



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
CURSO DE GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

RAIDIENE CUNHA DO NASCIMENTO

**A PARTICIPAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA: UM ESTUDO
DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

**SANTARÉM-PARÁ
2020**

RAIDIENE CUNHA DO NASCIMENTO

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA: UM ESTUDO
DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) como requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora: Prof.^a Msc. Ana Beatriz Oliveira Reis.

**SANTARÉM-PARÁ
2020**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

N244p Nascimento, Raidiene Cunha do
A participação no município de Santarém-PA: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde. / Raidiene Cunha do Nascimento– Santarém, 2020.
64 p. : il.
Inclui bibliografias.

Orientadora: Ana Beatriz Oliveira Reis
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Programa de Ciências Econômicas e Desenvolvimento Regional, Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional.

1. Conselho Municipal. 2. Participação Social. 3. Saúde. 4. Santarém I. Reis, Ana Beatriz Oliveira, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 362.1098115

Bibliotecária - Documentalista: Mary Caroline Santos Ribeiro – CRB/2 566

RAIDIENE CUNHA DO NASCIMENTO

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA: UM ESTUDO DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) como requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora: Prof. Msc. Ana Beatriz Oliveira Reis

Conceito: _____

Data de aprovação: 06 / 02 / 2020

Prof. Msc. Ana Beatriz Oliveira Reis– Orientador (a)
Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dra. Antônia Socorro Pena da Gama– 2º Membro
Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof.º Dr. Raimundo Valdomiro de Sousa – 3º Membro
Universidade Federal do Oeste do Pará



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
CURSO DE BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MONOGRAFIA DO CURSO DE BACHARELADO EM
GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

No sexto dia do mês de fevereiro de dois mil e vinte, às quatorze horas, na Universidade Federal do Oeste do Pará, Campus Santarém, Unidade Amazônia, sala duzentos e dez, realizou-se a Defesa Pública da Monografia do(a) acadêmico(a) **RAIDIENE CUNHA DO NASCIMENTO** (matrícula: 201400855), intitulada “**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM –PA: UM ESTUDO DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**”, sob orientação do(a) Profa. Me. Ana Beatriz Oliveira Reis, que compôs a banca examinadora com a Profa. Dra. Antônia do Socorro Pena da Gama e o Prof. Dr. Raimundo Valdomiro de Sousa. O(a) presidente fez a abertura do trabalho com a apresentação dos componentes da banca e do(a) discente e atribuiu o tempo de vinte e cinco a trinta minutos para a apresentação do trabalho. Após a apresentação, seguiu-se a arguição e as respostas. Posteriormente, os membros da banca fizeram suas considerações finais passando a palavra para o(a) discente que efetuou seus agradecimentos. A comissão reuniu-se e apresentou o parecer final com a nota 9,0 (nove).

Nada mais havendo a tratar, eu, Profa. Me. Ana Beatriz Oliveira Reis, lavrei a presente ata que, após ser lida, será assinada pelos membros da banca e pelo(a) discente.

Profa. Me. Ana Beatriz Oliveira Reis – Orientador(a)
Profa. Dra. Antônia do Socorro Pena da Gama – Membro da banca

Ana Beatriz O. Reis
Antônia do Socorro Pena da Gama

Prof. Dr. Raimundo Valdomiro de Sousa – Membro da banca

R. Sousa

RAIDIENE CUNHA DO NASCIMENTO – Discente

Raidiene Cunha do Nascimento

A Deus que estabelece meus caminhos.

À minha família que é meu alicerce.

E a todos que lutam por melhorias nas instituições públicas.

AGRADECIMENTOS

Ao aceitarmos vivermos nossos sonhos e desafios sabemos que teremos caminhos a serem percorridos, e principalmente a responsabilidade de nos comprometer em realizar todas etapas necessárias até o alcance do objetivo final de nossa jornada. Nossa decisão é individual, porém ela afeta todos que estão ao nosso lado, e também acrescenta outros nos quais são colaboradores na construção da realização do nosso propósito, estes nos ajudam nas horas difíceis incentivando a não desistir, proporcionando alegrias, ensinando além do conhecimento acadêmico. Há essas pessoas vai o meu agradecimento.

Primeiramente a Deus, por essa oportunidade de viver esse sonho, podendo concluir essa jornada e todas as bênçãos concedidas.

Á minha família, especialmente a minha mãe Doracy por todo o apoio sempre, minha eterna gratidão e amor.

Á minha amiga Larissa, que assumiu minhas responsabilidades ministeriais enquanto eu estava estudando.

Á professora Ana Beatriz, que esteve comigo desde o início do projeto TCC agradeço sua compreensão e incentivo que em algumas vezes foi o motivo para eu não desistir, muito obrigada pela confiança, aprendizado e amizade.

Aos professores, que contribuíram com seus ensinamentos e amizade.

Aos meus colegas de turma que proporcionaram momentos especiais, principalmente aqueles do meu grupo que me acolheram, são eles: Josemir, Carla, Paula, Jaqueline, Douglas e Leide. Obrigado pela amizade e companheirismo.

Á todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a minha formação. Meu muito obrigado.

“Porque o Senhor dá a sabedoria; da sua boca procedem o conhecimento e o entendimento. ”

(Provérbios 2:6)

RESUMO

O conselho de saúde é um instrumento de controle social de caráter permanente e deliberativo, o mesmo é instituído por lei federal, estadual e municipal, tem atuação como órgão fiscalizador e participa do planejamento do sistema de saúde local. Nesse estudo entendemos que a conquista desse instrumento foi alcançada por meio das lutas dos movimentos sociais por um acesso democrático à saúde, sendo este viabilizado através do Sistema Único de Saúde o SUS, o qual instituiu instâncias que possibilitam a participação do cidadão nas decisões do gestor municipal, promovendo um diálogo entre a sociedade e o poder público. A pesquisa se justifica por ser constante as reclamações da população santarena aos serviços públicos de saúde do município, por isso a importância de conhecer se a mesma procura o conselho de saúde afim de levar suas demandas e participar da construção de políticas que melhorem as ações do SUS. Com o objetivo de averiguar se o Conselho Municipal de Saúde de Santarém tem sido instrumento de participação popular. Na metodologia, é usada o Estudo de Caso e técnicas de pesquisa sendo estas a revisão bibliográfica, observação direta, entrevistas, análise documental e legislativa. O trabalho é dividido em três partes além da introdução e considerações finais. No primeiro capítulo é apresentada uma pesquisa bibliográfica resgatando a experiência brasileira de participação, já no segundo capítulo caracteriza o objeto de estudado que é o Conselho Municipal de Saúde da cidade de Santarém-Pará e, por fim, no terceiro capítulo aborda o estudo de caso acerca da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Santarém no que tange a participação popular. Através das informações coletadas é observada a falta de conhecimento da população em relação as funções do conselho, ocasionando uma ausência da mesma nas plenárias realizadas naquele recinto.

Palavras-chave: Conselho Municipal. Participação Social. Saúde. Santarém.

ABSTRACT

The health council is an instrument of social control of a permanent and deliberative character, it is instituted by federal, state and municipal law, it acts as a supervisory body and participates in the planning of the local health system. In this study, we understand that the achievement of this instrument was achieved through the struggles of social movements for democratic access to health, which was made possible by SUS through the Unified Health System, which instituted instances that enable citizen participation in managerial decisions. promoting a dialogue between society and public authorities. The research is justified by the constant complaints from the Santarém population to public health services in the municipality, which is why it is important to know whether they seek the health council in order to take their demands and participate in the construction of policies that improve the actions of the municipality. SUS. In order to ascertain whether the Santarém Municipal Health Council has been an instrument of popular participation. In the methodology, the Case Study and research techniques are used, these being the bibliographic review, direct observation, interviews, documentary and legislative analysis. The work is divided into three parts in addition to the introduction and closing remarks. In the first chapter a bibliographic research is presented rescuing the Brazilian experience of participation, in the second chapter it characterizes the object of study that is the Municipal Health Council of the city of Santarém-Pará and, finally, in the third chapter it addresses the case study about the performance of the Municipal Health Council of Santarém in terms of popular participation. Through the information collected it is observed the lack of knowledge of the population in relation to the functions of the council, causing an absence of it in the plenary sessions held in that enclosure.

