interpretação. Esse instrumento analítico e as categorias selecionadas serão abordados detalhadamente na seção a seguir⁵⁴.

4.3 ANÁLISE DO CORPUS: UMA PROPOSTA DE CONTEÚDO

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos, sendo necessário que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada⁴⁸. Desse modo, os incentivos para compreender a participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde de Manaus foram possíveis no processo de análise do corpus a partir da análise de conteúdo sob a metodologia desenvolvida por Bardin⁵⁴, que, em resumo, tratou de trabalhar tal técnica de tratamento de dados na pesquisa qualitativa, destacando, previamente, suas três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

Afinal é impossível transformar um documento; é preciso aceitá-lo tal como ele se apresenta, às vezes, tão incompleto, parcial ou impreciso. No entanto, torna-se, essencial saber compor com algumas fontes documentais, mesmo as mais pobres, pois elas são geralmente as únicas fontes que podem nos esclarecer sobre uma determinada situação. Desta forma, é fundamental usar de cautela e avaliar adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende fazer análise⁴⁸.

Dito isso, descritos de maneira breve: a pré-análise está associada ao momento de organização, que parte desde a escolha dos documentos analisados ao tratamento dos mesmos, e nesta pesquisa coube a pesquisa documental, como método investigativo, e os textos que ocorreram nas reuniões do conselho municipal; na exploração do material são escolhidas unidades de codificação, destacando as classificações – agrupadas em temas, por exemplo – e as categorias – que permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los; e, por último, o tratamento dos resultados – a inferência e interpretação refere-se ao refinamento dos resultados brutos, tornando-os significativos. Na análise de conteúdo a inferência é um instrumento de indução – portarias, decretos, informativos, relatórios, atas de assembleias ordinárias, extraordinárias e atas de reuniões de comissões de trabalho, exemplos articulados ao problema desta investigação – para se aproximar da realidade investigada. Para compreender a realidade da participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde de Manaus em reuniões híbridas, a partir dos documentos das reuniões, necessariamente adota-se uma lógica de

interpretação, estabelecendo conceitos – um sentido de referência geral, criam uma imagem significativa – e proposições – enunciado universal que se fundamentamos dados.

A análise qualitativa do conteúdo inicia com o processo de armazenamento dos dados coletados⁴⁶, que será um banco de dados, em planilha eletrônica – o Excel. Os estudos descritivos iniciais serão realizados por meio de tabelas e medidas de posição (média, mediana) e de variabilidade. Os dados serão apresentados por meio de estatística descritiva, as variáveis categóricas serão apresentadas percentuais, e as variáveis contínuas serão apresentadas médias e desvio padrão.

Tal organização de dados e tratamento dos mesmos, são pensados por Bardin⁵⁴ como possíveis caminhos analíticos de textos (oral, visual, gestual), uma vez que há uma impossibilidade em definir a análise de conteúdo como um método uniforme, destacando que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Dessa maneira, compreende que a análise categorial não é um instrumento, mas “um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. Tal lógica justifica a nossa escolha – a análise categorial – dentro desse “conjunto apetrechos”. Sobre tais construções categóricas analíticas, há de se considerar que :

Não existem normas fixas nem procedimentos padronizados para a criação de categorias, mas acredita-se que um quadro teórico consistente pode auxiliar uma seleção inicial mais segura e relevante.[...] Em primeiro lugar [...] faça o exame do material procurando encontrar os aspectos relevantes. Verifique se certos temas, observações e comentários aparecem e reaparecem em contextos variados, vindos de diferentes fontes e diferentes situações. Esses aspectos que aparecem com certa regularidade são a base para o primeiro agrupamento da informação em categorias. Os dados que não puderem ser agregados devem ser classificados em um grupo à parte para serem posteriormente examinados⁴⁶.

As categorias iniciais uma vez ordenadas, foi necessário executar avaliações do conjunto categórico, isto porque as categorias devem antes de tudo refletir os propósitos da pesquisa⁴⁸. Pode-se considerar que alguns critérios para a realização dessas categorias são necessários, sendo elas: a homogeneidade interna, a heterogeneidade externa, inclusividade, coerência e plausibilidade⁴⁸. Desse modo, ao final da avaliação, boa parte dos dados coletados deve estar integrado na planilha para análise. Assim:

Quando não há mais documentos para analisar, quando a exploração de novas fontes leva à redundância de informação ou a um acréscimo muito pequeno, em vista do esforço despendido, e quando há um sentido de integração na informação já obtida, é um bom sinal para concluir o estudo⁴⁶.

Ante o exposto, com o suporte da análise de conteúdo, a construção e análise dos dados empíricos da presente pesquisa auxiliaram na problematização do debate acerca da participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no contexto da pandemia de COVID-19, destacando processos de socialização, de elaboração de propostas e de deliberação no município que exercem a função.

