



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
FACULDADE DE GEOGRAFIA**

ROSA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ:
FUNCIONAMENTO DO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL.**

**MARABÁ – PA
2018**

ROSA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ:
FUNCIONAMENTO DO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Geografia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará como requisito à obtenção de título acadêmico em Licenciatura e Bacharelado em Geografia.

Orientadora: Profª Me. Gleice Kelly Gonçalves Costa.

**MARABÁ – PA
2018**

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ:
FUNCIONAMENTO DOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL.**

Banca Examinadora

Prof^a. Me. Gleice Kelly Gonçalves da Costa (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Élide Pasini Tonetto (Examinadora interna- Fgeo/Unifesspa)

Eng^a mayayanne Micaelli dos Santos (Examinadora externa-Diretora Técnica da
Secretaria de Planejamento de Marabá)

Ao meu amor, Jose Silva Cunha, que está comigo no dia a dia, motivando os meus estudos. E que durante o processo de construção deste trabalho emprestou de maneira gentil sua atenção, ouvindo os meus anseios e medos, e a minha mãe, Maria do Socorro dos Santos, mulher que representa força e virtude.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre presente em minha vida;

Agradeço a esta Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, o Instituto de Ciências Humanas e a Faculdade de Geografia;

À minha mãe, Maria do Socorro da Conceição dos Santos, por acreditar na vida e manter a esperança mesmo nos dias mais difíceis;

A minha orientadora, Professora Gleice Kelly Gonçalves Costa, por ter aceitado me orientar na elaboração deste trabalho. Obrigada pelas críticas e correções que foram de fundamental importância;

À minha turma de colegas de graduação Geografia 2012, pela convivência e aprendizagem. De maneira especial, agradeço à amiga Janiele França, por participar de maneira ativa na construção deste sonho, durante a realização e na construção do trabalho;

Aos meus professores (todos), que contribuíram para minha formação;

Aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Marabá, pela colaboração de suma importância;

A todos, meu respeito.

Participar é visto como criar uma cultura de dividir as responsabilidades na construção coletiva de um processo (ver Pontual, Hamilton etc., 1998), é dividir responsabilidades com a comunidade (GOHN, 2011).

Resumo

A temática participação cidadão está relacionada a temas antigos da história como democracia, representação, organização e cidadania. Nesse sentido a participação cidadão também está relacionada à luta por melhores condições de vida, que no nosso país resultou em um processo que está em constante construção. Na década de 1990 foram formulados instrumentos para garantir a participação social, a exemplo da Lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS), que atribui a importância da fiscalização e do controle das ações do Estado, pela população, através de canais de comunicação entre governo e sociedade, que em conjunto com Lei 81142/90 institui que os Conselhos Municipais de Saúde, são: órgãos deliberativos que atuam na reivindicação, formulação, controle e avaliação das políticas públicas de saúde. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde em Marabá, observando as modificações estabelecidas no espaço, a partir dessa atuação, uma vez, que esse órgão representa a sociedade, suas necessidades e reivindicações e o nível de envolvimento da sociedade na gestão do Município. Para a realização desta pesquisa, utilizou-se de revisões bibliográficas, análise de leis e de documentos e levantamento de dados em órgãos públicos para compreender, como o (CMSM) Conselho Municipal de Saúde de Marabá, atuou e atua na construção do espaço geográfico. Com os dados analisados, pôde-se afirmar que a participação social na gestão pública é necessária, mas ainda existem desafios a serem enfrentados para que a sociedade faça uso efetivo desse instrumento, como benefício social e autônomo.

Palavras-chaves: Participação social. Gestão. Políticas públicas. Espaço geográfico.

Abstract

The theme of participation is related to ancient themes of history as democracy, representation, organization and citizenship. In this sense is also related to the struggle for better living conditions in our country resulted in a process that is constantly under construction. In the 1990s, instruments to ensure social participation were formulated, such as Law 8080/90, the Unified Health System (SUS), which attributes the importance of the inspection and control of state actions by the population through communication between government and society, which together with Law 81142/90 establishes the Municipal Health Councils: These are deliberative bodies that act in the claim, formulation, control and evaluation of public health policies. Therefore, the objective of this work is to analyze the performance of the Municipal Health Council in Marabá observing the modifications established in the space, based on this action, since this body represents the society, its needs and demands and the level of involvement of society in the management of the municipality. In order to carry out this research, a bibliographic review was done on the subject, analysis of laws and documents, interviews were carried out in public agencies to understand how the Municipal Health Council of Marabá (CMSM) attached and acts in the construction of the geographic space. With the data we can affirm that social participation in public management is necessary, but there are challenges to be faced in order for society to effectively use this instrument with social and autonomous benefit.

Keywords: Social participati .management . public policies . geographic space.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Conselheiros entrevistados.....	34
GRÁFICO 2: Seguimento do Conselheiro	35
GRÁFICO 3: Nível de Escolaridade.....	35
GRÁFICO 4: Tempo de Atuação no Conselho.....	36
GRÁFICO 5: Atendimento das Deliberações.....	36
GRÁFICO 6: Capacitação dos Conselheiros.....	37
GRÁFICO 7: Prestação de contas da gestão.....	37
GRÁFICO 8: Participação no Plano Municipal de Saúde.....	39

LISTA DE MAPAS

Mapa 01.....	41
Mapa 02.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMS - Conselho Municipal de saúde

CMSM – Conselho Municipal de Saúde de Marabá

NOB – Normas Operacionais Básicas

PANAB - Política Nacional de Atenção Básica

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PMS – Plano Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USB – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. POLITICA PUBLICA, GEOGRAFIA E A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA NO BRASIL	15
1.1 Uma breve definição de política pública e Geografia	15
1.2 A descentralização politica administrativa no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
1.3 A regulamentação dos conselhos de saúde Lei 8142/90	24
2. A IMPORTANCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO GEOGRAFICO	27
2.1 Discursões sobre a participação popular na tomada de decisões no município.....	27
2.2 Apresentação do Conselho Municipal de Marabá (CMSM).....	30
2.3 O Conselho Municipal de Saúde de Marabá: modelador de formas geográficas.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	49

INTRODUÇÃO

A participação social na gestão pública é um importante instrumento para a construção de uma sociedade mais justa, e está em debate no cenário brasileiro desde a promulgação da Constituição de 1988, no contexto de redemocratização brasileira. Conhecida como constituição cidadã, a qual representa um marco na formulação e implantação de políticas públicas, atribui assim, autonomia política e administrativa local. Na Constituição (1988), também se define a saúde, como: direito fundamental, o qual é importante para o exercício da cidadania. A Constituição Federal tem como tese atribuir poder decisório às comunidades locais, e como consequência, trouxe consigo o desafio de coordenar a gestão local. (SILVEIRA; COSTA; OLIVEIRA, 2008).

Nesse sentido, uma das soluções propostas para o desafio de coordenação local, são os sistemas nacionais que reúnem os três seguintes entes federados: União, Estado e Municípios – no financiamento e gestão, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) - Lei 8.080/90. Ressalta-se, que esse sistema é resultado de anos de lutas sociais, que a carta magna, operacionaliza. Mediante a utilização da Lei 8.080/90, torna-se possível a formulação dos Conselhos Municipais de saúde, os quais são órgãos deliberativos que atuam na reivindicação, formulação, controle e avaliação das políticas públicas de saúde, que é regulamentado pela Lei 8.142/90. (SILVEIRA; COSTA; OLIVEIRA, 2008).

No âmbito da ciência geográfica, entende-se que as políticas públicas possuem ligação direta com o espaço geográfico, uma vez, que consideramos que elas o modificam, além de o envolverem em suas questões e conceitos geográficos, tais como: região, ambiente e cidade. Assim, cabe destacar, que muitos dos recentes documentos brasileiros, referentes às políticas públicas de saúde, incorporam as noções espaciais, como por exemplo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, que utiliza o termo território, no sentido de localização, para atuação das equipes de atenção básica, localizadas em Unidades Básicas de Saúde (USB). Nessa perspectiva a relevância da presente pesquisa, encontra-se atrelada à necessidade de debater sobre a dimensão espacial das políticas públicas, bem como, a importância de se compreender que existem relações sociais que acontecem no espaço, as quais consequentemente modificam a geografia do território nos quais atuam. (FERNADES, 2015).

Assim, abordaremos a concepção de espaço relacional, onde o espaço é produto e produtor social, que busca compreender o espaço em seu contexto histórico, social econômico e cultural, considerando que o espaço geográfico é uma produção da sociedade Harvey* (1982 apud Silva 2008, p.32).

Neste contexto, o objeto de estudo centrar-se-á na atuação do Conselho Municipal de Saúde de Marabá, como instrumento de participação social, observando essas ações materializadas no espaço geográfico, compreendido a partir de relações sociais, que podem ser interpretadas, como modeladoras de formas, que refletem em melhores condições de acesso à saúde. A atuação do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMSM) é compreendida, como parte do processo de produção e reprodução do espaço geográfico, visto que representa a relação sociedade e gestão, para desenvolvimento de estratégias que atendam as necessidades do setor da saúde.

Cabe destacar ainda, que a participação social está atrelada à descentralização brasileira, que ocorreu com a distribuição do poder político administrativo, a qual foca no desenvolvimento de canais de comunicação institucionais, tais como: conselhos de direitos, conselhos de desenvolvimento local e comitês, fomentando a participação social e o exercício da fiscalização e acompanhamento dos processos de formação e implantação de programas e projetos sociais (DURIGUETTO, 2007).

A partir das ideias expostas, as problematizações buscam responder às seguintes questões: A participação social é garantida em leis. Mas de que maneira a sociedade se apropria desses instrumentos de participação social? Quais as possibilidades e os limites da participação social na gestão do Conselho Municipal de Saúde em Marabá? Como se configura no espaço geográfico essa atuação do Conselho Municipal de Saúde?

Nessa perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a atuação do Conselho de Saúde na construção do espaço geográfico no contexto de municipalização dos serviços de saúde, na cidade de Marabá-PA, uma vez que este órgão é o responsável por aproximar as necessidades da população e a gestão do município, estabelecendo uma relação de parceria horizontal, a qual busca atender a falta de equipamentos de saúde e de serviços ofertados. E para atingir tal objetivo

*HARVEY, D. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Hucitec, 1982.

geral, foram seguidos os seguintes objetivos específicos: analisar a participação social no contexto da gestão políticas públicas; e, analisar a configuração no espaço geográfico da atuação do CMSM.

Para realização desta pesquisa, foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica teórica e conceitual dos temas abordados na pesquisa: Geografia e Política Pública, participação social, espaço geográfico, descentralização política e administrativa no Brasil, baseados em diversos autores como: Fernandes (2015), Gohn (2011), Souza (2006) dentre outros; visita ao site de pesquisa do Ministério da Saúde, para obtenção de informações acerca do Conselho de Saúde; levantamento documental em órgãos públicos, como, a Secretaria Municipal de Saúde de Marabá, no setor de atenção básica; na Câmara Municipal, no setor jurídico, para a coleta de informações, acerca das Leis orgânicas municipais, que cria o CMSM, enquanto órgão regulamentado por leis municipais, também foi realizado análise de ATA N°007/17 e a observação de uma reunião realizada em 09 de janeiro de 2018 onde foi aplicado questionários para coleta de dados referente ao Conselho Municipal de Marabá com perguntas fechadas e abertas, com questionamento sobre o perfil do conselheiro e sobre a estrutura de funcionamento do conselho.

O presente trabalho se justifica pela importância do geógrafo em pensar a relação necessária entre sociedade e espaço na produção da vida, no cotidiano das pessoas, (CARLOS, 2011). Neste sentido, pesquisas nessa temática são de fundamental importância, principalmente para possibilitar a potencialização da utilização desse instrumento, tendo em vista a fragilidade desse instrumento em virtude de uma cultura elitista e autoritária. (SCOREL, 2008 apud* FIGUEIREDO; CRISTO, 2015, p. 02).

Para uma melhor compreensão, o trabalho encontra-se estruturado em introdução, dois capítulos e conclusão. O primeiro capítulo apresenta uma breve definição de Geografia na concepção do espaço e política pública, estabelecendo uma ligação entre essas áreas de conhecimento e a importância para construção do espaço geográfico. E também, apresenta a descentralização política e administrativa brasileira, a Constituição da Lei 8.080/90, importância da participação social e a regulamentação dos Conselhos de Saúde, pela Lei 8.142/92.

*SCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

O segundo capítulo aborda a relevância do Conselho de Saúde na construção do espaço geográfico, apresenta o Conselho de Saúde de Marabá, bem como as contribuições deste órgão para a melhoria do atendimento de saúde. Os dados estão apresentados em forma de gráficos e em seguida apresentamos as considerações finais.

1. POLÍTICA PÚBLICA E GEOGRAFIA E A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA NO BRASIL

“O mundo é produto do homem, da sociedade e, portanto o espaço produzido em cada momento será considerado diferenciado” (CARLOS, 2011, p. 58).

Antes de falarmos do tema proposto, que é a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Marabá, nas estratégias de atendimento à população e conseqüentemente na construção do espaço geográfico, faz-se necessário compreender como a política pública e a Geografia estão relacionadas, visto que as políticas públicas são capazes de alterar as geografias nos territórios em que atuam. (FERNADES, 2015).

Neste sentido, este capítulo abordará uma breve definição de Política Pública e de espaço geográfico, estabelecendo uma relação entre essas duas áreas de conhecimento. A descentralização política administrativa no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS), também serão temas abordados, pois representam a forma de organização política, sendo estes os responsáveis pela formulação da Lei 8142/90 e que regulamenta os conselhos municipais de saúde. Esses instrumentos de gestão são resultados de política pública participativa, que buscam uma melhor gestão local, aproximando gestão e sociedade, mediante ao atendimento às necessidades da população.