Keywords: Municipal Council. Social Participation. Health. Santarém.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CASAI- Casa de Saúde Indígena

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CMSS- Conselho Municipal de Saúde de Santarém

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular

CONASS – Conselho Nacional de Secretária de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DSEI- Distritos Sanitários Especiais Indígenas

FNRU- Fórum Nacional de Reforma Urbana

GUATOC- Guamá-Tocantins

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SAMU- Serviço de Saúde Móvel de Urgência

SEMSA- Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UBSF- Unidade Básica de Saúde Fluvial

UFOPA- Universidade Federal do Oeste do Pará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Frente da sede do Conselho Municipal de Saúde de Santarém	43
Quadro 1 – Nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Santarém.....	45
Quadro 2 – Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de Santarém do biênio 2019/2021.....	47
Figura 2 – Reunião do dia 20 de novembro de 2019.....	54
Figura 3 – Reunião do dia 20 de novembro de 2019.....	55
Figura 4 – Reunião do dia 20 de novembro de 2019.....	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	METODOLOGIA.....	19
	CAPÍTULO 1: UM RESGATE DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA HISTÓRIA BRASILEIRA ATÉ A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	22
	CAPÍTULO 2: CARACTERIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTARÉM.....	35
	CAPÍTULO 3: ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SANTARÉM.....	43
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
	APÊNDICE A.....	63

1 INTRODUÇÃO

A participação social possibilita a influência da sociedade civil na gestão pública, sendo fundamental na prática da democracia, que tem como pilar os indivíduos como iguais e exercendo a liberdade de lutar por seus direitos. Nessa perspectiva, o Estado torna-se viabilizador da abertura de espaços que proporcionem o exercício dessa prática de aproximação do cidadão nesses ambientes de deliberações.

A gestão participativa foi legitimada na sociedade brasileira a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, abrindo espaço para uma Administração Pública dialógica com a sociedade, por meio da inserção de instrumentos de participação popular que proporcionam a divisão do poder de decisão do Estado com a população, empoderando os agentes sociais existentes e provocando o surgimento de outros.

Anteriormente ao reconhecimento constitucional da participação social, o Brasil passava por um período de ditadura militar que durou de 1964 a 1985. Havia pouca interação da sociedade com o Estado de modo que essa participação era suprimida por ações autoritárias, ocasionando um agir de forma mecanizada sem autonomia. Nesse período havia atos de resistência efetuados por grupos da sociedade organizada, todavia esses atos eram duramente repreendidos e seus protagonistas perseguidos.

Esse cenário atingia a organização social e econômica do país, pois o Estado utilizava de maneiras autoritárias para causar desarranjos sociais além de invadir sem o planejamento adequado áreas desconhecidas, modificando as estruturas e vivências de povos nativos, forçando-os há uma nova conjuntura após anos de interação com seu ambiente.

O período entre 1985 e 1988 foi um divisor de águas na política brasileira com a Convocação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC) e a elaboração da nova Constituição. (AVRITZER, 2012 p. 390). Assim era idealizada uma normativa com características de orientação participativa abrindo espaço para as manifestações dos movimentos da sociedade civil em várias áreas.

Dentre elas, destacamos as agendas da reforma urbana e da saúde, impondo diretrizes que nortearam esses dois sistemas. Como salienta Heráclito Santa Brígida da Silva (2017 p.7) O Movimento Nacional de Reforma Urbana passou a ser chamado em 1987 de Fórum Nacional de Reforma Urbana (FNRU), que a partir de então passa a integrar as demandas urbanas e tinha por objetivo elaborar propostas de participação

democrática da sociedade civil e também pressionar o congresso nacional a regularizar o capítulo da política urbana na Constituição de 1988.

Uma das maiores conquistas do movimento pela reforma urbana é o Estatuto da cidade, Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001, que regulamenta os artigos 182 e 183 da Constituição Federal, fundando normas públicas que regulam o uso da propriedade urbana a serviço do benefício coletivo.

No âmbito da saúde, uma emenda popular, foi apresentada com assinaturas que reivindicavam a obrigatoriedade do Estado em providenciar a qualidade da saúde no país, estabelecendo um sistema único de saúde pública, de maneira igualitária. Além disso, previa a descentralização da prestação de serviços de saúde, a abertura para a participação popular, criando e implementando desses serviços.

Mesmo com dois anos da vigência da Constituição de 1988 a Lei Orgânica da saúde ainda não havia sido aprovada pelo então presidente Collor, provocando um empecilho com o congresso e protestos da população que ansiava por melhorias na saúde pública.

Com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, resolveu-se o impasse, regulamentando a participação no sistema de saúde através da criação de duas figuras institucionais, quais sejam as conferências de saúde e os conselhos de saúde (AVRITZER, 2012, p.390-391). A descentralização através de instituições que viabilizavam a participação social de segmentos que conheciam a realidade do sistema público de saúde, e testemunhavam o distanciamento do Estado dessa condição, foi o início de uma estruturação com viés democrático de ações integradas no qual aumentaria os índices de acerto na construção do SUS, por isso o empenho em reivindicar uma política que atentasse as solicitações dos usuários e trabalhadores de saúde dos grupos de lutas por direitos sociais, pois se via a ineficiência do Estado em atender as necessidades da população

As conferências de saúde têm um longo período de atuação, segundo Luciani Martins Ricardi, Helena Eri Shimizu e Leonor Maria Pacheco Santos (2017 p.156), apesar de se ter como marco de referência da participação social na saúde a Lei nº 8.142/1990, as Conferências Nacionais de Saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo ocorrido pela primeira vez em 1941. Assim a I Conferência de Saúde ocorrida entre 10 e 15 de novembro na cidade do Rio de Janeiro não houve participação popular nas discussões, as primeiras a serem realizadas foram espaços restritos as autoridades governamentais,

sendo poucas as informações disponíveis sobre elas além de ser inconstante o período para a realização das mesmas.

Na 3º Conferência Nacional realizada depois de treze anos referente a segunda, em 1963 no governo de João Goulart, o setor de saúde passou a debater sobre a descentralização e municipalização, e também a contribuição de profissionais técnicos, essas decisões significaria o aumento de atores nas discussões, as novas disposições norteariam vertentes para o sistema sanitário brasileiro e renovações na saúde. Todavia houve episódios políticos que frearam o vislumbre dessa conjuntura, distanciando a população desses espaços.

O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3º Conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de setenta (CONASS, 2009, p.13). As conferências continuaram e mesmo em meio a um cenário não favorável a negociações, as discussões por um sistema de saúde igualitário foram sendo desenvolvidas e aproximando para a nova conjuntura que se desenhava a qual eclodiu de vez na 8º Conferência, discutiremos os detalhes desse processo no primeiro capítulo dessa pesquisa.

As conferências têm por finalidade avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde; já os conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (ARAÚJO, 2014 p.15). Os conselhos de saúde devem estar em uniformidade com as necessidades da sociedade de forma a conciliar seus representantes em um espaço igualitário de debates das políticas de saúde pública a serem executadas.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e com competência de ação na elaboração e aplicação de estratégias, e na disseminação de políticas públicas de saúde eficazes. O conselho tem papel único de atuação na fiscalização, apuração de denúncias, aprovando planos e prestação de contas, auxiliando nas questões da gestão municipal de saúde, bem como atuações da Secretária Municipal de Saúde.

As conferências com o decorrer do tempo foram muito importantes para a consolidação de um novo sistema de saúde, principalmente a 8º Conferência Nacional de Saúde, a qual obteve uma maior participação de profissionais de saúde, usuários, técnicos políticos, lideranças populares e sindicais. Por meio do artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº8142 determinara-se as conferências de saúde e conselhos como

espaços democráticos de debate, criação e definição de políticas de saúde para a sociedade.

Apesar dessa abertura legal para a participação social é necessário avaliar como está sendo exercido as ações políticas nesses espaços. Nosso estudo, portanto, possui como objeto de pesquisa o Conselho Municipal de Saúde da cidade de Santarém-Pará. E essa pesquisa justifica-se pela importância de averiguar o funcionamento desse instrumento de participação social, sendo o acesso a saúde um direito universal e constitucional de fundamental importância para a sobrevivência do ser humano.