4.4 BENEFÍCIOS

Analisar a participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde de Manaus no contexto da pandemia da Covid 19, poderá auxiliar e direcionar novas formas de se trabalhar o contexto social e futuras discussões e, assim, buscar alternativas que viabilizem o acesso à informação, planejamento e estratégias que auxiliem o contexto social diante do impacto gerado pela pandemia .

Outro motivo seria contribuir com o Conselho Municipal de Saúde de Manaus, na continuidade de suas atividades, assembleias ordinárias e extraordinárias, reuniões de comissões, entre outras. Desta forma, não causar prejuízo quanto a função dos Conselheiros Municipais de Saúde e implantar uma nova forma de participação, visto que ausência de conselheiros nas assembleias é um problema rotineiro.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa atentou para as devidas resoluções do Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, dentre elas: Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; Resolução nº 580, de 22 de março de 2018; Resolução nº 580, de 22 de março de 2018; Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

Este estudo utilizou dados secundários e disponíveis em domínios públicos. Não havendo em hipótese alguma identificação de pessoas. Assim sendo, foi dispensável a apresentação do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da pesquisa bibliográfica pregressa, temos o estabelecimento de um alicerce adequado para a realização da dissertação de mestrado. Nesse sentido, cabedestacar que a pedra angular da pesquisa são as assembleias gerais ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Manaus.

Neste capítulo pretende-se apresentar os resultados empíricos da pesquisa acerca da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Manaus em meio a pandemia do novo Coronavírus. Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa é analisar, valendo-se de pesquisa bibliográfica, bem como de pesquisa empírica analisar a participação social na forma telepresencial no Conselho Municipal de Saúde, observando as assembleias ordinárias e extraordinárias virtuais.

O capítulo está organizado em três partes. Durante a primeira parte, Participação social presencial ou telepresencial, o histórico das resoluções entre 2020 e 2022, abordaremos as resoluções que impediram reuniões presenciais e sancionaram as reuniões telepresenciais. Em seguida, Análise quantitativa: frequência no Conselho Municipal de Saúde de Manaus, discutiremos os impactos das reuniões telepresenciais nos índices de frequência das Assembleias Gerais Ordinárias (AGO) e Assembleias Gerais Extraordinárias (AGE). Por fim, amarraremos a discussão na terceira parte intitulada Análise qualitativa: atas do Conselho Municipal de Saúde de Manaus.

5.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL PRESENCIAL OU TELEPRESENCIAL, O HISTÓRICO DAS RESOLUÇÕES ENTRE 2020 E 2021

No dia 16 de março de 2020, a diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, publica a Resolução nº 001/2020 no qual é decidido pela adiamento da 3ª Assembleia Geral Ordinária e dos demais trabalhos presenciais do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (Conselho Municipal de saúde de Manaus (Brasil), 2020).

No dia 03 de julho de 2020, a diretoria executiva da Conselho Municipal de Saúde de Manaus, decreta a Resolução nº 003/2020 em que declara-sea sem efeito a resolução nº 001/2020. Assim sendo, revoga a suspensão das reuniões presenciais do CMS e determina “que todas as atividades realizadas pelo Conselho Municipal de

Saúde e Conselhos Locais de Saúde de Manaus sejam realizadas respeitando as determinações de distanciamento e prevenção de infecção e transmissão da COVID-19”. (Conselho Municipal de saúde de Manaus (Brasil), 2020).

Resolução nº 012 de 29 de julho de 2020, por sua vez, determina a “suspensão das reuniões ampliadas dos Conselhos Locais de Saúde dos Distritos (Conselhões) pelo período de vigência do Estado de Emergência Sanitária Municipal” (Conselho Municipal de saúde de Manaus (Brasil), 2020). Este cenário, portanto, torna-se confuso em relação às permissões e proibições acerca da possibilidade ou não de reuniões presenciais.

A Resolução nº 017 de 26 de agosto de 2020 segue a mesma linha da resolução nº 012, com o adendo de que a suspensão das reuniões dos “Conselhões” é ampliada para “cada distrito de saúde”. (Conselho Municipal de saúde de Manaus (Brasil), 2020)

Em 30 de setembro de 2020, o Conselho Nacional de Saúde estabelece a resolução nº 645, que 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. Este ato definiu que as reuniões remotas do CNS, realizadas durante a vigência da Emergência em Saúde Pública e do estado de calamidade pública decorrente da COVID-19, respeitado o disposto no Regimento Interno do CNS, serão realizadas por meio de plataforma digital, de acesso remoto, com tempo previsto de, no máximo, 3 (três) horas de duração.

Nesse sentido, podemos observar que o Conselho Nacional de Saúde chancelou as reuniões de forma remota durante a pandemia e estabeleceu formas de uso. No ano seguinte, em 20 de janeiro de 2021, a diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde decreta a resolução nº 001/2021 que adia a 1ª assembleia geral ordinária e conseqüentemente suspende o processo eleitoral para os conselheiros municipais. (Conselho Municipal de saúde de Manaus (Brasil), 2021)

No dia 12 de fevereiro, a resolução nº 003/2021 revoga o adiamento das assembleias do corrente ano. Porém, em 24 de fevereiro, a resolução nº 010 vem dispor sobre o adiamento das Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias do CMS/Manaus do ano de 2021, suspensão das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde, bem como a suspensão de todas as atividades do Processo Eleitoral para Conselheiros Municipais de Saúde Triênio 2021-2024.