1.1 Uma breve definição de Política Pública e Geografia

A política pública é objeto de estudo nas mais diversas ciências, como por exemplo: Administração Pública, Sociologia, Direito, Ciência Política, Geografia, dentre outras. De acordo com a especificidade de cada área de conhecimento, são observados diferentes formas de abordagens que propõem compreender o processo de formação de agenda, tomada de decisões, implantação e avaliação das políticas aplicadas. Para a geografia, a preocupação é a dimensão espacial, em virtude das políticas públicas serem processos sociais que ocorrem no espaço e por meio de relações sociais sendo capazes de alterar as geografias dos territórios nos quais incidem. Por este motivo, a análise da dimensão espacial das políticas públicas é

fundamental, pois o espaço geográfico é construído a partir da vida do homem que estabelece relações com o meio e a sociedade. (FERNADES, 2015).

Considerando o espaço construído pelo homem, encontramos em Carlos (2011) o espaço construído pelo trabalho apresentado na cidade, como uma soma de tempo, sendo um produto histórico-social.

Neste sentido, compreendemos que as políticas públicas possuem uma geografia embrincada revelada na análise espacial, tornando possível a discussão sobre a dimensão espacial das políticas e o papel da Geografia e dos geógrafos no campo das políticas públicas (FERNADES, 2015).

De acordo com Souza (2006, p.22), ao dissertar sobre os principais conceitos e modelos de análise de política pública, na literatura clássica e atual, ressaltou, enquanto área de conhecimento e de disciplina acadêmica nasce nos Estados Unidos, estudando de modo direto, as ações dos governos, diferente do que ocorre na Europa, onde surgem como desdobramento dos trabalhos, baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado, analisando o governo, como a Instituição mais importante e formuladora por excelência de políticas públicas. A base de estudos sobre política pública está em democracias estáveis, tornando-se possível as formulações científicas sobre as ações dos governos, também pode ser classificada como uma subdivisão da Ciência Política, tendo cada vez mais interessados de diferentes áreas de conhecimento.

Souza (2006, p. 24-25) considera quatro fundadores da ciência Política, são eles: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton – os autores Lawell e Simon, têm a racionalidade, como a base de seus estudos. Lindblom critica o racionalismo desses anteriores e insere outras variáveis, além da racionalidade, tais como: a relação de poder, o papel das eleições, das burocracias dos partidos políticos e dos grupos de interesse. Easton define política pública, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente, onde a política pública media os grupos de interesses.

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (SOUZA, 2006, p. 20-45).

Em Teixeira (2002, p. 2), política pública é conceituada como princípios norteadores da ação do governo, regras utilizadas na relação entre sociedade, governo e Estado. Em seu estudo, busca delimitar a abrangência do conceito em esferas políticas (Federal, Estadual e Municipal) e de conteúdo temático (política econômica, social/saúde e educação etc), analisando o processo que vai da formulação à avaliação dos resultados, e como os movimentos populares participam. Destacando, no processo de elaboração e implantação, e em especial no resultado, são formas de manifestação de poder que envolve os mais diversos atores, projetos e interesses, nesta mediação de conflitos é que a política pública se torna legítima.

A política pública para Teixeira (2002) é um conjunto de leis, programas e linhas de financiamento, e também devem ser consideradas as ações de omissão, como ação política, uma vez, que representam uma opção do governo. O objetivo da política pública é um dos meios de se solucionar problemas, e busca atender setores marginalizados da sociedade, influenciados por apelo popular e manifestações sociais, objetivando efetivar direitos de cidadania, mas também, está relacionada com as questões econômicas que buscam soluções em diferentes situações.

Teixeira (2002) faz uma distinção entre política pública e governamental, enfatizando que para ser pública deve ter um público alvo e ser submetida a debate público, assim, respondendo aos seguintes questionamentos: quem decide o quê? Quando? Com que consequências e para quem? Assim a participação da sociedade é importante para uma política transparente com os recursos financeiros. Por esse motivo há a necessidade de abrir espaço para o debate público, enfatizando a pouca participação social em políticas de cunho econômico, centralizada nas mãos de burocratas. Em casos que não ocorrem debates públicos, não há política pública, mas sim, políticas governamentais.

Políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as “não ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos.” (TEIXEIRA, 2002, p .2).

A aproximação entre política pública e geografia, ocorre pela forma de conceber o espaço, segundo Santos (2003 apud* SILVA, 2008, p.25), servem para a reprodução social, e apresenta conteúdo político, tornando-se possível imaginar as formas geográficas carregadas de intencionalidades, desvendadas a partir das relações sociais. Neste sentido, destacamos três formas de conceber o espaço: o espaço absoluto, espaço relativo e o relacional.

Nessa perspectiva, o conceito de espaço absoluto, está relacionado à escola tradicional da geografia; já o conceito de espaço relacional está associado à geografia teórica-quantitativa, privilegiando a localização. Quanto a concepção de espaço, ao qual nos preocuparemos neste trabalho, data de 1970 com os geógrafos marxistas, que trabalham o espaço relacional, que o considera como produto e produtor social, têm o filósofo Henri Lefebvre, como o principal fundador dessa concepção de espaço. (SILVA, 2008).

O espaço é objeto de estudo da Geografia, abordado aqui com um caráter político, estabelecendo relação com o Estado, pois também é uma entidade geográfica, por conta de seu caráter ideológico e estratégico (FERNANDES, 2015).

Dessa forma, os resultados encontrados mostram que o olhar geográfico sobre as políticas públicas contribui com a identificação de problemas sociais, a formulação de propostas, a inclusão de agentes sociais ao debate, a articulação entre políticas, a definição das escalas de ação e recortes espaciais e a avaliação dos efeitos produzidos pelas políticas públicas nos territórios (FERNANDES, 2015, p.7).

Destaca-se, o conceito de espaço utilizado é o de o espaço geográfico, socialmente produzido, definido por Sousa (1997), como morada do homem, o qual ele o transforma por meio do trabalho, modelado e construído pela ação do homem, dotado de subjetividade possuindo um significado para cada indivíduo e intersubjetividade caracterizando-se pelo compartilhamento desse significado singular. Com essa definição de espaço, buscou compreender, qual é a relação existente entre política pública e o espaço geográfico.

Ressalta-se, assim, a importância do espaço socialmente produzido e a noção de que a geografia é dada não somente por pontos localizados e extensões delimitadas, mas sim pelas inter-relações decorrentes do processo social. Cabe então questionar de que maneira se manifesta a

* **Economia espacial:** críticas e alternativas. São Paulo: EDUSP, 2003. (Coleção Milton Santos, 3).

geografia das políticas públicas e qual é a relação das políticas públicas com o espaço geográfico, pensado a partir dessa perspectiva social (FERNANDES, 2015, p.45).

De acordo com Massey (2009 apud* FERNANDES 2015, p.43), ao conceber o espaço com a dimensão social, podemos observar três proposições destacadas a seguir: primeira proposição: o espaço vivido, analisado a partir de suas inter-relações, que não ocorre em uma fração do espaço, podendo ocorrer do local para o global. O espaço geográfico não é dado por localização de áreas, mas pela inter-relação de elementos; segunda: proposição é a possibilidade, ou seja, o espaço não se revela de forma homogênea, e sim heterogênea; e, a terceira: o espaço está em constante transformação.

Primeiro, reconhecemos o espaço como produto de inter-relações, como sendo constituído através de interações, desde a imensidão do global até o intimamente pequeno. [...] Segundo, compreendemos o espaço como a esfera da possibilidade da existência da multiplicidade, no sentido da pluralidade contemporânea, como esfera na qual distintas trajetórias coexistem; como a esfera, portanto, da coexistência da heterogeneidade. [...] Terceiro, reconhecemos o espaço como estando sempre em construção. (MASSEY, 2009, p. 29) apud (FERNANDES, 2015, P.46).

Desta forma, reconhecemos o caráter heterogêneo do espaço, e pensamos na sua constante construção, tornando possível o debate da dimensão política na vida das pessoas, considerando o espaço em constante transformação por ação social. Nesse contexto, podemos observar assim, as formas carregadas de intencionalidades, ou seja, é na paisagem que está representado um processo histórico.

Através do entendimento desse conteúdo geográfico do cotidiano poderemos, talvez, contribuir para o necessário entendimento (e, talvez, teorização) dessa relação entre espaço e movimentos sociais, enxergando na materialidade, esse componente imprescindível do espaço geográfico, que é, ao mesmo tempo, uma condição para a ação; uma estrutura de controle, um limite à ação; um convite à ação. Nada fazemos hoje que não seja a partir dos objetos que nos cercam. (SANTOS, 2006, p.145).

É no cotidiano que o espaço geográfico revela-se, com aspectos da vida social, propondo o entendimento desse cotidiano da vida das pessoas é que buscamos compreender a relação entre espaço e movimentos sociais.

* MASSEY, D. Geography on the agenda. **Progress in Human Geography**, 25(1), 2001. 5-17.

Neste sentido, as dimensões sociais, não podem ser desvinculadas das dimensões espaciais (SANTOS, 2006, p.182). Com essa concepção de espaço, que considera a dimensão social e o cotidiano, ou seja, o espaço relacional é que nos propomos a trabalhar, acreditando ser possível discutir políticas públicas e sua dimensão espacial, onde o conhecimento geográfico, também é estratégico, e serve para fazer a guerra, segundo Lacoste. Porém serve, para ir além desse objetivo. Assim, afirma-se o espaço serve para a construção de ideias expansionistas de unificação, colonialismo, da estruturação e formação de identidade nacional, da organização politico-administrativa, da política territorial, do planejamento e gestão do território. (FERNANDES, 2015).

Assim, diante das ideias expostas sobre o espaço na Geografia, pôde-se constatar que é possível discutir políticas públicas e a sua dimensão espacial. Destaca-se ainda, a extrema relevância da ação do governo, analisando o porquê de determinadas atitudes e tomadas de decisões por certas gestões. Essas ações são representadas no espaço geográfico, por meio das relações estabelecidas. Desta maneira, compreendemos a política pública, como leis e diretrizes, e também, como elas estão representadas no espaço socialmente produzido.

Destaca-se, para a construção da ideia proposta, que ainda será abordada a forma de organização política administrativa do Brasil e a distribuição do poder; e o Estado brasileiro, pois é nesta forma de organização que encontramos as justificativas para a distribuição política e administrativa que ocorreu após a constituição de 1988.

1.2 A descentralização política administrativa no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS)

A organização do Estado-nação no Brasil é uma federação, ou seja, é a sua maneira de distribuição espacial de poder político. Desta forma, faz-se necessário discorrer sobre dois conceitos fundamentais: soberania e autonomia. Destaca-se, soberania é resultado do processo de formação do Estado-nação moderno, tem por objetivo uma posição de igualdade entre outros Estados-nação, detentores de poder soberano sobre um território e a população que nele habita. O conceito de

autonomia está relacionado ao poder soberano, que ocorre internamente, entre os entes federados. (RABAT, 2002).

O conceito de soberania é fruto do secular processo de formação do estado-nação moderno. Com ele se visa estabelecer a peculiar posição dessa entidade frente a outros estados, uma posição de igualdade na exata medida em que detêm todo igual poder soberano sobre seu território e população. Já o conceito de autonomia é mais modesto. Através dele se reconhece a entes subnacionais o exercício de poderes próprios no âmbito de sua autonomia, mas se reserva ao poder soberano a prerrogativa de atuar, tanto para o exterior como para o interior, como representante do corpo nacional em sua totalidade. (RABAT, 2002, p.4).

Diante desses conceitos, destacamos que federação é um acordo jurídico. Entretanto, o processo de distribuição de poder para os entes federados, ou seja, autonomia das regiões, que configura a descentralização do poder, é um processo conflituoso, marcado por disputas de poder (RABAT, 2002). Até o início dos anos 1990 existiu uma centralização de poder no governo federal, sendo após 1988 que os estados e municípios passaram a ser de fato politicamente autônomos e assumindo competência de gestão, o que altera profundamente a natureza das relações intergovernamentais. A autoridade política de prefeitos e vereadores não deriva mais do governo central, mas sim do voto popular direto, e o prefeito é uma autoridade soberana em sua circunscrição (ARRETCHE, 1999).

Na questão do poder local, a história do nosso país é marcada pelo poder particular dos potentados, fato esse que dificulta a construção da democracia. Nesse contexto a constituição de 1988 representa valor federativo, que é a repartição do poder e descentralizações de tomadas de decisões (RABAT, 2002). Esse documento representa a redemocratização do país, lembrando que nesse período estamos saindo de uma ditadura*. A constituição de 1988 é um marco, pois define garantias individuais e sociais e tem a descentralização política e administrativa assegurada. Na década de 1990 a descentralização do poder torna-se bandeira universal, com os mais diversos fins, no campo da sociologia é compreendida como mecanismo de incrementar a cidadania através da transferência de

* A **Ditadura Militar no Brasil** foi um regime autoritário que teve início com o golpe militar, em 31 de março de 1964, com a deposição do presidente João Goulart. O regime militar durou 21 anos (1964-1985), e estabeleceu a censura à imprensa, restrição aos direitos políticos e perseguição policial aos opositores do regime.

responsabilidades administrativa sobre os serviços básicos públicos do nível nacional para o governo regional e local (GUINMARAES, 2002).

No âmbito administrativo, a descentralização refere-se à transferência de competências e de funções entre esferas de governo, sendo justificada pela necessidade de maior eficiência na gestão pública, eliminando intermediações, aproximando gestão e sociedade. Na dimensão social, a descentralização é interpretada como participação social na gestão pública caracterizando-se como estratégia para capacitação de grupos sociais para decidirem sobre problemas da gestão pública local por meio da possibilidade da população exercer a fiscalização e o controle sobre a gestão dos serviços públicos (GUIMARAES, 2002).