Esse estudo é válido por haver constantemente reclamações e descontentamento¹ por parte da população santarena com a oferta dos serviços públicos de saúde do município, o qual também atende aos municípios em torno da região Oeste do Pará, e como é o envolvimento da mesma nesse importante espaço de representação social que é o conselho de saúde.

Diante desse cenário e da oportunidade como acadêmica do curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) de participar como colaboradora do I Seminário de Gestão Pública e Participação Social: Os Conselhos Municipais de Santarém, realizado na UFOPA, constatei a importância de averiguar como está se configurando a participação social nesse espaço. Ao compreender essa realidade, torna-se possível a elaboração de planejamentos que proporcionem reflexões e ações conjuntas de melhorias na gestão pública.

A cidade de Santarém é o principal centro urbano, financeiro, comercial e cultural do oeste do Estado do Pará. É um dos municípios mais antigos da região amazônica e se firmou também como uma das mais importantes. É do interior do Estado, mas tem característica de cidade grande, com a terceira maior população urbana do Pará. Segundo o último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) feita em 2010 a população era de 294 mil com estimativa para 2019 de 304 mil. É o terceiro município mais populoso do Pará.

¹ Como é relatado nessa notícia do dia 07 de junho de 2016 sobre a superlotação no Hospital Municipal de Santarém, o qual ultrapassou o limite permitido, pois além de Santarém é recebido pessoas de outros municípios da região. Com o hospital lotado, crescem os problemas. Cada espaço vira local para atendimento. Segundo a direção do hospital “a população vem em busca de muitos atendimentos de urgência e emergência que deveriam ser feitos na Unidade de Pronto atendimento. Quando a pessoa procura o municipal, elas relatam que vai demorar, porém terão exames feitos, criando um fluxo indevido”, explica. Fonte: <http://www.g1.globo.com/pa/Santarém-região/notícia/2016/06/superlotação-no-hospital-municipal-prejudica-pacientes>. Acesso em: 18.01.2020.

Nesse sentido, Taynara do Vale Gomes et al (2017 p.914) afirmam que a região metropolitana de Santarém se apresenta como um espaço com grande potencial de aderência às premissas colocadas para as cidades do século XXI, pois mostra intensidade de atributos espaciais, recursos naturais, sociodiversidade e qualidades ambientais, compatíveis com o que vem sendo perseguido nos países centrais, em resposta à demanda por qualidade de vida urbana. A região está propícia a essa realidade, pois como a maioria das cidades da Amazônia é cobiçada pelo capital estrangeiro e nacional, principalmente no cultivo agrícola de grãos, que aumenta no município, nos moldes do desenvolvimento neoliberal capitalista voltados para as grandes produções e consumo do mercado externo sem respeitar as especificidades locais.

Santarém, segundo dados da prefeitura da cidade ocupa uma área de 22.887,080 km² com uma localização em torno de 800 km das maiores capitais da Amazônia, as cidades de Belém e Manaus, sendo cercada pelo rio Tapajós. É privilegiada em suas riquezas naturais que atraem turistas de várias partes do mundo. Maria Edinelma Maciel da Silva (2016, p.34) destaca que a cidade nos dias atuais exerce papel preponderante como a mais importante do Oeste do Estado do Pará, em função de apresentar, na área sede do município, a mais desenvolvida infraestrutura, dentre os municípios do Baixo Amazonas, com destaque para o setor de serviços e transportes, no qual chamam atenção a presença de escolas, hospitais, universidades, porto e aeroporto.

A lei 20.121/2016 discorre sobre a organização da estrutura administrativa do poder executivo municipal, em seu art. 2º dispõe dos órgãos de Administração Geral e Específica, expondo as secretarias como parte desse conjunto, estando no inciso V a secretaria municipal de saúde. Já, o art. 3º institui as unidades organizacionais vinculados a cada secretaria disposta no artigo anterior. O parágrafo 5º aponta a Secretaria Municipal de Saúde como atividade fim, o Conselho Municipal de Saúde, o Gabinete do Secretário (a), as Assessorias Especiais para as Regiões do Planalto, Rios e Zona Urbana, o Setor de Administração e Finanças, a Assessoria jurídica, a Ouvidoria Municipal do SUS, o Setor de Controle Interno, o Setor de Apoio e Gestão, as Unidades e Serviços de Saúde, os Programas de Saúde Especializados, e o Setor de Vigilância Sanitária.

No art. 8º a lei detalha a composição do poder executivo municipal acerca dos órgãos deliberativos, consultivos normativos e de financiamento, já criados por lei e que atuam dentro de suas funções. No inciso primeiro estão os Conselhos Municipais, e na alínea “j” o Conselho Municipal de Saúde.

Essa pesquisa tem como tema a gestão participativa, sendo observada através da contribuição do Conselho Municipal de saúde da cidade de Santarém-Pará, enquanto instrumento legal de participação Social. Pretende-se realizar uma investigação, afim de responder o seguinte problema de pesquisa: **o Conselho Municipal de Saúde de Santarém tem sido um instrumento de participação popular?**

Portanto, essa pesquisa tem como objetivo geral verificar se o Conselho Municipal de Saúde de Santarém tem sido instrumento de participação popular. Delimitou-se como objetivos específicos: a) Resgatar a participação popular na experiência brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988; b) Caracterizar o conselho de Saúde de Santarém quanto ao histórico, composição e atuação; c) Conferir se a atuação do Conselho Municipal de Saúde no que tange a participação popular por intermédio de estudo de caso.

O marco teórico abrange as discussões sobre a participação popular e os conselhos municipais. Quanto à metodologia, usamos o método de Estudo de Caso, segundo Augusto Nivaldo Silva Triviños (1987 p.133) o estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo o objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Esse método envolve o pesquisador na avaliação do seu objeto de estudo trazendo o mesmo para a realidade pesquisada descrevendo suas percepções do ambiente examinado. As técnicas de pesquisa utilizadas serão as de revisão bibliográfica, observação direta, entrevista, análise documental e legislativa.

Como método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações, e contribui para o nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2010). O estudo de caso permite investigar os comportamentos dos indivíduos em relação aos eventos vividos em diferentes áreas de atuação.

Inicialmente, trabalhou-se com a pesquisa bibliográfica com levantamentos de informações por meio de dados secundários sobre a participação social através da análise legislativa da própria Constituição Federal e textos que proporcionam reflexões sobre o surgimento dos espaços democráticos. Conseqüentemente, a análise documental e legislativas de embasamento da criação e manutenção do Conselho Municipal de Saúde de Santarém, assim como observação direta de reunião e por fim, entrevista com a atual presidente do Conselho Municipal de Santarém Gracivane Moura, com o fim de averiguar e colher elementos que possa fundamentar essa pesquisa.

O trabalho está estruturado em três capítulos além da introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo aborda a participação popular na experiência brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e os instrumentos legalizados por ela. O segundo capítulo descreve o Conselho Municipal de Santarém destacando aspectos como sua história, composição e contribuição. O terceiro capítulo dispõe sobre a investigação da atuação do Conselho Municipal de Saúde referente a participação popular nesse espaço.

2 METODOLOGIA

Essa pesquisa é caracterizada por apresentar um estudo de caso, no qual o campo de investigação é sobre as ações do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Santarém-Pará enquanto instrumento legal de participação social. Como diz Robert Yin (2010), em resumo, o método do estudo de caso permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real- como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos, a mudança de vizinhança, o desempenho escolar, as relações internacionais e a maturação das indústrias.

Este procedimento é pertinente, pois o trabalho tem como objetivo averiguar a participação social através do Conselho Municipal de Saúde na cidade de Santarém, o estudo é embasado sobre o levantamento bibliográfico e a análise legislativa acerca do tema, além de presenciar reunião do CMS observando a dinâmica abordada nesse espaço. O levantamento bibliográfico possibilitou o conhecimento de conceitos sobre temas importantes para o entendimento e fundamentação da pesquisa, como a “o cenário da ditadura no Brasil”, o “movimento de reforma sanitária”, e o de “reforma urbana” contextos que fazem parte da história do Brasil, além de que alguns desses eventos contribuírem de maneira efetiva na formulação da nossa atual Constituição.

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc.; até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas (MARCONI E LAKATOS, 2003 p.183).