No dia 16 de março, a resolução nº 004 decide por revogar, novamente, a suspensão das reuniões em 2021. Permitindo de forma definitiva as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, uma vez que em agosto são publicadas três resoluções, a resolução nº 008 de 05 de agosto aprova a possibilidade de realização de Assembleias e Reuniões Híbridas no CMS/MAO

Após a liberação das reuniões híbridas em Manaus, a resolução nº 009 de 10 de agosto de 2021, revoga a suspensão das reuniões dos Conselhões e Conselhos Locais de Saúde em 2021.

Encerrando a nossa trajetória em 25 de agosto, quando a diretoria executiva do Conselho Municipal de Saúde de Manaus pública a resolução nº 031 que Dispõe sobre a aprovação da possibilidade da realização de Assembleias Gerais (Ordinárias e Extraordinárias), Reuniões Ordinárias e Extraordinárias da Diretoria Executiva do CMS/MAO, Conselhos Locais de Saúde e das Comissões Permanentes e Especiais deste colegiado, no formato híbrido, presencial e remoto.

5.2 ANÁLISE QUANTITATIVA: FREQUÊNCIA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

Nesta seção, analisaremos o impacto da adoção de reuniões híbridas ou telepresenciais nas assembleias gerais ordinárias e extraordinárias. Na tabela 1, temos a taxa de participação nas assembleias gerais extraordinárias entre 2020 e 2021. A primeira Assembleia Geral Extraordinária (AGE), segunda com menor taxa de presença, é a única anterior à resolução que permitia as reuniões telepresenciais, ou seja, em que pese que a terceira AGE teve a menor taxa de presença, as reuniões híbridas possuem uma frequência consideravelmente maior.

Tabela 1 - Taxa de participação nas AGE

Reunião	Data	Frequência
1ª AGE	03/07/2020	29,69%
2ª AGE	29/09/2021	78,13%
3ª AGE	05/11/2021	26,56%
4ª AGE	10/11/2021	45,31%
5ª AGE	29/12/2021	37,50%
1ª AGE	15/06/2022	29,69%

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 2, temos a taxa de participação nas assembleias gerais ordinárias (AGO) entre 2021 e 2022. Nesse cenário temos que considerar que as maiores taxas de participação foram nas reuniões híbridas, a 2ª AGO de 2022, com 51,56% de presença, a 5ª AGO de 2022 e a 1ª AGO de 2022. Nesse sentido, parece que houve um aprendizado ao longo do final de 2021 em relação à ferramenta do google meet, para que o aumento da taxa de participação se concretizasse.

Tabela 2 - Taxa de participação nas AGO

Reunião	Data	Frequência
3ª AGO	30/03/2021	18,75%
4ª AGO	28/04/2021	34,38%
6ª AGO	26/05/2021	32,81%
8ª AGO	25/08/2021	3,13%
9ª AGO	17/09/2021	21,88%
10ª AGO	27/10/2021	40,63%
11ª AGO	24/11/2021	31,25%
12ª AGO	15/12/2021	32,81%
1ª AGO	02/02/2022	43,75%
2ª AGO	02/02/2022	51,56%
3ª AGO	05/04/2022	35,94%
5ª AGO	25/05/2022	26,56%
7ª AGO	27/07/2022	45,31%
8ª AGO	31/08/2022	35,94%
10ª AGO	26/10/2022	39,06%
11ª AGO	30/11/2022	34,38%
Média		33,01%

Fonte: elaborado pela autora.

Nas tabelas 3 a 8, temos a taxa de participação nas assembleias gerais ordinárias e extraordinária por tipo de representação, seja representante de governo e de entidades prestadoras de serviço de saúde, seja representante de trabalhadores de saúde, ou seja representantes de usuários do Sistema Único de Saúde. A média de taxa de presença das AGEs é de 43,44% e nas AGOs é de 32,21%, sendo que a menor média de taxa de presença nos dois casos fica a cargo dos representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde. Nas AGEs, os representantes de governo e prestadores de serviço tiveram taxa de participação superior a 53,75%, enquanto que os representantes dos usuários estiveram presente em 35,63% das oportunidades. Essa lógica se repete nas AGOs.