Nossa Constituição atual sacramentou aquela aspiração doutrinária de autonomia. O município brasileiro é reconhecido como entidade constituinte da federação, cabendo-lhe autonomia não só administrativa como política. Não resta dúvida quanto à intenção descentralizante dessa atitude, que é a projeção do ideal de fortalecimento do poder local, com intuito tanto de potencializar a eficiência administrativa como de estimular a participação democrática das populações no processo decisório político (RABAT, 2002, p.12).

No campo específico da saúde, a descentralização é estudada como municipalização da saúde a partir da constituição de 1988 com a criação do SUS, o Sistema Único de Saúde, e das instâncias colegiadas de decisão do sistema de saúde e os conselhos municipais de saúde (GUINMARAES, 2002). O SUS é resultado de lutas nacionais por democratização, materializada no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que teve início dos anos 1970, ganhando força nos anos 1980, culminando-se na idealização da universalização do direito à saúde (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

A constituição de 1988 elenca a saúde como um direito social no artigo 6º delineado com melhor detalhe nos artigos 196 e 200 dentro do capítulo da seguridade social. Esse instrumento possui as seguintes diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Os princípios do SUS são: organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade, participação social e complementaridade do setor privado. Os objetivos são: dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde. As doutrinas são: a universalidade, equidade e integralidade (FIGUEREDO; CRISTO, 2016). Torna-se assim, possível extrair algumas conclusões acerca desse modelo de política pública. A primeira o desejo de nenhum dos entes federados promoverem ações ou serviços públicos de saúde fora do regime único SUS*. A segunda conclusão refere-se à descentralização definida por um modelo baseado na regionalização e hierarquização, com objetivo de atender à população em diferentes níveis de complexidade técnica e por fim a participação da comunidade (LABRÃO, 2010).

Sendo assim o SUS é resultado de luta por cidadania, onde a participação é compreendida como uma prática do cotidiano, discutida nos movimentos sociais e nas políticas estatais, mas com distintos significados. À participação é atribuído, o sentido de luta por melhores condições de vida, estão relacionadas com a prática, ações concretas de lutas. No Brasil muito se falou sobre esse tema nas últimas décadas, inúmeras foram às lutas para a conquista de espaços democráticos, onde fosse possível exercer a cidadania (GOHN, 2011).

Desta forma, a descentralização política administrativa frequentemente está associada à democratização da gestão de políticas sociais, desenvolvendo canais de comunicação, como conselhos e comitês entre outros (ARRETCHE, 1999).

Nesse contexto, a estrutura organizacional do sistema de proteção social, com exceção da previdência, passa nos anos noventa por um processo de descentralização, nas áreas da educação fundamental, assistência social,

* Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor.

saneamento, habitação e saúde, em que paulatinamente são transferidas responsabilidades de gestão para os níveis estadual e municipal, mas a desigualdade regional e econômica proporcionou diferentes formas de autonomia local. Neste cenário o Sistema Único de Saúde é um programa federal que objetiva a descentralização e hierarquização de prestação de serviços de saúde (ARRETCHE,1999).

Desta forma, o SUS pode ser compreendido como reposta de lutas de movimentos sociais por democratização no país, o que justifica o nosso interesse por esse instrumento, que torna possível o exercício da cidadania, representa um marco na nossa história, pois é uma política de Estado, materializada na constituição, quando atribui à saúde o caráter de direito de todos e um dever do Estado (TEIXEIRA, 2002).

Enquanto instrumento jurídico está no texto da constituição, no setor da saúde. Como política de Estado, abrange todo o território nacional, com os princípios de igualdade e integralidade da atenção à saúde. Tem como diretriz a descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social, incorporada na legislação orgânica da saúde (Lei nº 8080/90 e Lei 8142/90) aprovada pelo congresso nacional. Esses instrumentos jurídicos são as Leis Orgânicas de Saúde, que tratam da organização e funcionamento do SUS (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Neste sentido, a Lei 8080/90 dispõe sobre a promoção, proteção e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando e orientando por meio dos seus artigos o que deve ser assegurado em ações e serviços pelo SUS em todo território nacional. Já a Lei 8142/90 dispõe sobre a participação social na gestão e sobre os recursos financeiros, constituído o arcabouço legal para o funcionamento do sistema SUS no território nacional (GIL; LUIZ; GIL, 2016). Neste sentido o tópico seguinte analisa a Lei 8142/90.

1.3 A regulamentação dos conselhos de saúde Lei 8142/90

A Lei nº8142/90 regulamenta os conselhos de saúde e a conferência de saúde, nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) atribuindo a esses instrumentos a participação no SUS. Os conselhos de saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo, formados por representantes do governo, prestadores de

serviços, profissionais da saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e,

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

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

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

Esses dois instrumentos e a conferência de saúde, em especial os conselhos de saúde, são de fundamental importância para a implantação de um sistema de saúde efetivamente descentralizado, conferindo poderes às comunidades regionais e locais, para interferir de maneira ativa no processo de formulação e execução de políticas públicas de saúde (LABRÃO, 2010).

Como instrumento de participação social, os conselhos de saúde decidem sobre os aspectos operacionais, financeiro e administrativo em planos de saúde assim descritos no artigo nº 14 da Lei 8080/90:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde.

No âmbito federal a Lei nº 8142/90 junto com a Lei nº 8080/90 representam o papel de normatização dos SUS, tornando o Ministério da Saúde o órgão responsável pela negociação entre os entes federados quanto ao processo de normatização e regulamentação dos critérios e etapas a serem cumpridos por estados e municípios. Na busca deste objetivo foram publicados as Normas Operacionais Básicas (NOB) (LABRÃO, 2010). As NOBs 91, 92, 93 e 96 são

portarias emitidas com o objetivo de regular e colocar em prática o SUS com o princípio da regionalização:

Ainda no caso do Brasil, Artmann e Rivera (2005) apontam Mendes como um autor que define adequadamente os princípios da regionalização, a saber: intersetorialidade, orientação por problemas, descentralização, planejamento e programação local, hierarquização, intercomplementaridade e integralidade (PESSOTO, 2010).

Neste sentido, o SUS deveria ser descentralizado e hierarquizado, cabendo aos municípios à responsabilidade de prestação de serviços à população e a União e aos estados, cooperação técnica e financeira, porém o modelo de distribuição de funções entre governos encarrega à gestão federal de funções de financiamento e formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais através do Ministério da Saúde, cabendo a esse órgão as decisões mais importantes da política nacional de saúde (ARRETCHE, 2007, p.178-179 apud ARRETCHE 2000, 2002).

Diante da apresentação dos instrumentos de participação social em elaboração de política pública na área de saúde discutiremos no próximo capítulo a importância da participação social na construção do espaço geográfico, a partir de relações sociais.

2 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO GEOGRÁFICO

Considerando o espaço geográfico como uma produção da sociedade sendo essa dotada de contradições, é que abordaremos a organização espacial no Brasil, para a distribuição de competências administrativa no contexto da descentralização política, com a formalização dos municípios como entes federados detentores de direitos e deveres administrativos por meio da constituição federal de 1988.

2.1 Discussões sobre a participação popular na tomada de decisões no município

Estamos organizados em uma federação, justificada pela extensão territorial, tornando o tema da participação social na política, bem antigo, desde o tempo de lutas da colônia e contra a escravidão (RABAT, 2002). Porém torna-se conceito popular no período de redemocratização do país, onde os movimentos sociais clamavam por participação política. No período de formação da constituição de 1988, tornou-se base para todo plano e projeto político, como sinônimo de descentralização política administrativa (GOHN, 2011).

Assim sendo a constituição federal viabilizou a descentralização política administrativa, tornando os Municípios entes federados detentores de igualdade de direitos e deveres em relação aos Estados e à União, tendo por objetivo a eficiência na gestão pública e a criação de canais institucionais de participação popular, podendo ser observada de duas maneiras: como políticas que estão comprometidas com os historicamente excluídos ou com a defesa do Estado mínimo e do papel empresarial dos governos locais (DUGUETTO, 2007).

Na década de 1990, estudos desenvolvidos internacionalmente afirmaram a quase impossibilidade de criar canais participativos nos países latinos, devido aos pactos e acordos informais elitistas e pela fraqueza da sociedade civil (GRINDLE; THOMAS, 1991; MIDGLEY, 1986; UGALDE, 1985 *apud* CÔRTEZ, 2007, p.125). Entretanto, temos estudos desenvolvidos por vários autores (BULHÕES, 2002; CARVALHO, 1998; CORTÊS, 1995; DAGNINO, 2002 *apud* CÔRTEZ, 2007, p.125) que chamam atenção para criação de instrumentos de participação social nos

variados níveis da administração pública no Brasil, destacando os conselhos na área da saúde entre outros (CÔRTEZ,2007).

É neste cenário de protagonismo dos municípios, no desempenho de funções políticas e administrativas que está o florescimento da participação cidadã (PINTAUDI, 2004). O termo participação cidadã surge em substituição dos termos participação popular e comunitária, concebendo a participação como intervenção social, ao longo do processo de formação e implantação de política pública (GOHN, 2011).

Desta forma, o que deve ser observado com descentralização política administrativa, é o debate da participação dos sujeitos sociais e a ampliação das possibilidades de democratização das ações do Estado e da gestão local (DURRIGUETTO, 2007).

Com o protagonismo da gestão local, a participação social é um importante instrumento de democracia. Entretanto, é necessário destacar que o Estado e a sociedade têm objetivos contrários, o que justifica a participação social (GOHN, 2011). A participação traduz-se com a partilha de informações entre técnicos, políticos e cidadão, modificando consideravelmente a formação de política pública, conferindo-lhe maior grau de proximidade com os anseios da sociedade (PINTAUDI, 2004).

O que torna possível a discussão sobre o desenvolvimento de canais de comunicação entre gestão e o cidadão que resulta na formulação dos conselhos gestores, que embora tenha base teórica no liberalismo alimentaram os projetos de redemocratização da esquerda (GOHN, 2011).

Neste cenário os conselhos são instrumentos de participação cidadã, constituído pela sociedade civil e representante do governo. Esses instrumentos abrigam diversos segmentos da sociedade como: meio ambiente orçamento municipal, criança e adolescente, o transporte e a saúde (PINTAUDI, 2004).

Não cabe dúvida que a existência de conselhos amplia consideravelmente a participação cidadã, embora, como já destacamos nem todas as pessoas deles façam parte e se lance mão da representação de segmentos da população residente (por porções do espaço e/ ou por temáticas) (PINTAUDI, 2004, p.173).

No Brasil podemos destacar três tipos de conselhos, os criados pelo poder público, para mediar suas relações com os movimentos sociais, os populares

construídos pelos movimentos para relacionar-se com o poder público e os institucionalizados criados por leis após pressões e demandas da sociedade civil.

Neste sentido, os conselhos criados por Lei Orgânica do Município representam uma nova forma de governar, que a partir da década de 1990 torna-se realidade nos municípios brasileiros. Afirmando a descentralização político-administrativa, esse órgão tem por função participar do planejamento municipal (GOHN, 2011). Essa nova forma de relação entre gestão e sociedade, com a utilização de espaço público de participação, justifica o interesse por pesquisa-lo e pelo papel que esse órgão desempenha no processo de formação de políticas públicas (CÔRTEZ, 2007).

Os conselhos gestores são instrumentos de representação e participação, são dotados de potencial de transformação política. Neste sentido, são nos municípios que o desafio da participação cidadã lança as suas bases, uma vez que, muitos conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, mais um instrumento nas mãos de prefeitos e das elites, atendendo minimamente os objetivos de fiscalização, controle e de negócios públicos (GOHN, 2011).

Portanto, os conselhos gestores são analisados como novidade, com suas metas, problemas, obstáculos e desafios na gestão de políticas sociais. Institucionalizado pela constituição, tem o papel mediador na relação sociedade/Estado, na qualidade de instrumento de representação e participação da sociedade (GOHN, 2011). Para a implantação dos conselhos são necessárias leis federais, estaduais e municipais. A legislação em vigor no Brasil desde 1996 preconiza que os municípios devem criar conselhos gestores para o repasse de verbas. Nas leis federais, os conselhos gestores institucionalizados são os de educação, assistência social, saúde, habitação, criança, adolescente e emprego, destacando que essas leis preconizam o caráter deliberativo e descentralizado, embora tenham vários estudos apontando para o caráter apenas consultivo sem poder de decisão ou deliberação (GOHN, 2011).

O debate acerca do formato dos conselhos deve-se às lacunas existentes quanto à criação de mecanismos que garantam o cumprimento de seus planejamentos, instrumentos de responsabilização dos conselheiros, estabelecimento claro dos limites e das possibilidades decisórias das ações dos conselhos (GOHN, 2011).

Em âmbito local os conselhos são agrupados na gestão urbana em quatro categorias: os que se relacionam com questões de moradia, meio ambiente, as chamadas questões urbanas; os que focalizam em grupos etários, idosos, crianças; os que se preocupam com a cultura que representa a força motriz da comunidade que estimula a energia do cidadão; e os que decorrem em prestação de serviços, como transporte, educação e saúde.

Neste sentido, os conselhos de saúde são órgãos fundamentais para construção da cidadania. É um importante instrumento social, que surge após inúmeras tentativas de municipalização e descentralização política administrativa da saúde, apresenta caráter deliberativo e tem por finalidade consolidar as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a participação social. O conselho de saúde atua na construção, execução e fiscalização das políticas de saúde e a Resolução nº 453 de 2012 define as orientações importantes para que o conselheiro de saúde conheça as suas atribuições.