A avaliação legislativa teve como principais leis a 8.080/90 e a 8.142/90 as quais deliberam sobre a regulação em todo o território brasileiro das ações e serviços de saúde, e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS com as conferências e conselhos. As leis municipais 13.523/91 e 14.214/92 que instituem respectivamente a criação dos conselhos municipais e conselho municipal de saúde, assim como as demais alterações sofridas nas mesmas, também foi averiguado o Regime Interno do CMSS, e o decreto municipal nº 232/2019 tais análises alicerçaram esse estudo permitindo fundar em bases legais.

Ao realizar observação direta do objeto pesquisado com a participação no dia 20 de novembro de 2019 de uma das recorrentes reuniões do conselho de saúde, permitiu

vivenciar uma experiência enriquecedora para o desenvolvimento da pesquisa. Acompanhar os debates e demandas atribuídos nesse espaço é essencial na compreensão da realidade local do sistema de saúde e as necessidades de seus usuários enquanto moradores da região do oeste do Pará, os quais tem questões específicas de suas vivências e dinâmicas territoriais. Outro instrumento usado foi a entrevista com a atual presidente do CMSS, Gracivane Moura cujos esclarecimentos foram de grande importância para elucidar dúvidas e ajudar na compreensão da atuação do CMSS conforme o ponto de vista de um dos seus conselheiros.

O instrumento utilizado para coleta de dados em um estudo de caso geralmente é o roteiro seguido de entrevista, com questões abertas, considerada como investigação semiestruturada. A entrevista pode ser realizada em uma única etapa na qual o entrevistador aplica um questionário aos entrevistados. A aplicação do instrumento pode ou não ser sempre no local de trabalho dos respondentes, em situação discreta e confidencial e com duração média de aproximadamente uma hora e trinta minutos (TOLEDO E SHIAISHI, 2009 p.113).

A parte final desse estudo é fundamentado nos relatos feitos através de entrevista com a atual presidente do conselho Gracivane Moura. Para Marina de Andrade Marconi e Eva Maria Lakatos (2003) a entrevista é um encontro entre duas pessoas, afim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

Esse contato com atores que estão inclusos no ambiente do objeto estudado proporciona ao pesquisador a oportunidade de obter informações mais precisas e sanar as dúvidas recorrentes. Podemos ressaltar que nos dias atuais com a tecnologia como ferramenta de aproximar pessoas as entrevistas podem serem feitas por outros meios sem necessariamente precisar de um encontro pessoalmente, essas adequações acontecem conforme as circunstâncias que envolvem o pesquisador e seu objeto de estudo surgem no percurso da investigação.

Para a conseguir a entrevista, dirigi-me ao Conselho de Saúde de Santarém primeiro para conhecer sua localidade e conseguir informações sobre quais as exigências para agendar a entrevista, e sobre os dias de reuniões do conselho com o conhecimento adquirido retornei no dia 13 de novembro de 2019 munida de um ofício, onde expunha as causas de preterir tal entrevista e solicitando um horário com a presidente do CMSS a fim de realizar o encontro. No dia 20 de novembro de 2019 participei da reunião do Conselho Municipal de Saúde que ocorreu das oito horas da manhã às três horas da tarde,

com demandas variadas, e plenária cheia. Nessa reunião foi lido pela presidente Gracivane Moura o ofício requerendo a entrevista com a mesma, ao final foi acordado que a secretária entraria em contato informando o dia e horário a ser realizado a entrevista.

Essa parte da pesquisa foi a mais difícil, pois não houve uma resposta no tempo previsto para o agendamento da entrevista, foi necessário retornar outras vezes até ao conselho, para tentar encontrar uma solução, eles justificavam a falta de tempo da presidente. A realização da entrevista era fundamental no embasamento do trabalho, assim como ter como entrevistada a atual presidente que já assumia o segundo mandato consecutivo, além já ter participado da mesa diretora anteriormente em outra função.

Por isso foi preciso insistir e manter contato com as secretárias do CMSS, que mediarão a situação combinando que a entrevista acontecesse por telefone, após reforçar esse combinado em um encontro rápido com a Gracivane, enviei o roteiro da entrevista com as perguntas e explicando qual a finalidade da pesquisa.

Após serem enviadas as perguntas a dificuldade permaneceu, pois, os dias estavam avançando e as respostas não vinham, continuei mantendo contato informando a urgência por haver prazo de entrega, porém o silêncio perdurava. Mais uma vez fui ao Conselho Municipal de Saúde buscar os documentos que havia solicitado, quais sejam o Regime Interno da instituição e o Decreto Municipal nº232/2019. Nesse dia foi informado que a presidente estaria indo até local no período da tarde, assim retornei e aguardei a autorização para a entrega dos documentos e as respostas da entrevista, e foi o que ocorreu embora atrasado no dia 09 de dezembro de 2019.

CAPÍTULO 1: UM RESGATE DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA HISTÓRIA BRASILEIRA ATÉ A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988.

Nesse capítulo serão resgatadas, algumas manifestações populares de luta através de movimentos que reivindicavam a justiça social em determinados setores públicos, nos quais não havia atenção básica do governo, em prol das necessidades reais da população. Mencionaremos ainda os movimentos de Reforma Urbana e Reforma Sanitária, os quais historicamente obtiveram conquistas normatizadas na Constituição de 1988 e que, até os dias atuais, continuam lutando por melhorias nas políticas de gerenciamento público em áreas fundamentais para a sociedade brasileira como é o setor da saúde pública, urbanização e ordenamento do espaço nas cidades.

O processo democrático brasileiro visualizou a criação de espaços participativos os quais viabilizassem a possibilidade de a população dialogar com a gestão pública, de forma que esta possa influenciar nas decisões finais e na elaboração de políticas públicas, empoderando a mesma quanto a uma maior atuação através de subsídios legais de envolvimento social, ocasionando uma nova dinâmica em relação ao poder centralizador do Estado.

Em várias áreas, havia deficiências ou inexistência de atuação do Estado. Na saúde, eram assistidos os trabalhadores que tinham a seguridade social². Na década de oitenta, a sociedade civil brasileira viveu momentos significativos na luta contra a ditadura militar, pela democracia com direitos civis, políticos e sociais (OLIVEIRA E PINHEIRO, 2010).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi estabelecido novos parâmetros para a atuação do Estado, esses possibilitavam o exercício de uma cidadania mais ativa. Nessa nova conjuntura as reivindicações populares estavam em fervor na busca de melhorias nas áreas sociais, econômicas e de políticas públicas. O sistema público de saúde, nessa época, é um dos que sofre modificações consideráveis em sua ação e gerenciamento.

Como diz Jairnilson Silva Paim (2013 p.1928), a Constituição de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Universalizando a saúde e incumbindo ao Estado o dever de promovê-la de forma justa e igualitária.

² A intervenção do Estado na área do seguro social para assalariados urbanos do setor privado data de 1919, com o seguro de acidentes do trabalho, sendo da década de 1920 a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). O Decreto-lei n. 4.682/23 cria a primeira CAP, dos ferroviários, tendo-se este modelo de seguro social rapidamente multiplicado nos anos subsequentes (COHN et al, 2017 p. 17).

Neste cenário de redefinições das relações entre Estado e sociedade civil, aconteceram muitas mobilizações de grupos e protagonistas sociais por meio de debates e propostas no enfrentamento da crise social, que desencadearam no processo constituinte resultando na reforma Constitucional em 1988 (PIANA, 2008 p.42). O período era de debates acerca dos novos direcionamentos para as políticas sociais do país, a fim de redemocratizá-las, sendo que elas estavam em situação de precarização, setorizadas, cuja função jazia para uma política de autoritarismo e exclusão.

Assim, explode no cenário nacional os movimentos populares que já eram presentes e surgem outros sujeitos políticos a fim de reivindicar melhorias em diversas áreas. O fim do regime militar renovou a utopia de uma sociedade democrática e justa, incentivando mobilizações e buscas por alternativas diante das concepções vigentes de cidadania (COELHO, 2012 p.141).

Nesse contexto, o cenário brasileiro foi evidenciado por diversas manifestações de lutas sociais por direitos de serem ouvidos nas decisões políticas. Havia uma centralização nas deliberações além do autoritarismo que reprimia qualquer manifestação popular, desenvolvendo ações que beneficiavam principalmente o sistema privado. No âmbito da saúde como ressalta Marcus Vinícius Polignamo (2001, p.21) o setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 64, tendo recebido neste período vultuosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”.