Tabela 3 -Taxa de participação dos representantes de governo e de entidades prestadoras de serviço de Saúde nas AGE

Reunião	Data	Frequência
1ª AGE	03/07/2020	43,75%
2ª AGE	29/09/2021	87,50%
3ª AGE	05/11/2021	37,50%
4ª AGE	10/11/2021	56,25%
5ª AGE	29/12/2021	43,75%
1ª AGE	15/06/2022	43,75%
	Média	52,08%

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 4 - Taxa de participação dos representantes de trabalhadores de saúde nas AGE

Reunião	Data	Frequência
1ª AGE	03/07/2020	37,5%
2ª AGE	29/09/2021	75,0%
3ª AGE	05/11/2021	37,5%
4ª AGE	10/11/2021	37,5%
5ª AGE	29/12/2021	56,3%
1ª AGE	15/06/2022	37,5%
	Média	48,88%

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 5 - Taxa de participação dos representantes de usuários do Sistema Único de Saúde nas AGE

Reunião	Data	Frequência
1ª AGE	03/07/2020	18,75%
2ª AGE	29/09/2021	75,00%
3ª AGE	05/11/2021	15,63%
4ª AGE	10/11/2021	43,75%
5ª AGE	29/12/2021	25,00%
1ª AGE	15/06/2022	18,75%
	Média	32,81%

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 6 - Taxa de participação dos Representantes de governo e de entidades prestadoras de serviço de Saúde nas AGO

Reunião	Data	Frequência
3ª AGO	30/03/2021	6,25%
4ª AGO	28/04/2021	50,00%
6ª AGO	26/05/2021	43,75%
8ª AGO	25/08/2021	0,00%
9ª AGO	17/09/2021	31,25%
10ª AGO	27/10/2021	43,75%
11ª AGO	24/11/2021	31,25%
12ª AGO	15/12/2021	37,50%
1ª AGO	02/02/2022	43,75%
2ª AGO	02/02/2022	56,25%
3ª AGO	05/04/2022	43,75%
5ª AGO	25/05/2022	31,25%
7ª AGO	27/07/2022	56,25%
8ª AGO	31/08/2022	37,50%
10ª AGO	26/10/2022	43,75%
11ª AGO	30/11/2022	31,25%
	Média	36,72%

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 7 - Taxa de participação dos representantes de trabalhadores de saúde nas AGO

Reunião	Data	Frequência
3ª AGO	30/03/2021	31,25%
4ª AGO	28/04/2021	25,00%
6ª AGO	26/05/2021	43,75%
8ª AGO	25/08/2021	6,25%
9ª AGO	17/09/2021	18,75%
10ª AGO	27/10/2021	50,00%
11ª AGO	24/11/2021	50,00%
12ª AGO	15/12/2021	50,00%
1ª AGO	02/02/2022	56,25%
2ª AGO	02/02/2022	50,00%
3ª AGO	05/04/2022	43,75%
5ª AGO	25/05/2022	31,25%
7ª AGO	27/07/2022	56,25%
8ª AGO	31/08/2022	37,50%
10ª AGO	26/10/2022	43,75%
11ª AGO	30/11/2022	43,75%
	Média	39,84%

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 8 - Taxa de participação dos representantes de usuários do Sistema Único de Saúde nas AGO

Reunião	Data	Frequência
3ª AGO	30/03/2021	18,75%
4ª AGO	28/04/2021	31,25%
6ª AGO	26/05/2021	21,88%
8ª AGO	25/08/2021	3,13%
9ª AGO	17/09/2021	18,75%
10ª AGO	27/10/2021	34,38%
11ª AGO	24/11/2021	21,88%
12ª AGO	15/12/2021	21,88%
1ª AGO	02/02/2022	37,50%
2ª AGO	02/02/2022	50,00%
3ª AGO	05/04/2022	28,13%
5ª AGO	25/05/2022	21,88%
7ª AGO	27/07/2022	34,38%
8ª AGO	31/08/2022	34,38%
10ª AGO	26/10/2022	34,38%
11ª AGO	30/11/2022	31,25%
	Média	27,74%

Fonte: elaborado pela autora.

Os resultados encontrados são de duas naturezas, o primeiro indica que as reuniões telepresenciais possibilitam, na média, uma taxa de participação maior para os diferentes tipos de representantes, permitindo que a esfera deliberativa encontre um maior número de vozes; o segundo, demonstra que os usuários do SUS possuem taxas de participação consideravelmente inferiores.

O que pode acarretar problemas elencados por Coelho (2012), a perda da paridade, haja vista que os 50% das cadeiras para representantes dos usuários não encontraria eco na realidade.

5.3 ANÁLISE QUALITATIVA: ATAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

Para a realização da análise daquilo que foi discutido no âmbito do Conselho Municipal de Manaus, reuniu-se parte considerável das atas das Assembleias Gerais Ordinárias (AGOs) e das Assembleias Gerais Extraordinárias ocorridas entre 2020 e 2022. As análises a seguir seguirão a abordagem qualitativa desenvolvida por Bardin(2011), abaixo segue-se inicialmente o resumo das temáticas

principais daquilo que foi discutido e depois a categorização das temáticas e apresentação do resultado.

Ao consultar ata da primeira Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) ocorrida em 29 de janeiro de 2020, observa-se que os principais termos discutidos foram o credenciamento de serviços da Atenção Primária à saúde ao Ministério da Saúde, a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Hospital Adventista de Manaus, o regulamento eleitoral e, por fim, a inclusão de determinado conselheiro à comissão de assessoramento aos Conselhos Locais e distritais.