Em suas definições considera que os Conselhos de Saúde, consagram e efetivam a participação da sociedade civil organizada, que atua na formação e proposição de estratégia e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seu aspecto econômico e financeiro. Neste documento encontram-se detalhadas as funções dos conselheiros, da organização dos conselhos, da estrutura e funcionamento (Resolução nº 453 de 2012).

Entretanto, esses órgãos apresentam na prática caráter meramente institucional, e não garantem a participação da sociedade, pelo fato de serem pouco conhecidos pela sociedade e suas propostas e iniciativas não serem divulgadas para a comunidade (MOIMAZ, 2013). É neste contexto que abordaremos o Conselho Municipal de Saúde de Marabá no tópico seguinte.

2.2 A apresentação do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMSM)

O conselho de saúde de Marabá nasce no contexto da descentralização política e administrativa no Brasil pela Lei municipal Nº 13.104 de 05 de Julho de 1993, alterada pelas Leis nº13.914 de março de 1996, 15.970 de julho de 1999 e 16.489 de agosto de 2000 em conformidade na constituição Estadual do Pará e nas Leis nº 8080/90 e nº8142/90.

Art. 1º- fica instituído o Conselho Municipal de Saúde CMS - MARABÁ em caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde, SUS, no âmbito Municipal, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo (Lei Nº 13104 DE JULHO DE 1993).

Embora a lei de criação date da década de noventa, o cadastro junto ao conselho nacional de saúde ocorreu apenas em 22 de março de 2007, com última atualização em 11 de Junho de 2008 e o regimento só foi aprovado em 17 de Julho de 2014. Durante esse período o conselho deixou de atuar por oito anos, entre 2007 a 2015, retomando os trabalhos em maio de 2015 (FIGUEREDO; CRISTO, 2016). A atual situação do CMSM é a necessidade da realização da Conferência de Municipal de Saúde para uma nova eleição de conselheiros, pois a última eleição ocorreu em 2015, mas a gestão alega a necessidade de protelar o mandato dos conselheiros, adiando as eleições para o mês de abril do corrente ano (PARÁ, 2018).

Atendendo ao inciso § 5º I, artigo 1º, da Lei nº 81.142/90, o regimento interno do CMSM é aprovado em plenário em 17 de Junho do ano de 2014 e estabelece no capítulo II, no artigo 2º os seguintes objetivos: acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde no Município de Marabá. Neste sentido, possui as diretrizes básicas de atuação aprovadas pelas conferências de saúde que podem ser descritas resumidamente como: garantir à universalidade e acesso igualitário a um ambiente sadio e aos serviços de saúde a toda população do município (RESOLUÇÃO nº015/14).

Como já foi explicado ao longo do trabalho, os Conselhos de Saúde são instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, que possui em suas atribuições propiciar a participação social. No entanto, as dificuldades para a participação social são demonstradas nos estudos desenvolvidos por Figueiredo e Cristo (2016) que atribuem à fragilidade desses órgãos a falta de publicidade.

No CMSM, pode ser observado que não foge a essa realidade, de fragilidade desse instrumento de participação social. Esse fato pode ser atribuído segundo Escorel (2008 apud* FIGUEREDO; CRISTO, 2016) aos valores elitistas e autoritários, que é a base das relações sociais estabelecidas no Brasil, observado na forma de atuação do conselho, que a princípio valoriza a assertiva de estudos internacionais da dificuldade de estabelecimento de canais de participação social em

* ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

virtude da fragilidade das instituições e da sociedade civil (FIGUEREDO; CRISTO, 2016). Em estudo desenvolvido no período de agosto de 2015 a junho de 2016, Figueiredo e Cristo (2016, p. 3) identifica que os conselhos de políticas públicas têm dificuldades de reconhecimento e legitimidade das instâncias participativas.

Observa-se, na análise atualizada dos estudos sobre Conselhos de Políticas Públicas, que a medida do reconhecimento e legitimidade das instâncias participativas pelas instituições ainda não é uma realidade concreta de muitos deles (FIGUEREDO; CRISTO, 2016).

Segundo Labra (2005 apud* FIGUEREDO; CRISTO, 2016) sistematiza da seguinte maneira:

Assimetria entre os membros dos Conselhos de Saúde; burocratização dos mesmos, pois na grande maioria dos municípios não há o exercício de seu caráter deliberativo; que o funcionamento dos Conselhos depende da postura das autoridades; que as condições operacionais e de infraestrutura são extremamente precárias; falta de publicidade ou de publicização dos Conselhos (LABRA 2005 apud FIGUEREDO; CRISTO, 2016, p.3).

Neste sentido pode ser observado que a postura das autoridades municipais interfere no funcionamento dos conselhos gestores que é definido por Pintaudi (2004) como “vontade política” (aspas do autor), destacando que o governo local deve perceber a participação social como perspectiva política, traduzindo na prática de ações de divulgação da informação.

Desta forma, o que pode ser observado no estudo desenvolvido por Figueiredo e Cristo (2016, p. 3-8) é que no início do ano de 2016 não ocorreu reuniões em virtude do conselho não possuir espaço adequado, concluindo que o CMSM tem muito que avançar quanto à fiscalização e o controle social, atribuindo os fatores limitantes a cultura paternalista e autoritária.

Diante do exposto, entende-se que o Conselho Municipal de Saúde de Marabá precisa avançar no sentido de fazer valer o controle social. O município ainda mantém um tipo de política autoritária, paternalista e ainda pouco democrática, mas isso é exercício de estar se avaliando e identificando os pontos fortes e fracos no exercício do controle social. Os conflitos vão existir, mas o objetivo é sempre ir na direção do consenso que leve em conta as necessidades de saúde da população e suas prioridades (FIGUEREDO; CRISTO, 2016, p 4.).

* LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas avanços e desafios. In: LIMA, N.T. et al. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

No período entre outubro de 2017 a janeiro de 2018 em que ocorreu a pesquisa no CMSM, foi possível assistir uma reunião, realizada em 09 de janeiro de 2018 em sua sede localizada na Rua Fortunato Simplício Costa nº 1441, onde o Ofício Circular Nº 007/2018 pode ser visualizado no anexo 1. Nesta oportunidade foi aplicado o questionário para os conselheiros.

O CMSM é composto por 20 conselheiros efetivos além dos suplentes, o número de conselheiros é definido em regimento interno e são distribuídos da seguinte maneira: 25% do seguimento gestor, 25% do seguimento dos trabalhadores, 50% do seguimento de usuários do SUS Marabá. De acordo com o que estabelece a Resolução nº453 de 2012, o mandato do conselheiro deve ter a duração de 2 anos, podendo ser prorrogado deste que não seja correspondente as eleições do município.

Neste sentido o mandato dos conselheiros foi prorrogado mediante decreto do atual prefeito Sebastião Miranda Filho, publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado do Pará em 19 de janeiro de 2018, com alegação de existirem inúmeras irregularidades encontradas na administração do município no início de sua gestão, o que torna inviável a realização da Conferência Municipal de Saúde.

Art. 1º. Fica prorrogado o mandato atual do Conselho Municipal de Saúde, eleito no ano de 2015, até abril de 2018, ou até que se realizasse a Conferência Municipal de Saúde de 2018, na qual se realizará a eleição do novo Conselho, o que ocorrer primeiro. **Art. 2º.** A Secretaria Municipal de Saúde deve adotar as providências necessárias para realizar a Conferência Municipal de Saúde de 2018 em 120 dias contados da data da publicação deste Decreto. **Art. 3º.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, com efeitos retroativos à 08 de setembro de 2017.

Desta forma os dados obtidos correspondem a 6 conselheiros entrevistados de um total de 20 conselheiros, o que equivale a uma amostra de 30% dos conselheiros. Durante a reunião foi possível aplicar 15 questionários entre os conselheiros presentes, porém obtivemos retorno de apenas 6. O que podemos atribuir esse número reduzido de devolução dos questionários é a situação do CMSM que até o dia em que a reunião foi realizada não possuía uma resposta oficial da gestão quanto a seus mandatos. A insegurança dos conselheiros é mencionada em reunião realizada em 13 do mês de julho de 2017 a ATA pode ser visualizada no anexo 2, uma vez que o mandato venceria em setembro do corrente ano, nesta mesma reunião é aprovada a devolução de recurso federal para funcionamento da

(UPA) Unidade de Pronto Atendimento, o que pode ser observado na Resolução N°:018/2017 em Anexo 4.

O questionário pode ser visualizado no anexo 3 deste trabalho, o qual contém questionamentos referentes à idade, sexo, escolaridade, qual o segmento que representa no CMSM, tempo de atuação CMSM, quais as ações e funções na prática do conselheiro e quanto ao controle social.

Do total de questionários aplicados obtivemos um percentual de 30% de entrevistados (Gráfico 01), os questionários foram aplicados a todos os conselheiros presentes na reunião que corresponde um total de 15 conselheiros, mas obtivemos resposta de 6 apenas, o que dá base para a construção dos gráficos.

Gráfico 01: Número de conselheiros entrevistados, 2018.

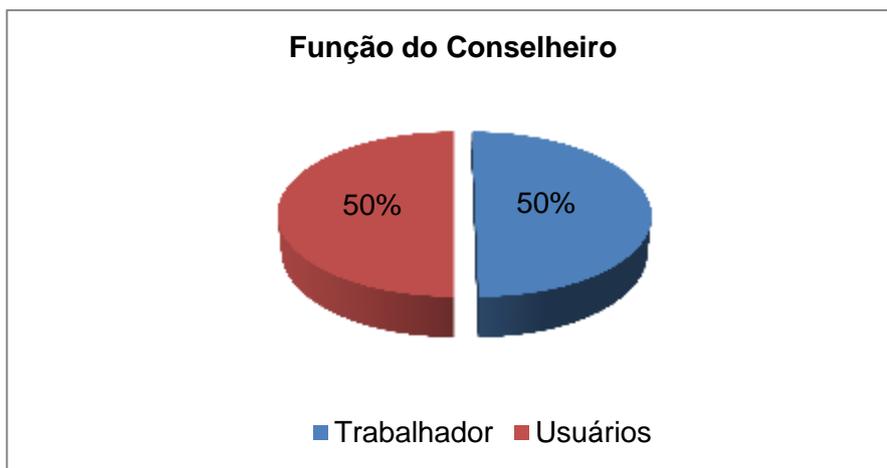


Autora: SANTOS, R. C. (2017)

Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018.

Do total de respostas obtivemos a seguinte amostra representada, com 50% dos participantes da reunião pertencem ao seguimento dos trabalhadores, e 50% do seguimento dos usuários (Gráfico 02).

Gráfico 02: Segmento dos conselheiros entrevistados, 2018.



Autora: SANTOS, R. C. (2017)

Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018.

Quanto ao nível de escolaridade (Gráfico 03), 90% possuem nível superior e 10% possuem o ensino médio completo, podemos assim enfatizar que os conselheiros eleitos possuem competência técnica para despenho das funções desenvolvida, tornando os conselheiros responsáveis por suas deliberações.

Gráfico 03: Nível de escolaridade dos conselheiros entrevistados, 2018.



Autora: SANTOS, R. C. (2017)

Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018.

O tempo de atuação do conselheiro deve ser definido em regimento interno, porém é recomendado duração de dois anos de mandato, podendo haver reeleição (Resolução 453/2012). Dos conselheiros do CMSM, apenas 10% informou o período de atuação e 90% não informaram, como pode ser observado no (Gráfico 04).

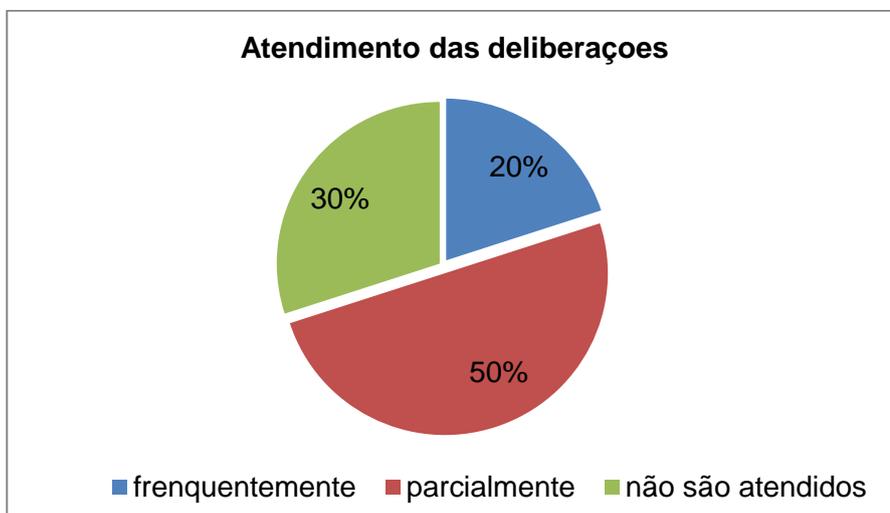
Gráfico 04: Tempo de atuação dos conselheiros entrevistados, 2018.



Autora: SANTOS, R. C. (2017)
Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018.

A maioria dos conselheiros considera que as deliberações são parcialmente atendidas (Gráfico 05). O que demonstra que as deliberações podem não ser atendidas de acordo com que os conselheiros deliberam.