A saúde pública brasileira entrou em crise e esse modelo liberal se reestruturou com novas formas de atuação, direcionados para a população de classe média e trabalhadores assalariados, aqueles que teriam condições de pagar pelos serviços médicos. E a esfera pública se incumbia de atender a maioria da população com os escassos subsídios dos governos federal, estadual e municipal.

Durante o período colonial, o país conviveu por mais de três séculos com precários serviços de saúde e uma quase absoluta ausência de atuação do Estado nesse campo. Nossas primeiras instituições de saúde foram criadas com a chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro, no início do século XIX, mas tivemos que esperar até o início do século seguinte para, por um lado, com a introdução e consolidação da medicina científica no país, obter os meios técnicos de intervenção e, por outro, encontrar, na esfera do Estado, interesses para a criação de instâncias permanentes para formulação e execução de políticas e de serviços técnicos de saúde. Só a partir de então passaram a ser criados e transformados na estrutura do Estado, organismos com essas funções, enquanto se ampliavam em número e diversificação os serviços de saúde, mantidos tanto pelo Estado como pela iniciativa privada. (ROMERO, 2009 p.2-3)

A constituição de 1988 proporcionou modificações institucionais consideráveis para a liberdade de atuação dos segmentos sociais, estabelecendo a participação popular como pilar dessas normas que regem o nosso país, fornecendo a sociedade civil organizada, direitos fundamentais como o poder de intervenção na tomada de decisão da gestão pública e na elaboração de políticas que alcancem as necessidades do cidadão brasileiro. Trouxe princípios que norteiam os direitos e deveres dos cidadãos assim como a organização do Estado, dos Poderes, demandas econômicas e sociais da República Federativa Brasileira.

Segundo Leonardo Rolim, Rachel Cruz e Karla Sampaio (2013, p.140), sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde.

Esse novo panorama é uma idealização do Estado de Direito contemplando a reafirmação da democracia, no qual as negociações fazem parte do processo para a tomada de decisão na saúde pública, considerando as sugestões e opiniões dos atores da sociedade os quais estão envolvidos na realidade da comunidade em que estão inseridos. Principalmente através do controle social³, como dizem Aldaíza Sposati e Elza Lobo (1992, p.372) o que se quer marcar é a presença de um sujeito que se contrapõe, que tem força e presença para pressionar e ter protagonismo, isto é, ser sujeito, e não sujeitoado.

Esse ambiente é construído não somente pelas leis que os instituíram, mas, fundamentalmente, pelos cidadãos que ocupam esses espaços, legitimando os mesmos, a cumprir seu caráter fiscalizador das ações dos agentes estatais e operante junto com os governos na elaboração de políticas que beneficiem os usuários públicos.

Há uma necessidade de evidenciar as conquistas dos direitos institucionais e salientar que é dever do cidadão conhecê-los a fim de reivindicar ocupando os espaços que lhes pertence. A participação política ocorre de maneira desigual. A história de vida, os valores, o interesse de participação e os próprios conhecimentos adquiridos individual

³ A discussão com ênfase dada ao controle social na nova Constituição se expressa em novas diretrizes para a efetivação desde por meio de instrumentos normativos e da criação legal de espaços institucionais que garantem a participação da sociedade civil organizada na fiscalização direta do executivo nas três esferas de governo. (ROLIM, CRUZ E SAMPAIO 2013 p.141).

ou coletivamente são fatores que influenciam na forma de participação dos sujeitos nas políticas públicas. (ARAÚJO, 2014 p.28).

A participação social envolve a distribuição de poder na qual o debate se expande alcançando outros sujeitos, induzindo ao gestor público obter uma visão ampla das regiões, influenciando em ações que condizem com a realidade. Por isso a importância dessa relação ser fortalecida adquirindo experiências e conhecimento que capacitará na formação do cidadão ativo, consciente de sua importância, e uma Administração Pública mais assertiva na responsabilidade de proporcionar o bem-estar ao povo.

Como diz Juliana Sousa Coelho (2012 p.145), a participação é uma determinante fundamental da democracia. Não é concessão nem exigência burocrática, mas uma conquista social. Participação plena significa decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social. As organizações coletivas para debater sobre as políticas públicas causam, interferência e incômodo nas ações dos agentes políticos e desfaz o caráter privado de beneficiar poucos em detrimento do prejuízo coletivo, fortalecendo a democracia representativa brasileira preenchendo os espaços destinados à sociedade mudando o estilo da política paternalista.

Na ditadura havia um Estado opressor excluindo a liberdade de expressão e manifestação. Todavia, os movimentos sociais lutavam reivindicando avanços na criação de benefícios para a população. Nesse contexto de crises, as condições precárias e a insatisfação popular se intensificaram e a população passou a reivindicar melhorias de infraestrutura e de oferta de serviços públicos, especialmente no âmbito da saúde. (ARAÚJO, 2014 p.27).

A trajetória brasileira é caracterizada por um longo período como colônia portuguesa, império e ditadura, o que dá parâmetro para a pouca experiência da sociedade no entendimento de cidadania participativa, ocasionando em um enfraquecimento na representatividade social. O que reflete em uma pouca renovação dos componentes de grupos sociais frente as ampliações das demandas.

Ao proclamar sua independência de Portugal em 1822, o Brasil herdou uma tradição cívica pouca encorajadora. Em três séculos de colonização (1500-1820), os portugueses tinham construído um enorme país dotado de unidade territorial, linguística, cultural e religiosa. Mas tinham também deixado uma população analfabeto, uma sociedade escravocrata uma economia monocultora e latifundiária, um Estado absolutista. Á época da independência, não havia cidadãos brasileiros, nem pátria brasileira (CARVALHO, 2008 p.15-16).

A cidadania no Brasil se desenvolve lentamente, tendo em vista o exemplo de nossa constituição cidadã que tem pouco mais de trinta anos de atuação, e que ainda hoje se nota grandes desafios em ser exercida, pois constantemente sofre com as demandas do “neodesenvolvimento”⁴ capitalista que prioriza a política privatista em detrimento ao social coletivo.

A insatisfação com o sistema de saúde que favorecia aqueles que melhor contribuía para a economia, revoltava a população a qual iniciou sua luta por melhorias e igualdade. Segundo Amélia Cohn et. al (2017, p.18) não se constituía, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório.

No entanto havia insatisfação por parte dos usuários com um sistema que não os consideravam por sua condição de cidadão, mas pelo valor de sua contribuição para o setor econômico (MACEDO, 2005 p.15). Havia uma exclusão da opinião da população na tomada de decisão sobre as políticas sociais, e que resultava em um distanciamento da realidade nacional.

A assistência médica era constituída como um benefício previdenciário, sendo que os atendimentos eram proporcionais às contribuições, segundo Maria Inês Souza Bravo (2001, p.04) a política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsector de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsector de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

A área da saúde cada vez mais se desenvolvia e criava estruturas de gestão e serviços, mais ainda fixada entre as três esferas de governo fortalecendo a política centralizadora deliberada em regra pelo governo federal. Mesmo com o crescimento principalmente de demandas, a criação de um Ministério da Saúde, no entanto, só veio a acontecer em 1953, já no segundo governo Vargas, e, no ano seguinte, uma lei federal

⁴ O conceito de cidade, e com ele os conceitos de poder público e de governo da cidade são investidos de novos significados, numa operação que tem como um dos esteios a transformação da cidade em sujeito/ator econômico... e, mais especificamente, num sujeito/ator cuja natureza mercantil e empresarial instaura o poder de uma nova lógica, com a qual se pretende legitimar a apropriação direta dos instrumentos de poder público por grupos empresariais privados (VAINER, 1999 p.89).

estabeleceu “normas gerais sobre defesa e proteção da saúde”. A nova política de saúde que se implementou passou a ter a orientação do movimento que ficou conhecido como “sanitarista desenvolvimentista”, nascido no contexto da luta pela democratização do país durante o Estado Novo.