Em 19 de fevereiro de 2020, foi realizada a segunda Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) no qual foi novamente discutido a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Hospital Adventista de Manaus, discussões da mesa de negociação a respeito das pactuações realizadas no ano de 2019 e, por último, discutiu-se sobre a criação de comissões intersetoriais de saúde das mulheres.

A sexta Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) ocorrida no dia 30 de junho de 2020 discute a decisão da diretoria executiva de suspender as reuniões ampliadas dos Conselhos Locais de Saúde dos Distritos. A ata da primeira Assembleia Geral Extraordinária (AGE) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) promovida no dia 03 de julho de 2020 foi convocada para estudar os procedimentos para eleição da mesa diretora.

No dia 29 de julho de 2020, ocorreu a sétima Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) em que se volta a discutir a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Universidade do Estado do Amazonas, assim como elementos referentes ao processo eleitoral da mesa diretora, buscou-se discutir as decisões da diretoria executiva em relação à suspensão das atividades presenciais dos conselhos locais e foi escolhido um representante para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A oitava sessão da Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho Municipal de Saúde De Manaus (CMS/MAO) ocorrida em 28 de agosto de 2020 debeteu três questões principais a renúncia de determinada conselheira e a aprovação de dois atos da diretoria executiva, um em relação ao processo eleitoral da mesa diretora e outro em relação à suspensão das reuniões dos conselheiros.

No dia 30 de setembro de 2020, a nona Assembleia Geral Ordinária (AGO)

do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) discute a inclusão de novos conselheiros e o Controle Social do Distrito de Saúde Oeste. A décima Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO), por sua vez, ocorreu no dia 28 de outubro de 2020 e voltou a discutir a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Universidade do Estado do Amazonas e a indicação de novo membro para a composição do Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Norte.

A décima primeira sessão da Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) foi realizada no dia 25 de novembro de 2020. No qual foram abordadas as seguintes temáticas: a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Hospital Adventista de Manaus, a tomada de conhecimento e consequente discussão para aprovação do Plano Municipal de Educação Permanente.

Em seguida, no dia 11 de dezembro de 2020, foi realizada a segunda Assembleia Geral Extraordinária (AGE) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) em que se avalia as contas da gestão 2017-2020 da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

No dia 24 de fevereiro de 2021, a segunda Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) discute-se a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Hospital Adventista de Manaus, o Plano Municipal de Educação Permanente 2021/2022, o calendário 2021 do CMS/MAO, o processo eleitoral complementar para os conselheiros locais de saúde, a indicação de novo membro representante dos usuários, o plano de ação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Programação Anual de Saúde, a Pactuação Municipal das Metas Interfederativas de Indicadores do ano de 2020, bem como a aprovação das decisões da diretoria executiva.

No dia 30 de março de 2021, a terceira Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) aborda as resoluções da diretoria executiva, o projeto de Implantação do Centro Especializado em Reabilitação, bem como às planilhas dos quadros de comissões técnicas permanentes.

Em 28 de abril de 2021, a quarta Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) abordou a aprovação pela Diretoria Executiva do Projeto de Implantação do Centro Especializado em Reabilitação, inclusão de novos representantes do CMS/MAO no Comitê Municipal de

Enfrentamento de Mortalidade relacionada ao Trabalho, o pedido de afastamento de determinada conselheira do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas.

Ao seu turno, a quinta Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) ocorreu em 25 de maio de 2021 e deliberou acerca da decisão da diretoria executiva em relação à representação de Manaus na Etapa Estadual da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, e do ato da diretoria executiva sobre entidades que poderiam concorrer às eleições do Conselho Municipal de Saúde referente a gestão de 2022 a 2025. Discutiu-se, também, o plano de Saúde Mental indígena de Manaus e entorno, além do pedido de conseguir um técnico de enfermagem para atender a comunidade Jatuarana e de médicos para o atendimento de idosos nas residências, além de profissionais aptos para realizar testes de COVID-19.

No dia 26 de maio de 2021, a quinta Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) discute a criação de grupo de trabalho Intersetorial (GTI) vinculado à secretaria municipal de Saúde, novamente sobre o convênio entre a SEMSA e a Universidade do Estado do Amazonas, além de apresentar e discutir os critérios utilizados na vacinação da COVID 19.

A sessão da sexta Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) ocorrida em 30 de junho de 2021 abordam as seguintes temáticas: a eleição da diretoria executiva, o convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e a Cruz Vermelha Brasileira e a substituição de conselheiros.

A sétima Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus - CMS/MAO discutiu em 28 de julho de 2021 os seguintes assuntos, a indicação de novos conselheiros, o projeto de laboratório de inovação e educação permanente em saúde (LIEPS) e o plano de trabalho de cooperação técnica entre Semsa e Fundação de Dermatologia e venereologia Alfredo de Mata.