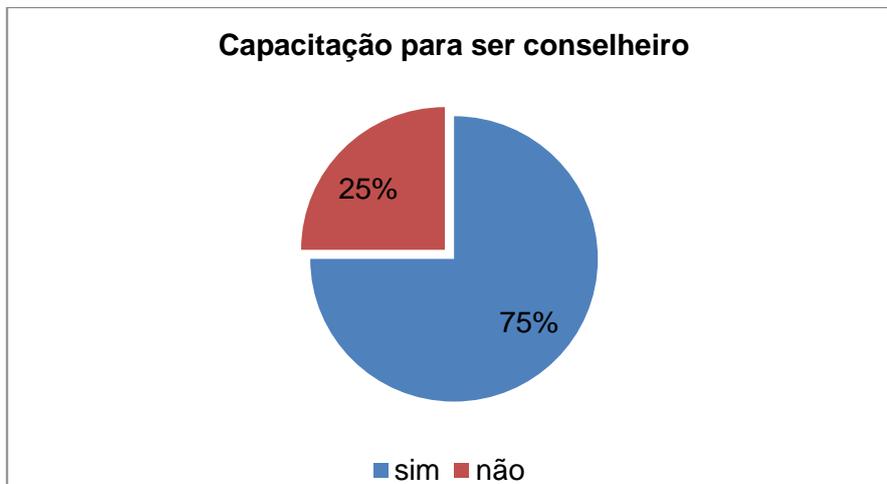
Gráfico 05: Atendimento das deliberações liberações do CMSM, 2018.



Autora: SANTOS, R. C. (2017)
Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018.

Quanto à capacitação dos conselheiros para desempenho de suas funções, um percentual de 75% afirma passar por capacitação, como pode ser observado na (Gráfico 06). Essa capacitação permanente dos conselheiros é prevista na Resolução 453/12 que é um instrumento de regulamentação federal dos conselhos municipais de saúde.

Gráfico 06: Capacitação dos conselheiros CMSM, 2018.

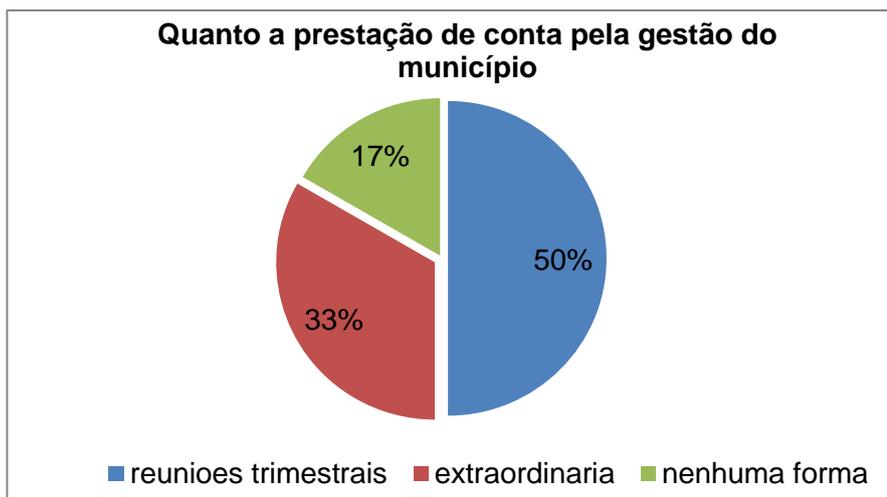


Autora: SANTOS, R. C. (2017)

Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018.

A prestação de conta para o CMSM deve ser feita pela gestão do município, para que seja estabelecida uma relação de compartilhamento de responsabilidade e confiança. O que observamos com os dados coletados é que 17% dos conselheiros desconhecem que a prestação de conta do município deve ocorrer trimestralmente como estabelecida na Resolução 453/2012 e em regimento interno (Gráfico 07).

Gráfico 07: prestação de contas da gestão ao CMSM, 2018.



Autora: SANTOS, R. C. (2017)

Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018

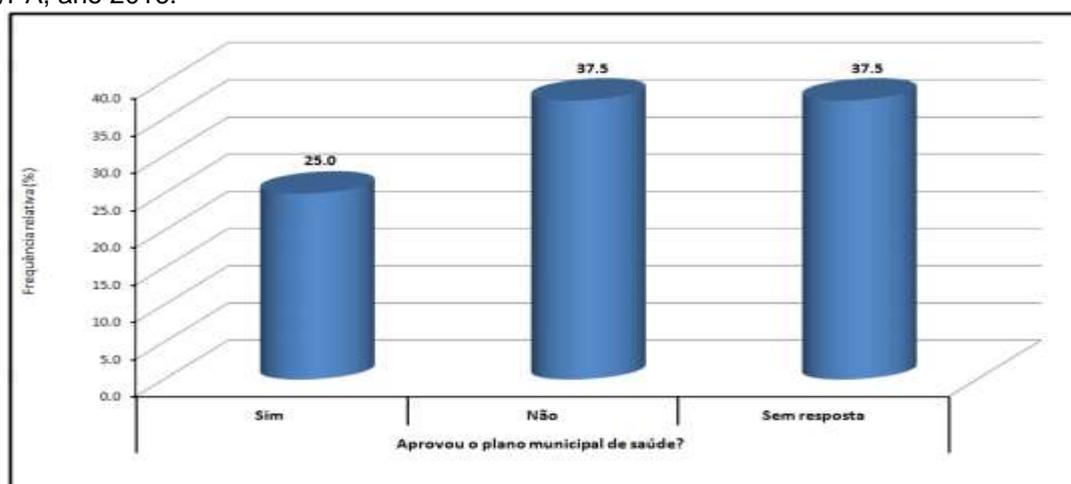
Desta maneira os dados coletados nos permite relacionar o espaço geográfico que considera as relações humanas e o cotidiano presente nessa produção e

reprodução do espaço com o CMSM como modelador de formas geográficas, uma vez que é um órgão de participação social, tendo por objetivo aproximar as demandas sociais e a gestão. O CMSM tem como uma de suas funções participarem da elaboração e aprovação do Plano Municipal de Saúde (PMS) e do quadro de Metas Anual, onde os conselheiros como membros do conselho participam desse processo por meio de votação. O PMS são estratégias norteadoras do governo para os quatro anos de mandato, devendo ser estabelecido no primeiro ano da administração eleita (MARIANO; ALMEIDA; TOALDO, 2014). Essas funções são definidas em regimento interno. Entretanto Figueiredo e Cristo (2016, p. 3-8) consideram que o CMSM tem dificuldades de execução de suas funções.

De acordo com a pesquisa e análises desenvolvidas, os conselheiros têm consciência da importância do Conselho de Saúde para o município e de realizações que ainda não se efetivaram por falta principalmente de infraestrutura que possibilite sua atuação mais adequada e que possa responder as demandas da população usuária do SUS (FIGUEREDO; CRISTO, 2016).

O que podemos observar é que o CMSM deve participar da elaboração e aprovação do PMS, sendo nesta ação responsável por produção e reprodução espacial a partir das relações estabelecidas. Identificado por Figueiredo e Cristo (2016, p. 3-8) que 37,5% não participaram da elaboração e aprovação do PMS de Marabá, como demonstrado na figura 01.

Figura 01: Aprovação do Plano Municipal de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde de Marabá/PA, ano 2016.

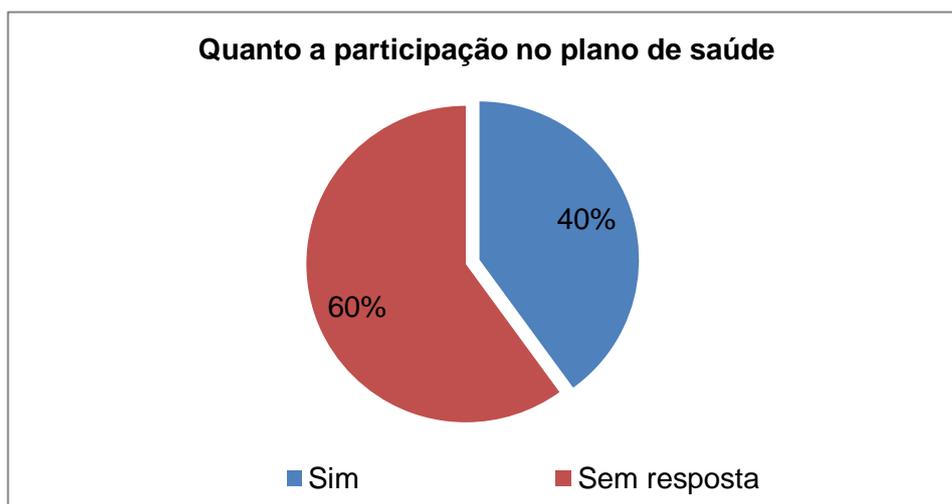


Fonte: (FIGUEREDO; CRISTO, 2016).

Na pesquisa desenvolvida os dados coletados reforçam essa assertiva, pois 29% dos conselheiro responderam, afirmando a participação no PMS, em contra

partida 71% não responderam quanto a esse questionamento, o que podemos concluir é que os conselheiros que não responderam a esse questionamento desconhecem essa função do conselho ou não participam.

Gráfico 08: participação no PMS, 2018.



Autora: SANTOS, R. C. (2017)

Fonte: Pesquisa de Campo, jan.2018.

Desta maneira, é nessas ações do CMSM que observamos este órgão como modelador de formas geográficas, no momento em que participa ou deixa de participar do PMS, essa ação influencia diretamente a vida da população que habita o município.

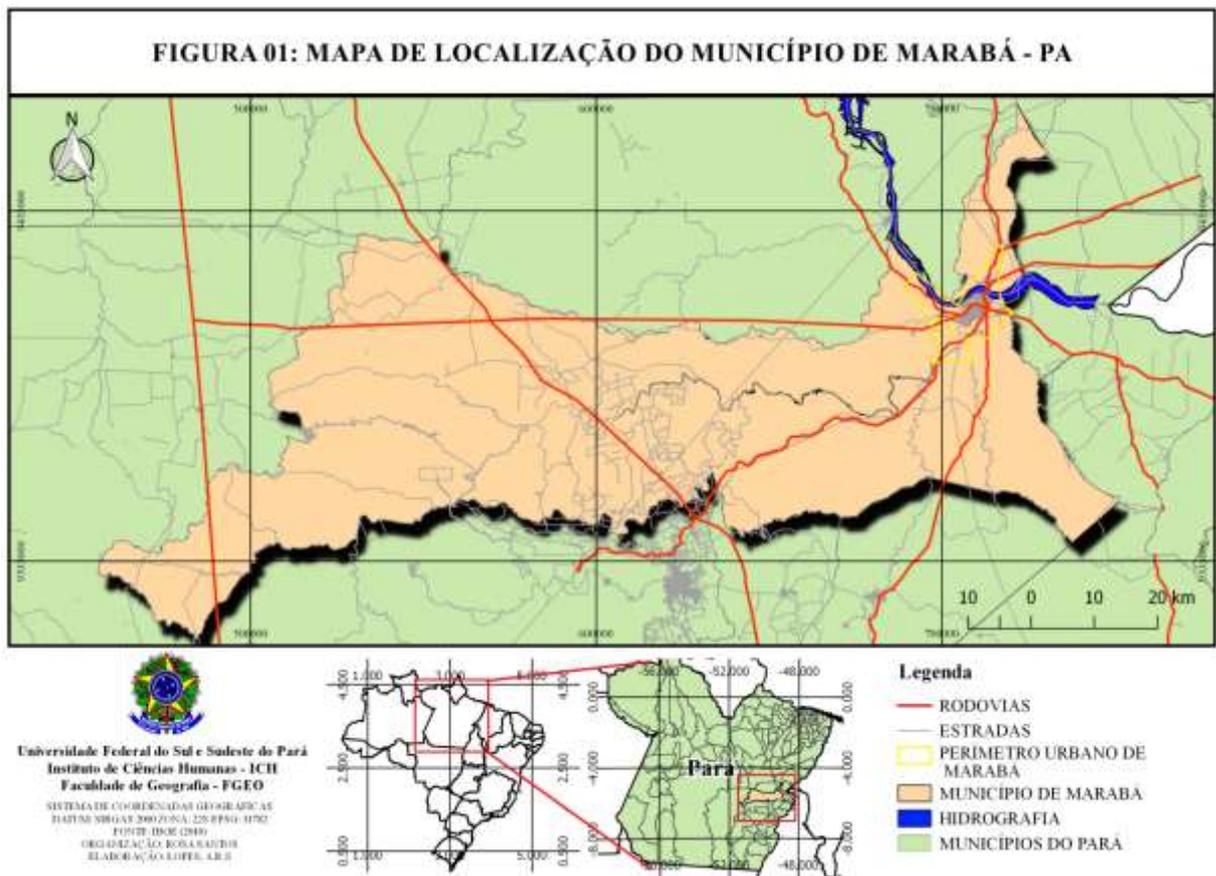
2.3 O Conselho Municipal de Marabá (CMSM): modelador de formas geográficas

As mudanças imposta pela sociedade a partir dos anos de 1970 fortalece a categoria espaço e território, onde a lógica espacial deixa transparecer os interesses e as condições de produção e reprodução dos diferentes grupos socioeconômicos (SILVA, 2008).