A conquista de direitos no Brasil se deu por meio de lutas contra o autoritarismo e exclusão o que na maioria das vezes acontecia após uma longa espera, por isso é fundamental conforme são efetivados esses direitos, precisam ser exercitados na realidade social para não se transformarem em meras normas burocráticas. As conferências nacionais foram um dos primeiros espaços de discussão de políticas que existiram, as primeiras eram realizadas principalmente pelos governos não existindo uma atuação social. Como salienta o Conselho Nacional de Secretária de Saúde (CONASS, 2009 p.11) eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do Acre.

Após a criação do Ministério que trataria unicamente da Saúde na década de cinquenta, teve visibilidade na segunda conferência um maior debate entre técnicos e administradores sobre a assistência médica sanitária e nas condições de higiene e segurança do trabalho, observamos que a prioridade está sobre dar boas condições aos trabalhadores os quais são contribuintes previdenciários.

A terceira Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1963, dez anos após a criação do Ministério da Saúde. Além disso, propôs-se que fossem definidas as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de saúde pública (SANTOS, NEVES E SANNA, 2014 p.5). As pautas sanitárias voltaram a fazer parte das reivindicações dos trabalhadores, dos movimentos sociais, e dos partidos de esquerda, com bastante intensidade que passaram a serem incluídas nas políticas de base do então governo Goulart⁵.

Foi a primeira vez que se propôs uma política nacional voltada para a saúde, todavia o cenário que se desenhou foi de contrariedade ao avanço que se propunha. A ditadura instaurada em 1964, interrompeu esse ciclo de abertura para a interação com o

⁵ Com a promessa de caminhar ao congresso projetos de reformas de base (agrária, eleitoral, bancária, constitucional, universitária). Jango radicalizava seu discurso anunciando desapropriações de terras que ladeavam rodovias e ferrovias nacionais e encampações de refinarias. Poucos atos públicos tiveram tanto impacto e repercussão na vida política de nosso país. Contudo, mais uma vez a esquerda amargaria uma derrota política. Na certeza de que colheriam os frutos para a construção de um governo nacionalista democrático e popular mal sabiam que aquele momento entraria para a história recente como o último ato da “democracia populista” (SOUZA, COSTA E CARVALHO, 2007 p.3-4).

Estado e suspendeu qualquer caminho formal ou informal de influência na gestão pública da época.

Em 31 de março, os tanques de guerra do Exército já se dirigiam ao Rio de Janeiro, onde Goulart se encontrava. O governo caiu sem grandes resistências. A ida de Jango para o Rio Grande do Sul foi o argumento para o senador Auro de Moura Andrade, que presidia o Congresso Nacional, declarar a vacância do cargo de presidente da República, devido aos últimos acontecimentos. No dia 3 de abril, o general Castelo Branco já era o novo presidente do Brasil, Jango partiu para o exílio no Uruguai.

O golpe, deflagrado pelos militares, foi saudado por importantes setores civis da sociedade. Grande parte do empresariado, da imprensa, dos proprietários rurais, da Igreja Católica, vários governadores de Estados importantes, como Carlos Lacerda, da Guanabara; Magalhães Pinto; de Minas Gerais e Ademar de Barros de São Paulo. E amplos setores de classe média pediram estimularam a intervenção militar, como modo de pôr fim à suposta ameaça de esquerdização do governo e de controlar a crise econômica. O golpe também foi recebido com alívio pelo governo dos Estados Unidos, que não via com bons olhos a aproximação de Goulart com as esquerdas (ARAÚJO, SILVA E SANTOS, 2013, p.16).

No decorrer dos anos de ditadura aconteceram as demais conferências, porém eram dirigidas pelos militares e com a contribuição de parecer técnicos. O que trouxe retrocessos como a diminuição no repasse de verbas ao Ministério da Saúde, e a valorização de uma política individual de saúde em detrimento da coletividade. Em outros setores como na economia, houve uma abertura ao capital internacional, e uma contenção dos salários e proibição aos trabalhadores de realizarem greve. Assim como no âmbito social e político aqueles que eram opositores ao governo ditador eram perseguidos e repreendidos com castigos desumanos e até mortes.

O Ato Institucional decretado no dia 9 de abril de 1964 (posteriormente conhecido como AI-I) iniciava a temporada de cassações de mandatos de parlamentares e a suspensão dos direitos políticos dos “inimigos da revolução”. Esse era o começo de uma ditadura militar que perduraria por mais de vinte anos no poder; uma conjuntura singular na história do país (ARAÚJO, SILVA E SANTOS, 2013, p.17). Os atos institucionais colocavam em prática a censura, a perseguição política, e o desaparecimento de direitos constitucionais, a falta de democracia e a repreensão aqueles que eram contrários ao regime ditatório.

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA E TEIXEIRA, 2014 p.17).

As políticas de saúde nesse período buscavam incentivar a expansão do setor privado. Através de Aumento das compras desses serviços pela previdência, e o oferecimento por parte governo de incentivos fiscais as empresas e convênios. Ao final da dos anos 70, a previdência entrou em crise explícita, advinda: da má aplicação dos recursos, do uso dos recursos em obras sem retorno para o caixa, da incorporação tecnológica e aumento dos custos, da assistência baseada predominantemente no hospital e do privilegiamento do setor privado. Somado a isso, estava um quadro social de grande desigualdade, condições de vida insalubres, e saneamento precário (LUCCHESI et. al, 2002 p.15). O governo ditador sofria uma grande crise, diante do aumento de movimentos sociais os quais reivindicavam melhorias para os excluídos das políticas sociais, por mais que ainda houvesse repreensão, era crescente o número de grupos populares de resistência.

Ainda segundo esse autor, o movimento da reforma sanitária buscava reverter a lógica da assistência à saúde com os seguintes princípios: universalizar o direito à saúde, integralizar as ações de cunho preventivo e curativo, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e da Previdência separadamente. Faziam parte do movimento sanitário desde técnicos do setor saúde até acadêmicos, secretários de saúde, simpatizantes da discussão de saúde, associações da sociedade civil.

A sociedade civil brasileira jamais esteve apática e nem impotente ante o regime autoritário-militar, uma vez que ela foi responsável pela geração de fatos decisivos para o desenrolar da abertura política e da posterior evolução do país para o regime democrático (CONASEMS, 2007 p.26). Mesmo com violência e repreensão imposta pelos governos ditadores a insatisfação populacional e de grupo opositores gerou várias manifestações contrárias a essas restrições, tais mobilizações eram inquietações que atingiam diversas áreas da sociedade as quais resultaram em movimentos sociais, cuja luta se direcionava na busca por melhorias de políticas públicas para segmentos fundamentais no desenvolvimento humano.

Como diz Madel Therezinha Luz (1991, p.83) os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime. As demandas sociais estavam em uma crescente, sendo que o acesso das camadas economicamente inferiores à aparelhos públicos básicos

era limitado, como no caso da saúde e mobilidade urbana, ocasionando o surgimento de movimentos reformistas importantes que influenciaram na elaboração de artigos da constituição de 1988.

O conceito de Reforma Urbana foi construído aos poucos, a partir das reivindicações por reformas sociais que exigiam mudanças em meados dos anos 1960, e que buscavam uma sociedade mais igualitária (TORRES E GINTERS, 2016 p.15). O movimento reuniu diversos setores da sociedade civil na luta por modificações, na política de gestão do espaço urbano, com o intuito de conseguir condições dignas de moradia, mobilidade urbana e acessibilidade aos espaços da cidade a toda a população, como meio de alcançar uma gestão democrática da cidade.

O Movimento de Reforma Urbana visa construir políticas públicas que induzam as ações do governo em prol de uma cidade mais justa e igualitária privilegiando o bem-estar coletivo em detrimento do privado. A proposta de criar uma legislação especificamente para a questão urbana no Brasil foi formulada pela primeira vez em 1963, durante o Seminário de Habitação e Reforma Urbana, coordenado pelo Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB) (FORTES, CÔRREA E FONTES, 2014 p.102).

Com o golpe militar de 1964, as pautas enfraqueceram e o programa dessas reivindicações e de outros foram substituídos pelo governo por projetos que favoreciam a especulação imobiliária e a privatização dos espaços públicos. No decorrer dos anos 80 com as lutas por redemocratização retornando com mais vigor, a reforma urbana entrou novamente em discussão ganhando maior visibilidade durante as articulações da Constituição de 1988.