No dia 17 de setembro de 2021, a nona Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) teve como pauta o seguinte: informações sobre a realização de Concurso Público da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e o estabelecimento da Subcomissão de Acompanhamento das Demandas do Centro de Referências em Saúde do Trabalhador (Cerest). Cabe destacar que esta foi a primeira sessão analisada posterior a autorização das reuniões em caráter virtual.

A segunda sessão da Assembleia Geral Extraordinária (AGE) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) ocorrida em 29 de setembro de 2021 teve como motivo principal a comemoração de 30 anos do CMS/MAO. O presidente Jorge Luiz Maia Carneiro destaca “a batalha histórica do Conselho Municipal de Saúde de Manaus desde sua criação.” O Conselheiro de Saúde João Bosco afirma que “muitas vezes o Conselho Local não é ouvido, então é necessário que a gestão tenha esse olhar, que o Conselho Local de Saúde é um parceiro”. (BRASIL, 2021)

A décima sessão da Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) datada de 27 de outubro de 2021, toma conhecimento do requerimento para ser apresentada a composição atual de conselheiros, toma para sua atribuição de indicar um membro para Comitê de Ética em Pesquisa, discute sobre a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental e sobre a aquisição de ambulância por meio de uma emenda parlamentar, bem como a extinção da comissão de revisão do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO), a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Universidade do Estado do Amazonas e a indicação de novos conselheiros.

A terceira Assembleia Geral Extraordinária (AGE) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) acontecida em 05 de novembro de 2021 volta a discutir sobre a compra de uma ambulância para mobilidade de pacientes, a cooperação técnica entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e a Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ.

No dia 10 de novembro de 2021 ocorreu a quarta Assembleia Geral Extraordinária (AGE) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) teve como foco as discussões em torno da compra de uma ambulância e a possibilidade da cooperação técnica entre a SEMSA e a Fundação de dermatologia e venereologia Alfredo da Mata.

A décima primeira sessão da Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) desenrolada dia 24 de novembro de 2021 discute o projeto “Autoexame de Pele Virtual”, questões referentes à pandemia de COVID-19 e questões relacionadas ao combate e controle da Hanseníase. Na seção seguinte, em 15 de dezembro de 2021 discute-se a importância de apresentação sobre a saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. A última reunião realizada no ano de 2021 foi a quinta Assembleia Geral Extraordinária (AGE) do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) abordam-se questões encaminhadas pela Comissão

do processo eleitoral.

No dia 02 de fevereiro de 2022, ocorreu a primeira Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) discute atos da diretoria executiva em relação ao adiamento da 1ª AGO e à realização desta na forma online, a mudança da data da II Conferência Municipal de Saúde Mental do Município de Manaus, a regulamentação da fisioterapia pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a alteração do regimento interno do CMS/MAO

Na segunda Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) aconteceu no dia 23 de fevereiro de 2022 abordou-se a criação de uma comissão especial para coordenação do processo eleitoral e a insegurança nas Unidades de Saúde. No dia cinco de abril de 2022, a terceira Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) apresenta a necessidade de substituir uma conselheira que veio a falecer, a indicação de novo membro para o Conselho Nacional de ética na Pesquisa e, por fim, discutir a decisão da diretoria executiva que aprovou a suspensão das atividades presenciais.

Por sua vez, a quarta Assembleia Geral Ordinária (AGO) do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO) referente ao dia 29 de abril de 2022 aborda o regulamento da II Conferência municipal de Saúde Mental, as decisões da diretoria executiva e a indicação de novos conselheiros.

Entre Assembleias Gerais Extraordinárias e Assembleias Gerais Ordinárias foram analisadas ao todo vinte e oito sessões nas quais elaboramos 15 categorias que descrevem a atuação do Conselho de Saúde de Manaus (CMS/MAO), a saber:

AGOs de forma telepresencial por conta da Pandemia, Aprovações do ano/gestão anterior, Aquisição material, Concurso Público na saúde, Conselhos locais/distritais, Cooperação técnica, Falta de segurança nas Unidades de Saúde, Novo(a) conselheiro(a), Operacionais e comemorativas para o funcionamento CMS, Plano Municipal de Educação, Processo eleitoral, Programas de saúde, Representantes em outros órgãos/comitês, Saúde da mulher e minorias e Suspensão dos Conselhos locais.

Tabela 9 - Número de AGOs e AGEs em que foram discutidas as seguintes categorias

Categorias	Frequência
Cooperação técnica	12
Processo eleitoral	10
Programas de saúde	10
Novo(a) conselheiro(a)	7
Representantes em outros órgãos/comitês	7
Operacionais e comemorativas para o funcionamento CMS	6
AGOs de forma telepresencial por conta da Pandemia	5
Aquisição material	3
Conselhos locais/distritais	3
Suspensão das reuniões Conselhos locais	3
Aprovações do ano/gestão anterior	2
Plano Municipal de Educação Permanente	2
Saúde da mulher e minorias	2
Concurso Público na saúde	1
Falta de segurança nas Unidades de Saúde	1

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com a tabela 9, a categoria mais discutida nas vinte e oito Assembleias Gerais Extraordinárias e/ou Assembleias Gerais Ordinárias foi a cooperação técnica com cerca de 12 ocorrências. Essa categoria diz respeito a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) com diversas instituições e órgãos que possuem certa proximidade técnica com a área da saúde. Em seguida, pode-se observar a preocupação com o processo eleitoral no interior do Conselho Municipal de Saúde de Manaus que ocupou a agenda de dez assembleias.