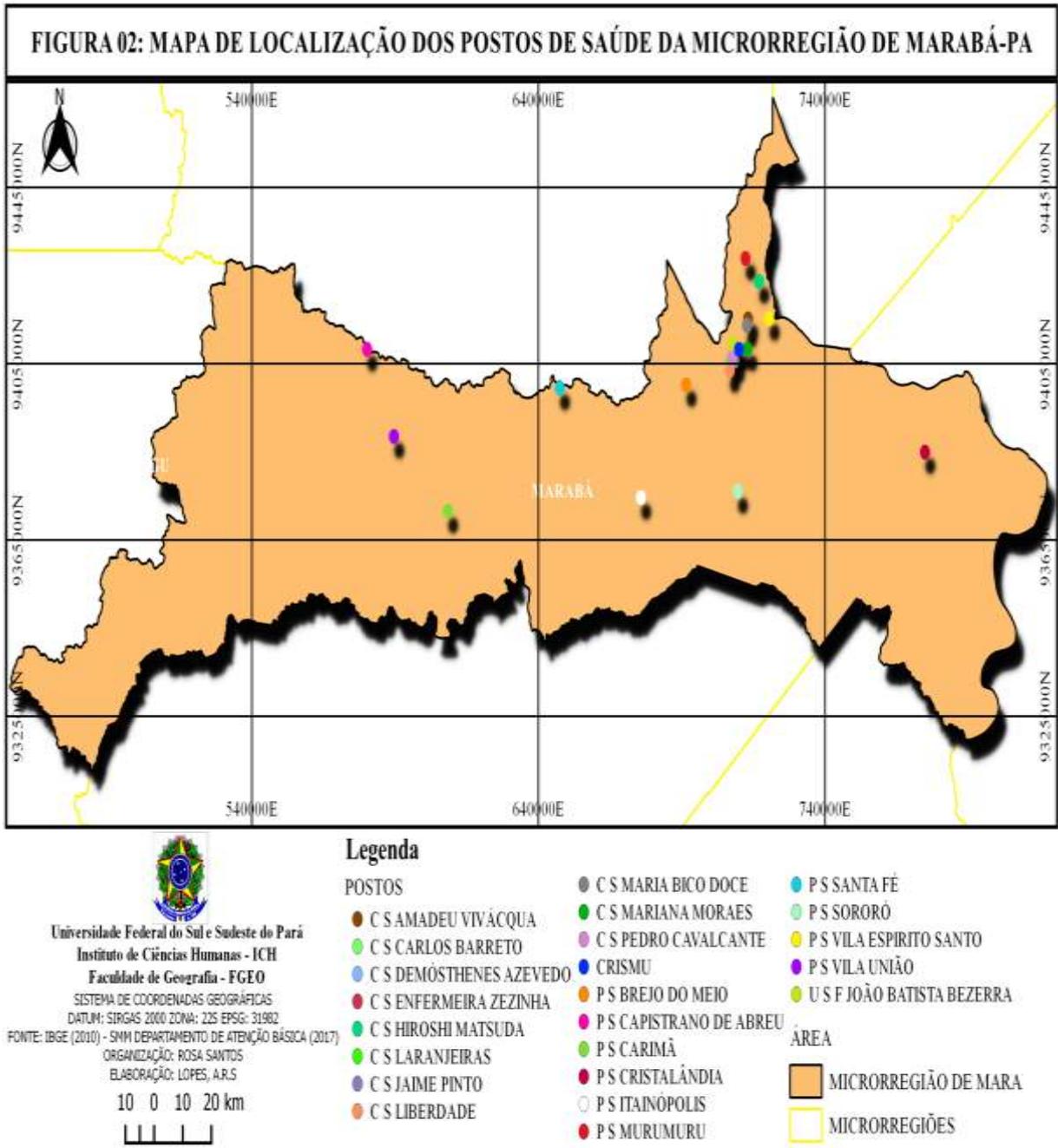
Neste sentido, o espaço geográfico é analisado a partir da dimensão espacial das políticas públicas, dotado de relações sociais (FERNANDES, 2015). O CMSM é um instrumento político modelador de formas espaciais, onde atua em uma escala local, compreendida como o território municipal de Marabá.

O Município de Marabá está localizado na mesorregião do Sudeste Paraense, no estado do Pará, com uma população de 233,669 segundo o último censo do IBGE realizado em 2010 e com uma estimativa de 271.594 em 2017. O CMSM enquanto órgão gestor interfere diretamente no espaço geográfico socialmente construído, uma vez que é responsável pela aprovação e participação na elaboração do PMS. Esta ação está relacionada com os serviços oferecidos, e a distribuição espacial das unidades de saúde, possibilitando melhores condições de acesso a esses equipamentos. A localização (Mapa 01) do município é de fundamental importância para compreender a influência da centralidade do município na microrregião de Marabá que é composta pelos municípios de Marabá, São Domingos do Araguaia, São João do Araguaia, Palestina do Pará e Brejo Grande do Araguaia. As UBS atendem as áreas urbana e rural, o município conta com um total de 22 unidades especializado (Mapa 02).

Mapa 01 – Localização do Município de Marabá – PA.



Fonte: Pesquisa, 2018



Fonte: Pesquisa, 2018

A cidade de Marabá é composta por cinco núcleos urbanos e zona rural, as UBS estão especializadas da seguinte maneira.

Quadro 1 – Relação de Unidades de saúde de Marabá (julho de 2017)

Núcleo Cidade Nova	Unidade Pedro Cavalcante Unidade Liberdade Unidade Jaime Pinto
Núcleo Nova Marabá	Unidade Enfermeira Zezinha Unidade Hiroshi Matsuda Unidade Mariana Moraes
Núcleo São Felix	Unidade Amadeu Vivácquia Unidade Maria Bico Doce
Núcleo Morada Nova	Unidade Carlos Barreto
Núcleo Pioneiro	Unidade Demóthenes Azevedo Unidade João Batista Bezerra
Zona Rural	Unidade Capistrano de Abreu Unidade Murumuru Unidade Sororo Unidade Santa Fé Unidade Brejo do Meio Unidade União Unidade Espírito Santo Unidade Itainopolis Unidade Carimã Unidade Crislandia

Fonte: SMS (2017)

Organização: Santos, R. C. (2018)

Segundo o Programa de Aceleração de Crescimento (PAC), os municípios com população em torno de 200mil habitantes devem disponibilizar o serviço da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). As UPAs devem funcionar 24 horas durante sete

dias da semana, com objetivo de atender urgências e emergências, como pressão alta, cortes e infartos, diminuindo as filas nos hospitais e prontos socorros. As UPAs fazem parte da política nacional de urgência e emergências, lançado em 2003 pelo Ministério da Saúde.

Funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana e poder resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Com isso, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas (<<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>> visitado em 10 de fev.2018).

O plenário do CMSM no uso de suas atribuições, em sua Reunião Ordinária, realizada em 13 de junho de 2017, aprovou a devolução de 1.950.000,00 (um milhão, novecentos e cinquenta mil reais) de Recursos Federal, mediante a apresentação de argumento de que segundo os estudos do Ministério da Saúde apontam que apenas 250 UPAs estão funcionando em todo o país, 440 estão fechadas e quase 80 nem saíram do papel, e que em todo o país existe 136 UPAs prontas mas fechadas, que é caso de Marabá.

Mediante a apresentação desse argumento das situações das UPAs no país, acrescenta que a grande maioria dos gestores afirmam não ter dinheiro para manter a estrutura e nem a garantia de receber o custeio dos governos federal e estadual, afirmando não ter como custear esse equipamento público.

Diante desses argumentos o CMSM aprova por unanimidade a devolução do recurso federal e o uso do prédio da UPA para outros programas de assistência à saúde com as seguintes condicionantes:

- Funcionamento de 01(uma) unidade Básica nos 03 (três) núcleos: Morada Nova, Nova Marabá e Cidade Nova, de segunda- feira a sexta-feira, das 19 às 00 hora, com o prazo de início de 60(sessenta) dias.
- Transporte sanitário para pacientes em tratamento de hemodiálise;
- Ampliação da estratégia da saúde da família;
- Informatização do serviço;
- Uso do prédio da UPA para outros programas de saúde;

- Uso do prédio da UPA para implantação do plano de ação de oncologia.
- Implantação de programas de humanização aos funcionários público da secretaria de saúde.

No período em que ocorreu a pesquisa no CMSM, foi possível participar de uma reunião, realizada em 09 de janeiro de 2018 em sua sede, não sendo possível participar de mais reuniões em virtude de não haver informação concreta por parte do conselho quanto a horários e datas.

Na reunião observada foi constatado que as condicionantes não estavam concretizadas mesmo com o prazo estabelecido de 60 dias para o cumprimento das mesmas, pois apenas uma unidade no núcleo Cidade Nova está funcionando no período das 19 à 24 horas, em dois dias da semana. O prédio da UPA ainda não está em uso de nenhum programa. No mês de agosto de 2017 o site da prefeitura de Marabá disponibilizou um cronograma de atendimento:

Segundo Camila Chagas Lopes, diretora da Atenção Básica, as ações acontecem às quartas-feiras e sábados, em três UBS (unidades básicas de Saúde): Enfermeira Zezinha, na Folha 23, Carlos Barreto, em Morada Nova e Laranjeiras, no bairro de mesmo nome.

Veja a escala:

Dia 02/08 (Quarta-feira) – das 18h à meia noite;

Dia 05/08 (Sábado) – das 08h às 14 horas;

Dia 09/08 (Quarta-feira) – das 18h à meia noite;

Dia 12/08 (Sábado) – das 08h às 14 horas;

Dia 16/08 (Quarta-feira) – das 18h à meia noite;

Dia 19/08 (Sábado) – das 08h às 14 horas;

Dia 23/08 (Quarta-feira) – das 18h à meia noite;

Dia 26/08 (Sábado) – das 08h às 14 horas;

Dia 31/08 (Quarta-feira) – das 18h à meia noite

O que podemos observa é a desconsideração da deliberação do CMSM pela gestão local, que tem uma atuação, em caráter apenas burocrático, o que valoriza a assertiva de Figueiredo e Cristo onde conclui que desenvolvemos uma política paternalista e elitista. O espaço geográfico é revelado nessas relações sociais estabelecidas, que configura a distribuição espacial de serviços de saúde e equipamentos na cidade. É nessa análise que identificamos o CMSM como modelador de formas geográficas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização política e administrativa que ocorreu no Brasil, no período de redemocratização, gerou espaços para a participação social, através da criação de conselhos gestores, que possuem em sua composição representante do Estado e da sociedade civil.

Na área da saúde foi criado por meio da constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado pela Lei 8080/90 e 8142/90 que possibilitou que os serviços de saúde sejam coordenados pelos municípios, antes federado considerados o mais apropriado para lida com atenção de saúde local. Quanto à participação social é amparada pela Lei 8142/90, que determina a participação dos usuários no processo de definição e execução de políticas públicas de saúde, e institui os conselhos de saúde nas três esferas de governo.

Na gestão local é que o desafio da participação social destaca-se, e pode ser potencializada ou ser uma ação meramente institucional onde a população não participa de forma ativa.

No âmbito da geografia, consideramos o espaço geográfico como produto das relações sociais, sendo identificado no CMSM um modelador de formas geográficas e a política pública capaz de alterar os arranjos espaciais, o que torna possível a interpretação do espaço a partir do cotidiano, caracterizando a pluralidade, e a constante produção espacial. Aqui identificamos participação social, como um dos caminhos da democracia podendo modificar a realidade local.

O CMSM é instrumento de participação social por tanto participar da construção do espaço geográfico, que no município de Marabá é revelado na estruturação e distribuição das Unidades Básicas de Saúde e a disponibilidade de serviços nessa área, que pode ser interpretada com atendimento das necessidades da população ou acordos que beneficia apenas uma elite. O que observamos em Marabá é que possuímos um conselho de saúde frágil, por apresentar uma dependência da gestão do município e a falta de publicidade.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo, **RBCS**, vol.14, nº 40, 1999.

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

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.**Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Federal nº 8080, de 19/09/1990.** Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 10 nov.2017.

BRASIL: **Resolução N°015 de 17 de julho de 2014.** Disponível em:<<http://www.bvsm.saude.gov.br>>. Acesso em 20 nov.2017.

BRASIL: **Resolução N°453 de 10 de maio de 2012.** Disponível em:<<http://www.bvsm.saude.gov.br>>. Acesso em 25 nov.2017.

CARLOS, A. F.A. **A cidade.** 9 ed. São Paulo: Contexto, 2011.

Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Câmara dos deputados. 2012. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br>>. Acesso em 12 out.2017.

DURIGUETO, M. L. Descentralização, políticas públicas e participação popular. **Anais do II Seminário Nacional movimento sociais, participação e democracia, 2007.**

FERNANDES, Wallace Suellen. **Contribuições da ciência geográfica às políticas públicas.** Tese (Doutorado em Geografia) - submetida ao Departamento de Geografia da Universidade de Brasília, Geografia, área de concentração Gestão Ambiental e Territorial, opção Acadêmica, 2015.

FIGUEIREDO, Eric Renato Lima; CRISTO, Solange Conceição Albuquerque. Conselho Municipal de Saúde de Marabá e o controle social: subsídios de análise In: Semana Acadêmica da UEPA Marabá VII, 2016 Marabá. Anais: VII semana acadêmica da UEPA marabá ambiente saúde e sustentabilidade na Amazônia oriental: desafios e perspectivas.

GIL, C. R. R.; LUIZ I. C.; Gil M. C. R. **Gestão pública em saúde: contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS.** - São Luís, 2016.

GOHN,M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** 4 ed. São Paulo: Cortez 2011.

GUINMARÃES, M. C. L. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico, 2002.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MARABÁ: **Resolução nº 018 de 24 de julho de 2017**. Disponível em: <<http://www.diariomunicipal.com.br> > Acesso em: 10 de nov. de 2017.

MASSEY, D. Filosofia e Política da Espacialidade: Algumas considerações. *GEOgraphia*, 2004, n 12, p.5-22.

MOIMAIZ, S. et al. **Conselho de Saúde**: análise do funcionamento do espaços de participação social. Londrina: Revista espaço para a saúde, 2013.

PARÁ. Decreto nº 01, de 11 de janeiro de 2018. Prorroga o mandato do conselho municipal de saúde do município de marabá, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Pará, Marabá, 19 de Janeiro de 2018.