Esse grupo era composto pelos principais movimentos populares urbanos nacionais, por diversas entidades representativas de classes profissionais e organizações não governamentais, entre outros. Desde então, essa rede não se desarticulou mais.

A luta histórica pela Reforma Urbana está baseada em três princípios: 1) o direito à cidade, entendido como garantia para toda a população dos seus direitos básicos à moradia digna, ao saneamento ambiental, à mobilidade, ao trabalho, ao lazer e a cultura; 2) gestão democrática das cidades, entendida como a forma de planejar, produzir e governar as cidades, com controle e participação da sociedade civil organizada; 3) a função social da cidade e da propriedade, entendidas como a prevalência do interesse coletivo sobre um direito individual de um proprietário (TORRES E GINTERS, 2016 p.14).

O Movimento Nacional de Reforma Urbana lutava por uma sociedade justa e igualitária, e pela estabilização da democracia. A união de várias entidades sociais mobilizou para efetivar as propostas em lei, a serem incluídas à Constituição Federal divididas em dois capítulos o 182 e 183, os quais denotam sobre a política urbana no país,

o primeiro dispõe a respeito do poder público municipal a garantir o bem-estar de sua população, além de ordenar a realização do Plano Diretor⁶, e a função social da terra urbana entre outros. O segundo expõe sobre a regularização e posse da terra.

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação, o Fórum Nacional de Reforma Urbana angaria mais uma vitória com a aprovação do Estatuto da Cidade (Lei Federal nº 10.257/01). Essa lei, que busca ampliar algumas das diretrizes enunciadas pelo capítulo da política urbana da Carta de 1988 instituindo diretrizes para o cumprimento da função social da propriedade e da cidade, não foi acompanhada por ajustes institucionais que garantissem a sua implantação (FORTES, CÔRREA E FONTES, 2014 p.103). As lutas por redução das desigualdades sociais na cidade perduram por anos, alcançando vitórias e retrocessos, porém em qualquer época é relevante o número de atores sociais que tem a perspectiva de melhorar a maneira cuja a cidade funciona, empenhados para que os atores políticos também sejam defensores dessa causa, principalmente nos dias atuais nos quais vivenciamos um crescimento desordenado do uso e apropriação do solo.

Num cenário marcado pela crise previdenciária que se instalou no país no final da década de 70 e início dos anos 80, e pela presença de vários movimentos de democratização da sociedade brasileira, começa a se delinear um amplo projeto de Saúde Pública (CONASEMS, 2007 p.39). Por causa da má administração dos recursos, obras inadequadas, aumento dos custos, assistência limitada e privilégios ao setor particular, além do aumento da desigualdade social e escasso saneamento básico, assim como outros entraves, deram vazão a uma crise do governo militar.

Tal cenário favoreceu a expansão dos movimentos sociais e a elaboração de propostas que assistissem aos excluídos. No âmbito da saúde, ganhou destaque o movimento da reforma sanitária, pretendendo reformular as políticas públicas através de princípios universais, intercalados com ações do Ministério da Saúde e da Previdência separadamente. Mantendo o foco na prevenção, descentralização da gestão com participação e controle social, foram estabelecidas metas consideradas audaciosas que poderiam revolucionar a Administração Pública da saúde no país.

⁶ A centralidade do Plano Diretor é ressaltada por Norma Lacerda, “A importância do Plano diretor é revelada ao ser eleito pela Constituição de 1988 como o instrumento básico, fundamental para o planejamento urbano, com o qual todos os demais instrumentos de política urbana devem guardar estreita relação e harmonizar-se com seus princípios, diretrizes e normas. O Plano é, assim, a matriz do desenvolvimento urbano do município, possuindo por isso mesmo uma interface necessária com todos os demais instrumentos de planejamento da administração municipal (LACERDA et. al, 2005 p.56).

A questão da reforma sanitária e de seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuiu para transformar a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização de um novo contexto institucional, a reforma sanitária se tornou um tema original face à história das políticas sociais no Brasil (LUZ, 1991, p.89). Suas reivindicações almejavam uma alteração na estrutura das políticas públicas e normas constitucionais relacionadas à saúde coletiva, com o intuito de reduzir as mazelas históricas enfrentadas pela população.

A expansão das pautas e a evolução das políticas de saúde influenciaram os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cuja realização tornou-se um marco nas mudanças do sistema de saúde brasileiro.

O ponto alto do debate pela articulação da Reforma Sanitária deu-se no fim da década de 70 e culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual propôs a saúde como um direito do cidadão, um dever do Estado e com acesso a todos os bens e serviços que promovessem e a colocassem como universal. Posteriormente, duas dessas diretrizes dariam formato ao SUS: a universalidade e a integralidade. Essas diretrizes e demandas baseadas na VIII Conferência de Saúde integram um leque social mais amplo: o das lutas pelas liberdades democráticas e do movimento sindical que se rearticulava na época, acrescidos a seguir dos movimentos sociais que pressionavam a Assembleia Nacional Constituinte. Reconhecidos avanços foram feitos como os da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987/1988), na Constituição (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990). A conquista do princípio Constitucional da Participação da Comunidade e da Lei 8142/90 que dispôs as Conferências e Conselhos de Saúde convalidava a visão da ampla participação social no movimento da Reforma Sanitária e na formulação das políticas e estratégias na saúde (FORTES, CORRÊA E FONTES, 2014 p.129).

Os Conselhos de Saúde foram normatizados como espaços públicos democráticos seja na esfera federal, estadual ou municipal de debates e discussões que visam a participação⁷ distribuída entre a sociedade civil, gestores e trabalhadores, unidos para analisar, planejar e fiscalizar as políticas de saúde e sua gestão. Com base na legislação já existente, pode-se definir um Conselho de Saúde como órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixados em lei (LUCCHESI et. al, 2002 p.33).

Em 1987-1988, foi realizada a Assembleia Nacional Constituinte a qual foi responsável por aprovar a atual Constituição Federal do Brasil. Essa mudança foi necessária, pois o Brasil vivia transformações que precisavam serem acordadas em sua

⁷ Sobre a participação popular na administração pública, Juliana Sousa Coelho ressalta o seguinte: “A participação é determinante fundamental da democracia. Não é concessão nem exigência burocrática, mas uma conquista social. Participação plena significa decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social” (COELHO, 2012 p,145).

Carta Magna, a qual trouxe mudanças estruturais importantes, principalmente a normatização da participação popular na gestão pública.

O processo Constituinte e a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 representaram um divisor de águas, o grande momento de inflexão e de ruptura com a tradição até então predominante: ser contra o Estado. Uma nova concepção de participação iniciou sua construção, unindo a democracia direta à democracia representativa. Tratava-se de participar de um novo momento político, que era a definição das formas de gestão dos equipamentos e serviços, a definição e implantação das leis estaduais e municipais, a construção dos diferentes conselhos e câmaras de interlocução do Estado com a sociedade. Em suma, participar da gestão dos direitos. Não se contentar em estar incluído na lei, via direito adquirido, mas lutar para sua operacionalização e gestão (GOHN, 2000 p.25).

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988, sendo uma das maiores conquistas dos movimentos sociais. Esse sistema, tem como base a democratização de ações e serviços de saúde, prezando pelo bem-estar da população e inclusão social. O SUS foi regulamentado dois anos após a promulgação da Constituição através das leis orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90), destacam-se, também como fundamento jurídico-institucional e normativo que orienta a operacionalidade do SUS (FREIRE, 2009, p.5).

Por mais que as políticas públicas tenham avançado, principalmente com a utilização do SUS, esse sistema ainda tem muitos desafios a serem enfrentados para que ele inclua e atenda conforme a norma constitucional. Ainda são muitas as reclamações como também aqueles que ainda são excluídos do acesso ao serviço de saúde, por isso a importância de conhecer as conquistas para inspirar novos progressos.

Como vimos a trajetória brasileira pela conquista de espaços democráticos foi extensa, passando por períodos críticos como a ditadura militar. Todavia, a persistência e necessidade de mudança contribuiu para a efervescência dos movimentos sociais que reivindicavam e elaboravam propostas de transformações estruturais. As quais visavam criar políticas públicas que atuassem nas carências da coletividade.