A categoria programas de saúde diz respeito ao controle social da área da saúde, isto é, o conselho deliberando acerca do credenciamento ou não de profissões e de tratamentos, projetos e programas de erradicação e conscientização sobre determinadas enfermidades, esta categoria foi a terceira mais discutida contando com dez ocorrências.

Em sete oportunidades foram discutidas a substituição de conselheiros antigos e a consequentemente a inclusão de novos conselheiros, em outras sete oportunidades discutiu-se que os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS-MAO) participassem de outros órgãos ou representassem o CMS-MAO. As questões operacionais como discussões a respeito do regimento interno ocuparam a agenda do Conselho cerca de seis oportunidades.

Adiante pode-se observar que a temática da realização das AGOs de forma telepresencial por conta da Pandemia foi discutida em cinco oportunidades, enquanto que a aquisição material para as unidades de saúde foram discutidas em outras três situações. A atuação dos conselhos locais/distritais foi discutida em três oportunidades, assim como a suspensão das atividades presenciais dos conselhos locais por conta da pandemia de COVID-19.

Em relação à aprovação de contas e medidas realizadas na gestão anterior 2017-2020 pode-se observar que o Conselho dedicou duas sessões a essa atividade, o plano municipal de educação permanente também foi discutido em duas oportunidades, tal qual a preocupação com a saúde da mulher e de minorias. Por fim, cabe destacar que a existência de discussões sobre um concurso público na área da saúde e a falta de seguranças nas unidades de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto na dissertação, foi possível observar com clareza os caminhos que levaram a aprovação das reuniões telepresenciais do Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO). No primeiro capítulo, houve a preocupação em apresentar os aspectos sociais e políticos da pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) no qual a crise sanitária foi descrita com um drama à vida social e a vida biológica.

Em seguida, realiza-se uma pesquisa bibliográfica sobre a participação democrática com o objetivo de discutir uma alteração dentro da teoria democrática rumo a centralidade da noção de democracia, sobretudo partindo da visão de Carole Pateman (1992). A partir do estado da arte daquilo que se entende como democracia, iniciativas como a participação social da saúde, através de conselhos municipais, foram possíveis. A participação social é o foco deste trabalho em contato com a Tecnologia da Informação e Comunicação, nesse sentido a incorporação desta nos processos participativos da gestão favorecem o desenvolvimento da prática reflexiva, bem como o controle social e os mecanismos cidadãos.

No que diz respeito ao capítulo de análise de dados, divide-se a análise nas resoluções que sancionaram as reuniões presenciais e permitiram as reuniões telepresenciais. Adiante, foi abordado os impactos das reuniões telepresenciais nos índices de frequência das Assembleias ordinárias e extraordinárias. Dessa forma, observa-se que a aprovação das reuniões híbridas foi um processo lento, moroso e prudente em meio a pandemia do novo Coronavírus. Além disso, chegamos a conclusão que a taxa de participação dos representantes do governo foi superior a dos representantes de profissionais de saúde e dos representantes dos usuários do SUS, mas a taxa de participação global aumentou nas reuniões telepresenciais, algo que pode indicar que essa modalidade de reunião baseada em Tecnologia de Informação e Comunicação tenha vindo para ficar.

Por fim, foi empreendida a análise qualitativa daquilo que foi discutido em meias vinte e oito Assembleias Gerais Extraordinárias e/ou Assembleias Gerais Ordinárias, utilizando sobretudo a técnica de pesquisa Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Essa análise permitiu observar que as temáticas ligadas à cooperação técnica e ao controle social em relação aos programas de saúde ocuparam muito espaço dentro das discussões do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, além disso às

questões relacionadas ao processo eleitoral e a nomeação de novos conselheiros, tal como a representação de conselheiros em outros órgãos e comitês possuem certa centralidade na atuação do CMS/MAO. Cabe destacar, também, a importância dada ao contexto pandêmico seja em discussões acerca da realização das AGOs de forma telepresencial, a suspensão dos encontros presenciais dos conselhos locais ou distritais, porém observa-se também que o período mais crítico da pandemia na cidade de Manaus e a situação calamitosa causada crise sanitária e seus desdobramentos políticos e sociais poderiam ter sido assuntos de maior pauta nas assembleias do Conselho Municipal de Saúde de Manaus.