PESSOTO, Catarino Umberto. **A regionalização do sistema único de saúde- SUS no fim dos anos 1990**: um discurso conservador. Tese (Pós-graduação e Geografia) na Faculdade de Ciência e Tecnologia / Unesp, campus de Presidente Prudente, 2010.

PINTAUDI, S.M. Participação Cidadã e Gestão Urbana. **Cidades**, 2004, n 2, p.169-180.

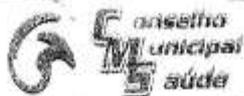
RABAT, N. R. A Federação: centralização e descentralização do poder político no Brasil, Legislativo da Área XIX Ciências políticas, Sociologia política, História, Relações Internacionais, 2002.

SILVA, Veiga Maria Júlia. **Dilemas do Planejamento e da gestão municipal na Amazônia Ribeirinha**: Uma análise do caso de Cametá á luz do ideário da reforma urbana e do estatuto da cidade. Dissertação (Pós-Graduação em Geografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará (PPGEO – IFCH – UFPA) Belém , 2008.

Unidade de pronto atendimento- **PAC**, 2018. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>> visitado em 10 de fev.2018.

ANEXOS

ANEXO 1



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ - CMMSM

Ofício Circular Nº 007/2018 – CMMSM

Marabá PA, 09 de Janeiro de 2018.

Ilmo (a) Sr (a)

Conselheiro (a) Municipal de Saúde de Marabá

ATT: Sr (a)

Marabá-PA

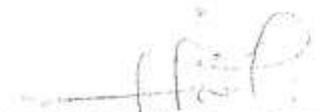
Senhor (a) Conselheiro (a)

Convidamos V. Sª. a participar da **Reunião Ordinária do CMMSM** que se realizará no dia **11/01/2018 (Quinta -feira)**, às **14h00m**, horário regimental, na Sede do Conselho Municipal de Saúde de Marabá na rua Fortunato Simplicio Costa nº 1441, Esquina com Avenida Itacaiúnas – Bairro Novo Horizonte – Marabá-PA, para discutir e deliberar a seguinte pauta:

1. INFORMES: (**Mesa Diretora e Plenário**);
2. Denúncia na mídia sobre pagamento indevido a médicos do hospital Materno Infantil (Conselheira Monalisa)
3. Funcionamento das 03 Unidades até as 00:00 hs de Segunda a Sexta-feira. (Conselheira Carmen)
4. O que houver;

Certo de contar com a Vossa Participação,

Agradecemos antecipadamente.


Flávia Renata de Sousa Varela
Presidente do CMMSM

Rua Fortunato Simplicio Costa, n.º 1441, Esquina com Avenida Itacaiúnas - Bairro Novo Horizonte – Marabá-PA
CEP: 68.503-820, E-MAIL: cmms.maraba@yahoo.com.br



1
2
3
4
5
6
7

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARABÁ – PA.
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ – CSM
ATA Nº 007/17/CSM
ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE MARABÁ – PÁ, DO ANO DE 2017.**

8 No dia treze do mês de Julho do ano de dois mil e dezessete, às 14h:30m (quatorze horas e trinta
9 minutos) realizou-se a Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde – CSM, na sede do
10 Conselho Municipal de Saúde de Marabá na rua Fortunato Simplicio Costa nº1441, esquina com
11 Avenida Itacaíunas – Bairro Novo Horizonte – Marabá – PA. Depois de conferir e informar que o
12 Quórum já estava estabelecido, a conselheira **Flávia Renata de Sousa Varela Marques** (Vice
13 – Presidente do CSM), deu boas vindas a todos os presentes e falou que o objetivo de nossa
14 reunião discutir a melhoria da saúde de nossa população e declarou aberta a reunião. Vamos
15 iniciar com os Ponto de pauta: I- Informes, II- Análise e discussão da ATA 003/2017 a ser
16 aprovada, III- Infraestrutura do CSM, IV- Projeto Oncologia, V- UPA, VI- 1ª Plenária de
17 Vigilância em Saúde, VII- O que houver. Renata já pede que inclua o ponto de pauta de
18 discussão da Plenária Municipal de saúde de Marabá, pois temos que realizar as Plenárias, pois o
19 nosso mandato termina agora em setembro por isso temos que realizar e encaminhar os
20 delegados até as Conferência Estadual que serão juntas. Continuando com a fala **Flávia Renata**
21 fazendo leitura do ofício da Câmara Municipal de Marabá enviado para o CSM, pois eles
22 pedem um parecer sobre o assunto da UPA. Com a fala conselheira **Solange Freire** informa que
23 o CEREST, VISAT, DIVISA, IMUNIZAÇÃO, já estamos em novo prédio. Com a fala **Carlos Alberto**
24 informar que foi chamado para fazer visitas no H.M.I, para verificar centrais de Ar, que foram
25 arrumadas mas ainda existe algumas que ainda estão com problemas. Com a fala **Joel** que só
26 relatar de quem participou da Oficina de Educação permanente mês passado que foi falado das
27 comissões e quero recordar que foi retirado duas pessoas do segmento do trabalhador e dois do
28 segmento usuário e preciso encaminhe para SESPA o nome dos representantes. Com a fala
29 Renata diz que recebeu os convites mas não pode participar das inaugurações, pois meu carro
30 tinha dado problema, mas agradeço por ter ido alguns conselheiros com seu Carlito e os demais
31 participaram. Vamos passar para o II- ponto analise e leitura da Ata 003/2017, **Renata**
32 perguntar se todos receberam a pauta e se vamos dar continuidade ou colocar só os destaques.
33 **Renata** perguntar quem concorda com a aprovação da ATA 003/2017, Quem concorda 15
34 (Quinze) Levantaram a mão que CONCORDAM, solicitando que levantassem a mão os
35 conselheiros que NÃO CONCORDASSEM, nenhuma mão levantada, solicitando que levantassem
36 a mão os conselheiros que se ABSTEM, 02 (dois) Abstenções, **APROVADA**. Continuando Renata
37 apresentar a Enf. Fernanda Coordenadora da Vigilância Epidemiologia diz que conta com seu
38 apoio na Plenária Municipal de Vigilância em Saúde, pois passamos para o III- Infraestrutura do
39 CSM: Este ponto já foi discutido a infraestrutura do CSM, montamos uma comissão para fazer
40 um levantamento para fazer buscar do que vamos precisar, pois o recurso que vai se gasto e
41 Recurso Próprio e não vindo do ministério da saúde, vem para o fundo municipal e depois que e
42 repassado para o CSM, temos em caixa o valor de 280.000.000 mil e a proposta e de mudar de
43 prédio e estruturar o prédio para dar continuidade e trouxemos dados sobre o local que fica
44 localizado na Nova Marabá enfrente a Casa da Cultura e saímos para verificar a lista de parte de
45 copa e cozinha, material permanente (computador, impressora e etc.) apresentamos as tabelas
46 que foi feita os orçamentos e o valor do carro não temos porque não foi informado. Com a fala
47 Kátia perguntar se o valor pago ao aluguel iria ser descontado do valor que temos ao CSM.
48 Com a fala conselheiro Marcone explicar que o valor que temos e 280 mil, e não vejo nenhum
49 problema, pois o dinheiro e para formação de investimento humano como viagens, capacitação
50 dos conselheiros e também temos uma viagem que vai ser realizada em Belém e vai ser pago

51 com dinheiro do CMSM e o que entrar na conta bancária do Conselho, e entendo que o CMSM e
52 soberano e precisar de uma estruturar melhor para atender. Com a fala **Monalisa** diz que o
53 CMSM e soberano sim, mas não é ordenador de despesas e já está parado a tano tempo vejo que
54 já está na horas de utilizar para melhorar o CMSM. Com a fala **Renata** diz que buscou
55 informações sobre até com o Conselho Nacional mas me informaram que se fosse recurso do
56 Ministério da Saúde não poderia utilizar como e recurso próprio pode ser utilizado. Renata
57 perguntar quem concordar que seja comprado o carro DOBLOW. 11 (Onze) Levantaram a mão
58 que CONCORDAM, solicitando que levantassem a mão os conselheiros que NÃO
59 CONCORDASSEM, nenhuma mão levantada, solicitando que levantassem a mão os conselheiros
60 que se ABSTEM, nenhuma Abstenções. **APROVADA**. Próxima votação em relação ao uso do
61 recurso que tem na conta do CMSM para ser utilizado na reestruturação da sede do Conselho,
62 enfatizando que esse recurso só pode ser utilizado excepcionalmente para esta situação, que se
63 mantém a resolução para o uso do que vai ficar para deslocamento de capacitação e
64 deslocamento de viagens. Perguntando: os conselheiros que CONCORDASSEM com a
65 Autorização da utilização de até R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) da conta do CMSM, para
66 melhoria da infraestrutura e compra de veículo para CMSM, 17 (Dezessete) conselheiros
67 Levantaram a mão, solicitando que levantassem a mão os conselheiros que NÃO
68 CONCORDASSEM, nenhuma mão levantada, solicitando que levantassem a mão os conselheiros
69 que se ABSTEM, Abstenções, **APROVADA**. Com a fala **Marcone** pede que coloque na Resolução
70 o valor limite de 200 mil para estruturação do CMSM e a compra do veículo. IV. Ponto de pauta:
71 Projeto Oncologia (SMS), apresentado pelo Conselheiro **Marcelo Leão**, o Projeto de Oncologia
72 que nos fez pensar que e uma cidade polo do Sul e Sudeste do Pará. Marabá está só
73 diagnosticando e estamos fazendo apenas a atenção básica e após descobrir o resultado já
74 encaminhar para Belém para tratamento e informar que ser implantado em Marabá irá atender
75 região de Carajás, e foi perguntado para Secretaria do Estado Heloisa, informou que Marabá
76 conseguira sim atender com esse projeto. O tratamento de Câncer e caríssimo o custo muito alto
77 máquina pesadas. E este atendimento vai ter todo um fluxo ser for precisar do atendido como
78 cirurgias, quimioterapia e Radioterapia resumindo o atendimento do paciente será feito pelo
79 hospital Municipal ou Regional por toda região Carajás, e as considerações finais após a exposição
80 acima poderá ser implantada o projeto de Oncologia para atender sul e sudeste do Pará por
81 toda a região Carajás. **Renata** com a Fala pergunta quem deseja se inscrever. Vamos iniciar com
82 a fala do conselheiro **Emission** diz que a apresentação do projeto Oncologia não se convenceu
83 pois como vai ser esse atendimento dos pacientes de lá e depois vão ficar deslocando paciente de
84 um lado para outro ou como vai ser o atendimento deste paciente. Com a fala **Monalisa** eu
85 também não fui contemplada por que o paciente vai para hospital no municipal e depois no
86 regional e aonde e que realmente vai entrar a UPA nesta história. Com a fala **Marcone** diz que
87 realmente a apresentação foi muito superficial quando você diz que já fazemos isso, temos uma
88 linha no CRISMU com atendimento de uma parcela no colo do útero que a demanda e grande e
89 mamografia e uma preliminar para câncer e patologia está ainda precária no laboratório então
90 a ideia e ampliar a atenção básica de Oncologia e não só de câncer de mama e colo do útero
91 pois vamos atender vários outros tipos de câncer como câncer de pele que temo o quadro bem
92 elevado câncer de próstata e outros devidos a grande demanda, então precisamos de oncologia
93 para toda a região e gostaria que os conselheiros se aprofundasse e o prédio da UPA seria para
94 atender a Oncologia para atender a nossa região. E logica que devemos concentra os projetos que
95 temos e melhorar os outros serviços. Com a fala **Lindomar** diz que a questão do funcionamento
96 da UPA e parece que o município não tem dinheiro necessário para custeio de funcionar a UPA
97 mas claro que a UPA e muito importante e que todos sejam favoráveis a esse atendimento. Com
98 a fala **Renata** diz que a parte do tratamento que seria com atendimento em a Oncoradium e
99 seria na cidade de imperatriz e entendo que os pacientes de marabá sejam feitos atendimentos
100 aqui em Marabá esses serviços porquê e difícil e espero que esse atendimento seja ideal na nossa