REFERENCIAS

1. Freire P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
2. Faro A, Baiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFPS, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estudos de Psicologia. Campinas: 2020 (37).
3. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neil N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, Agha, R. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). International Journal of Surgery, 2020;76(1):71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>.
4. Brasil. (1990) Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Altera a legislação federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Brasil. Ministério da Saúde.
5. Brasil (1990). Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Acessado em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Brasil. Ministério da Saúde.
6. Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília.
7. Brasil (2011). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
8. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde Debate/ 2021; 45 (131):1199-1213.
9. Fernandes VC, Spagnuolo RS, Nascimento EN. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. Saúde e Sociedade. 2017; 26 (1): 2018-228.
10. Lourenço R, Ribeiro CN, Oliveira GR, Melo S, Costa T, Rombaldi P, Pedrosa S. Participação e Controle Social na Saúde Pública em Manaus/AM: a experiência do Distrito de Saúde Sul. Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida. Saúde em Redes, 2020; 6(3).
11. Caetano R. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cadernode Saúde Pública, 2020:36(5).
12. Matta GC, Rego S, Souto EP, SEGATA J. Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021.
13. Liu Y-C, Kuo R-L, Shih S-R. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. Biomedical Journal. 2020, 43(4):328–33.
14. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta B, Leite IC. Explosão da mortalidade

- no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cadernos de Saude Publica*, 2020;36(1):1-8.
15. Ferrante L, Steinmetz WA, Almeida ACL, Leão J, Tupinambas U, Vassão RC, FearsidePM, Duczmas LH. Nota técnica: Necessidade de lockdown e vacinação abrangente em Manaus para contenção da pandemia da COVID-19. 2021.
 16. Barreto ICHC, Costa Filho, RV, Ramos, RF, Oliveira, LG, Martins, NRAV, Cavalcante,FV, Andrade, LOM, SANTOS, LMP. Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. *Saúdeem Debate*, 2021;45(1):1126-1137.
 17. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Moreira RI, Leite IC, Horta B. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021;37(1):1-16.
 18. Silva GA, Jardim BC, Lotufo PA. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021;37(1):1-8.
 19. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Leite IC, Domingues, CMAS, Horta B. Mudanças no padrão de internações e óbitos por COVID-19 após substancial vacinação de idosos em Manaus, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 2022;38(1):1-23.
 20. Schumpeter J. *Capitalismo, Socialismo e Democracia*. São Paulo: Unesp, 2016.
 21. Downs A. *Teoria econômica da democracia*. São Paulo: Edusp; 1999.
 22. Dahl R. *Who governs?* New Haven: Yale University Press; 1961.
 23. Dahl R. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Edusp; 2005.
 24. Pateman C. *Participação e Teoria Democrática*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1992.
 25. Gutmann A, Thompson D. *Why deliberative democracy?* Princeton: Princeton University Press; 2004.
 26. Habermas J. *A inclusão do outro*. São Paulo: Editora UNESP; 2018
 27. Dahl R. *A preface to democratic theory*. Chicago: The University of Chicago Press; 2006.
 28. Lipset S. *O homem político*. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.
 29. Cohen J. Procedure and substance in deliberative democracy. In: Christiano T. *Philosophy and democracy: An Anthology*. Oxford: Oxford University Press, 2003, p. 17-38.
 30. 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. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books.
 31. Antunes LR. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde.
 32. Goulart FAA. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 2010;34(1):18-32.

33. Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, 2014;23(1):884-896.
34. Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, 2012;21(1):138-151.
35. Vazquez ML, Siqueira E, Silva MIK, Diniz A, Veras I, Pereira A. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005;1(1):1-2.
36. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(6):403–9.
37. Lima FA, Galimbertti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis*, 2016;26(1):157-175.
38. Novoa C, Netto AV, organizadores. *Fundamentos em gestão e informática em saúde*. Universidade Federal de São Paulo, 2019. São Paulo, 2019, 77p.
39. UCHIDA TH, Fujimaki M, Umeda JE, Higasi MS, Caldarelli PG. Percepção de profissionais de saúde sobre utilização de tecnologias de informação e comunicação. *Revista Sustinere*, v. 8, n. 1, p. 4-22, julho 2020.
40. Júnior PB. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 2018;117(1):99-122.
41. Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004; 3(2):56-69, maio 2004.
42. Claudino LMZ, Albuquerque MIN, Macêdo VC, Campelo FMP, Fernandes GAS. Tecnologias de Informação e Comunicação: ferramenta de educação em saúde no contexto da COVID-19. *APS em Revista*, 2022; 1(4):27-36.
43. Silva AB, Labra E. Plenária Virtual Permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. *Ci. Inf., Brasília*, 2007; 36(2):106-117.
44. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.
45. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.
46. Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
47. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.
48. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, 2009;1(1).
49. Bauer M, AARTS B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER. M. e GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002:39-63.
50. Appolinário F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo, Atlas, 2009.

51. GIL A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
52. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado ÍE, Souza JPRB et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2020; 29(4).
53. Bispo Junior JP. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. *Rev. Crítica de Ciências Sociais*; 2018, 117(1): 99-122.
54. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo, 2011: Edições 70.