101 cidade. Com a fala **Monalisa** diz que o Marcone explicou melhor do que a apresentação do
102 Marcelo e hoje ela diz que ela vai todo mês para levar sua filha para atendimento em Belém, e
103 Marcelo não explicou muito bem a sua apresentação, e eu queria realmente entender como
104 ficaria o prédio. Com a fala Marcelo diz que devemos trazer este atendimento para marabá e o
105 prédio da UPA seria para atendimento de oncologia. Com a fala Marcone diz que uma coisa não
106 condiciona a outra, agora estamos falando sobre um assunto e a UPA a nossa proposta e reverter
107 essa devolução para a União e podemos destinar esse prédio para funcionar o projeto de
108 Oncologia, aí podemos evoluir com esse atendimentos. O município de marabá não pode
109 funcionar o tomógrafo sendo que dentro do hospital não tem e fica tirando paciente de dentro do
110 hospital. A questão é dar uma nova destinação para o prédio da UPA. Com a fala **Renata**
111 perguntar quem concordar com o plano de ação de Oncologia em Marabá, 17 (Dezessete)
112 Levantaram a mão que CONCORDAM, solicitando que levantassem a mão os conselheiros que
113 NÃO CONCORDASSEM, nenhuma mão levantada, solicitando que levantassem a mão os
114 conselheiros que se ABSTEM, nenhuma Abstenções. APROVADA POR UNANIMIDADE. V- Ponto-
115 UPA –Vamos iniciar com a apresentação da **Darmina** sobre este ponto ao pleno do CMSM. Ela
116 apresentou várias fotos de UPA em outras cidades que a UPA não está funcionando, e continuou
117 com a apresentação informando que as UPAS, não tem condições de funcionar dessa formar por
118 faltar de dinheiro dos municípios para manter as UPA, então os prédio estão feitos porém a
119 manutenção está fora da parte orçamentarias de vários municípios, então são várias situações e
120 critérios para manter essa UPA e para receber só uma parte do Ministério da Saúde não tem
121 como, reafirma **Darmina**, e já temos várias unidades que temos a obrigação de oferecer serviços
122 de qualidade. A UPA de marabá não está pronta está sem acabamento, infiltrando, banheiro
123 inacabáveis, pintura não e de boa qualidade, alaga as salas, pois precisa de tudo novamente
124 estava igual o Laboratório Central da laranjeiras, que não tinha nada nem cadeiras para sentar,
125 então as pessoas querem um local mais agradável pois o paciente está doente e precisa está no
126 ambiente adequado. E com atendimento da UPA vai precisar de mais profissionais. E o
127 atendimento é para urgência e emergência, pois tem quantidade de atendimento a cumprir, e se
128 nós não cumprir em 10mil atendimento, não alimentar os sistema não ganhamos nada e nem tem
129 retroativos dos gastos. Com a fala **Carlos Alberto** diz que viajou com fumas pessoas para fazer
130 visitar em algumas UPA, mas não funcionar em outros locais e ele diz que não e de acordo que a
131 UPA funciona aqui em Marabá. Com a fala **Onias**, diz que a UPA não tem como funcionar pois
132 ele pode sim funcionar outra coisa mas não a UPA. Com a fala **Darmina** estamos levando a
133 média e alta complexidade e estão esquecendo da atenção básica e devemos conscientiza a
134 população sobre os cuidados. Com a fala **Emission** devemos melhorar a questão do atendimento
135 do H.M.M e H.M.I. Com fala **Marivanda** devemos aprimorar o assunto que deve melhorar sim o
136 atendimento e que devemos tratar as pessoas melhores com a população. Com a fala **Monalisa**
137 diz. não temos como funcionar a UPA, mas vamos melhorar sim esses atendimentos e devemos
138 junto com seu Carlos Alberto fazer visitas nas unidades e hospitais para ajudar melhorar. Com a
139 fala **Renata** diz que estrutura as unidades e depois iniciar com atendimento das 18hs até as
140 00:00 hs, pois aí esse fluxo iria diminuir a demanda no hospital municipal, e o hospital precisar
141 olhado com muito carinho, precisa ser mas estruturados. Com a fala **Katia** diz que devemos
142 também explicar para a população pois eles também precisam de uma resposta e até o
143 momento está tudo lindo no papel, vamos ver com o que a comunidade e não ficar só no CMSM e
144 sim passar as informações para vereadores. **Marcone** diz que este debate é para o CMSM e não
145 para a câmara por que lá eles travam, vejo que está funcionando e tenho certeza que tudo vai se
146 encaixar e funcionar aos poucos e hoje vejo o conselho está trabalhando junto e vamos colocar na
147 resolução as condicionantes para atendimento. **Onias** diz que também precisa de um transporte
148 sanitário para deslocar pacientes de hemodiálise. Com a fala **Renata** colocou em regime de
149 votação: Perguntando: Os conselheiros que CONCORDASSEM com a devolução do Recurso
150 Federal de R\$ 1.950.000,00 (um milhão, novecentos e cinquenta mil reais) e uso do Prédio do

151 UPA para outros Programas de Assistência à Saúde, com as seguintes condicionantes:
 152 Funcionamento de 01 (uma) Unidades Básicas nos 03 (três) Núcleos: Morada Nova, Nova
 153 Marabá e Cidade Nova, de segunda-feira a sexta-feira, das 19 às 24 horas, com prazo de início de
 154 60(sessenta dias); Transporte Sanitário para pacientes em tratamento de hemodiálise;
 155 Informatização do serviço; Ampliação da Estratégia de Saúde da Família; Uso do Prédio de UPA
 156 para outros Programas de Saúde; Uso do Prédio para implantação do Plano de Ação de
 157 Oncologia e Implantação de Programa de Humanização aos funcionários público da Secretaria de
 158 Saúde, **APROVADO** por Unanimidade. VI- Ponto 1º Plenária de Vigilância em Saúde com a
 159 fala **Renata** diz que devemos fazer nossa plenária e tirar uma comissão paritária e fazer parte só
 160 um dia, minha proposta e que seja feita dia 24/08/2017 a Plenária de Vigilância em Saúde. Vai
 161 permanecer a mesma comissão paritária da Plenária da Mulher. **Solange, Joel, Tatia,**
 162 **Laurenir, Menalisa, Marivanda, Jeane e Emission. Renata** pergunta se todo concordam
 163 com esta comissão concorda 17 (Dezessete) Levantaram a mão que CONCORDAM, solicitando
 164 que levantassem a mão os conselheiros que NÃO CONCORDASSEM, nenhuma mão levantada,
 165 solicitando que levantassem a mão os conselheiros que se ABSTEM, nenhuma Abstenções
 166 **APROVADA POR UNANIMIDADE.** Sem nada, mas para tratar, a Conselheira Flávia Renata
 167 deu por encerrada a reunião as 17:40 hs, Eu Andréia de Oliveira Gaia Alves (Secretaria Executiva
 168 do CMSM), laurei a presente Ata que vai assinada por mim, pela conselheira Flávia Renata de
 169 Sousa Varela Marques (Vice-Presidente do CMSM) e demais conselheiro (as) presentes na reunião,
 170 Marabá-Pá. 13 de Julho de 2017.
 171

Mesa Diretora		Nome	Entidades que representa	Assinatura
Conselheiro (as)				
Vice Presidente do CMSM		Flávia Renata de S. Varela Marques	Sindicatos dos Enfermeiros do Estado do Pará / SENPA	
Conselheiros (as)		Nome	Entidade que representa	Assinatura
Titular	Suplente			
X		Carlos Alberto Ferreira Neves	Centro Com. dos Bairros União Nova Vida/CCBUNV	
X		Iuramar Rodrigues de Castro	Associação de Moradores Recanto Feliz da Folha 31	
X		Marcone Walvemarque Nunes Leite		
X		Camila Lopes Chagas	SMS	
X		Darmina Duarte Leão Santos	SMS	
X		Solange Freira dos Santos	SMS	
X		Romildo da Silva Vaz	Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Marabá/ SERVIMAR	
	X	Alexssandro Nascimento de Souza	Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará/SENPA	

ANEXO 3

Questionário

1. Nome do conselheiro: _____

2. Tempo de atuação como conselheiro: _____

3. Sexo: () masculino () feminino

4. Idade _____

5. Escolaridade:

() não alfabetizado () EF(anos iniciais) () EF(anos finais)

() EM (incompleto) () EM (completo) () Ensino Superior

6. Profissão:

7. Seguimento que representa no CMS: _____

8. Como foi eleito (a):

() Indicação pelo Segmento () Convidado pela Instituição

() Convocação () outros: _____

9. Tempo de Atuação no Conselho:

Início do mandato: ____/____/____ Termo do mandato: ____/____/____

10. Participou de oficina ou algum curso de capacitação para conselheiro?

() sim () não

11. Você considera que a capacitação contribuiu para sua atuação como conselheiro(a)?

() sim () não () não participou capacitação

12. Há momento de formação continuada dos Conselheiros nas Reuniões ou em datas específicas? () não há momentos de formação continuada

sim, juntamente com as reuniões sim, em datas específicas

13. Você considera o seu papel importante no atendimento do setor da saúde em seu município?

sim, nossa participação regula e contribui

não, nossa atuação de nada contribui

14. Assinale quais dessas ações, funções do conselho municipal, fazem parte de sua prática como conselheiro:

Elaboração de Regimento Interno;

Participar de Reuniões Ordinárias;

Ter conhecimento sobre o pacto pela saúde;

Participar da Elaboração do plano municipal de saúde;

Participar da Aprovação do plano municipal de saúde;

Acompanhar a aplicação dos recursos financeiros no setor;

Aprovar a prestação de contas do setor;

Controla o dinheiro destinado à saúde;

Acompanha as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais;

Participa da elaboração das metas para a saúde;

Controla a execução das ações na saúde.

15. O Município, através de órgão competente, presta conta das aplicações dos recursos financeiros destinados ao setor de saúde de forma transparente?

sim, nas reuniões ordinárias, apresentando receitas, despesas – justificada com apresentação de notas fiscais;

sim, nas reuniões trimestrais, apresentando receitas, despesas – sem apresentação de notas fiscais;

não há nenhuma forma de prestação de contas da aplicação dos recursos destinados ao setor.

16. Com que frequência os conselheiros realizam suas reuniões ordinárias:

quinzenalmente mensalmente Bimestralmente

trimestralmente outros_____

as reuniões não são ordinárias.

17. O Conselho tem função:

Consultiva Deliberativa Fiscalizadora mobilizadora

18. As reivindicações do conselho são atendidas pelo poder público?

frequentemente parcialmente não são atendidas

ANEXO 4

ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARABÁ

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº: 018/2017 – C.M.S.M.

RESOLUÇÃO Nº: 018/2017 – C.M.S.M.

O Plenário do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ, em sua Reunião Ordinária, realizada no dia 13 de julho de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelas Leis nº.8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 n.º13.104/93, 13.914/95, 15.970/99 e 16.489/00 e seu Regimento Interno.

CONSIDERANDO a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei complementar nº: 141, de 13 de janeiro de 2012, que Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

CONSIDERANDO o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. No seu Capítulo III, DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE e seu Artigo: 15, diz: O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros;

CONSIDERANDO a Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017, que Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERANDO a Nota técnica nº: 05/2017 do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS, que Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERANDO a Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017, que Dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma, no seu Art. 14. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. Art. 15. Os procedimentos administrativos; CONSIDERANDO que a UPA de Marabá é classificada como Porte III e na Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-CMSM, realizada no dia 13 de julho do ano de dois mil e dezessete, foi apresentado pela Diretoria de Alta e Média complexidade da Secretaria de Saúde de Marabá, o impacto financeiro para manutenção de medicamentos, insumos, entre outros (conforme demonstrado no anexo desta resolução).

CONSIDERANDO que estudos do Ministério da Saúde apontam, que apenas 250 UPAs estão funcionando em todo o país, 440 estão fechadas e quase 80 nem saíram do papel. E Hoje, em todo o país, 136 UPAs estão prontas, mas fechadas, nas contas do próprio Ministério. Em alguns casos, as unidades estão todas equipadas, mas que a maioria dos gestores afirmam não ter dinheiro para manter a estrutura e nem a garantia de que vai receber o custeio dos governos estadual e federal.

CONSIDERANDO a Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-CMSM, realizada no dia 13 de julho do ano de dois mil e dezessete, após apresentação e debate do pleno, foi colocado em regime de votação: Perguntando: Os conselheiros quem CONCORDASSEM com a devolução do Recurso Federal de R\$ 1.950.000,00 (um milhão, novecentos e cinquenta mil reais) e

uso do Prédio da UPA para outros Programas de Assistência à Saúde, com as seguintes condicionantes: Funcionamento de 01 (uma) Unidades Básicas nos 03 (três) Núcleos: Morada Nova, Nova Marabá e Cidade Nova, de segunda-feira a sexta-feira, das 19 às 24 horas, com prazo de início de 60(sessenta dias); Transporte Sanitário para pacientes em tratamento de hemodiálise; Informatização do serviço; Ampliação da Estratégia de Saúde da Família; Uso do Prédio de UPA para outros Programas de Saúde; Uso do Prédio para implantação do Plano de Ação de Oncologia e Implantação de Programa de Humanização aos funcionários público da Secretaria de Saúde, APROVADO por Unanimidade.

RESOLVE:

Artigo 1º: APROVAR devolução do Recurso Federal de R\$ 1.950.000,00 (um milhão, novecentos e cinquenta mil reais) e uso do Prédio da UPA para outros Programas de Assistência à Saúde, com as seguintes condicionantes:

- Funcionamento de 01 (uma) Unidades Básicas nos 03 (três) Núcleos: Morada Nova, Nova Marabá e Cidade Nova, de segunda-feira a sexta-feira, das 19 às 24 horas, com prazo de início de 60(sessenta dias);
- Transporte Sanitário para pacientes em tratamento de hemodiálise;
- Informatização do serviço;
- Ampliação da Estratégia de Saúde da Família;
- Uso do Prédio de UPA para outros Programas de Saúde;
- Uso do Prédio para implantação do Plano de Ação de Oncologia; e
- Implantação de Programa de Humanização aos funcionários público da Secretaria de Saúde.

Artigo 2º: Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE,
PUBLIQUE-SE E
CUMPRA-SE.

Marabá, 17 de julho de 2017.

FLÁVIA RENATA DE S. VARELA MARQUES

Presidente

Interina

MARCONE WALVERNARQUE N. LEITE

1º Secretário da Mesa Diretora

Homologo a Resolução do Conselho Municipal de Saúde de Marabá de N° 018/2017, nos termos do parágrafo 2º do artigo 1º da Lei Federal n° 8.142 de 28/12/1990.

MARCONE WALVERNARQUE N. LEITE

Secretária Municipal de Saúde

Portaria n°. 004/2017-GP

Publicado por:
Walmor Oliveira da Costa
Código Identificador: 83933B12

Prefeitura Municipal de Marabá

<http://www.diariomunicipal.com.br/famep/materia/83933B12> 3/3

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado do Pará no dia 24/07/2017. Edição 1781

A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita

informando o código identificador no site:<http://www.diariomunicipal.com.br/famep/>