A inserção na Constituição de 1988 de ideais vindos dos anseios populares foi um marco na história do país, por ser uma abertura política importante para a participação social a qual possibilitou a inclusão do cidadão na administração pública. No próximo capítulo será caracterizado o Conselho Municipal de Saúde, um espaço que foi normatizado para contribuir no exercício da cidadania ativa no qual há a colaboração de representantes de vários setores da sociedade civil organizada e do Estado, com o intuito

de debater e fiscalizar as propostas de gerenciamento da saúde pública, sendo nessa pesquisa singularizado em sua atuação no município de Santarém Pará.

CAPÍTULO 2: CARACTERIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTARÉM.

Vimos no capítulo anterior como os movimentos de lutas por justiça social desponta no Brasil e alcança espaços normatizados através da Constituição Federal de 1988, a qual institui meios de intervenção popular no âmbito da Administração Pública. Assim, esse capítulo tem como finalidade caracterizar um dos importantes instrumentos de controle social estabelecido pela Constituição, qual seja os Conselhos Municipais. Importante ressaltar que a Carta Magna também garantiu aos municípios gerência nas políticas locais.

Neste tópico, destacaremos ainda a competência do Conselho Municipal de Saúde de Santarém-Pará, fazendo um levantamento sobre seu histórico, atuação e composição. Averiguaremos, portanto se ele está sendo utilizado pela população local como ferramenta de participação social, em prol de melhorias no sistema público de saúde.

A urbanização nas regiões amazônicas historicamente aconteceu de forma displicente no que refere a ausência de planejamento adequado, principalmente em não reconhecer e respeitar as especificidades que aqui existem, refletindo em um crescimento desordenado no qual deixa vulnerável o desenvolvimento social e econômico. Gerando mazelas como o desemprego, violência, ausência de saneamento básico, irregularidades fundiárias, conflitos étnicos entre outros, situações que negligenciam direitos fundamentais adquiridos na atual Constituição Federal, em seu art. 6º como a saúde, moradia e segurança.

Como expõe Jader Duarte Ferreira (2011, p.19) esses problemas se agravam com a expansão urbana das cidades amazônicas, a exemplo de Santarém, onde se constata o crescimento de áreas informais, o adensamento populacional e de novas atividades econômicas, sem o efetivo acompanhamento por ações planejadas de intervenção por parte do poder público. A cidade de Santarém foi fundada no dia 22 de junho de 1661 pelo padre João Felipe Bettendorf, através de uma das missões jesuítas comuns daquela época em localidades que habitavam tribos indígenas, no caso de Santarém na aldeia dos Tapajós. A elevação para a categoria de vila ocorreu no dia 14 de março de 1758.

Em seu percurso econômico, social e cultural ocorreram vários eventos importantes como no ciclo da Borracha com a vinda de imigrantes, movimentos de resistências como a Cabanagem que estava descontente com o governo central, e dos indígenas que já lutavam pela sua sobrevivência. Só em 24 de outubro de 1848, a até então vila foi instituída como cidade, que hoje abriga indivíduos descendentes de variados

lugares e raças formando uma população de estimativa segundo o IBGE para o ano de 2019 de 304.589. Com o modelo de desenvolvimento estabelecido pelo governo da ditadura militar na década de 60, com políticas estatais voltadas segundo suas perspectivas para ocupar o “vazio demográfico” da região amazônica, houve um movimento histórico de ocupação nessa região, com a abertura de estradas como a BR 163 e a transformação na estrutura urbana da cidade.

Desta forma, Santarém passou a desempenhar importante papel polarizador, definindo sua primazia urbana na Mesorregião do Baixo Amazonas, com áreas de influência que se estende por dezesseis municípios, o que tem se efetivado ainda mais nas últimas duas décadas, em virtude de alocação e melhoria de serviços e infraestrutura.

A partir da década de 1970 verificamos um acelerado processo de expansão urbana em Santarém, acompanhado a orientação dos eixos das rodovias Santarém-Curuá-Una, Cuiabá-Santarém e Av. Fernando Guilhon. Esta expansão tem assumido grandes proporções, resultando, portanto, no espraiamento de sua periferia nas direções sul (Cuiabá-Santarém e Santarém-Curuá-Una) e sudoeste (Fernando Guilhon) (OLIVEIRA, 2008 p.2).

Santarém está localizada entre as capitais Belém e Manaus, além de ser um importante auxílio na ocupação da região oeste do Pará, e entreposto comercial. Atualmente também é reconhecida internacionalmente pelo aumento do turismo principalmente por suas belezas naturais. Na área da saúde tem dois principais hospitais, o Municipal de nome Dr. Aberto Tolentino Sotelo e o Hospital Regional do Baixo Amazonas, os quais atendem toda a região e cidades vizinhas.

Segundo Carlos Henrique Rezende dos Santos Pereira (2014, p.23) o art. 18 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que trata da à organização político-administrativa, qualifica os municípios como entes federados. Na Constituição anterior, a República Federativa do Brasil era formada apenas pela união dos Estados, do Distrito federal e dos Territórios. Logo, a Constituição de 1988 representou um marco no processo de descentralização política no Brasil, ao reconhecer os municípios como entes da federação e ao atribuir-lhes maiores competências.

Assim a vigente Constituição Federal confere ao município, do lado da União e dos Estados-Membros do Distrito Federal, legítimo poder estatal, garantindo, autonomia política e administrativa dentro de sua localidade, consolidando a descentralização da política na gestão nacional. Repartindo as competências de atuações, para organizar e manter serviços públicos locais, assegurando sua autonomia, enquanto em administrar os interesses que afetam o município.

A partir dessa nova dimensão municipal Iris Eliete Teixeira Neves de Pinho Tavares (1997, p.182) comenta que a constituinte expressa, no art. 1º, como opção

política, o sistema republicano de governo, a forma federativa de estado, o primado do direito, a soberania popular que caracteriza o Estado Democrático de Direito, tendo como fundamentos os estabelecidos nos incisos I ao IV. Como opção jurídica, conseqüentemente, esse mesmo artigo enumera as instituições da República, da Federação, da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal. Inclui definitivamente o Município no rol dos entes federados.

A atual Constituição tem como característica a ampliação da autonomia municipal, em três aspectos, a saber, político, administrativo e financeiro, conforme o disposto nos arts. 29 a 31, 156, 158 e 159, outorgando-lhe o poder para elaborar sua Lei Orgânica.

O mais importante da Constituição de 1988, no que diz respeito ao processo de autonomia dos municípios, está no art. 29, que dispõe: “O município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará”. Esse artigo coloca o município, em relação a sua autonomia, em uma posição privilegiada, uma vez que não está mais subordinado a qualquer autoridade estadual ou federal no desempenho de suas atribuições. Os municípios, ainda, dentro de sua competência privativa, podem “legislar sobre assuntos de interesse local” (conforme o dispositivo art. 30, I), em substituição a tradicional expressão “peculiar interesse”, que acompanhava todas as Constituições anteriores (PEREIRA, 2014 p.24).

A autonomia de um governo ou região está relacionado com a elaboração de suas próprias leis e regras as quais nortearão nas tomadas de decisões e organização da gestão local. Dentre as várias atribuições legislativas que os municípios adquiriram, está o direito de criar, a lei orgânica de suas cidades, já que ela tem a finalidade de reger os municípios e o Distrito Federal. Sua aprovação é feita pela maioria dos membros da Câmara Municipal, sendo responsabilidade do prefeito do município fazer com que ela seja cumprida.

Sobre esse assunto Antônio José Calhau de Resende (2008, p.9) discorre, que de todos os atos legislativos editados pela comunidade local, não há dúvida de que a Lei Orgânica é o mais importante, uma vez que deve estabelecer as diretrizes básicas da organização política do Município e os principais setores da Administração Pública Local. Assim é observado a importância dessa lei e os itens que a compõe normatizando os atos governamentais locais nos setores mais importantes da área pública, como o que diz a lei orgânica do município de Santarém em relação aos Conselhos Municipais nos artigos 1º e 61.

Art. 1º- O Município de Santarém é parte integrante da República Federativa do Brasil e reger-se-á, fundamentalmente, por esta LEI ORGÂNICA e pela legislação e regulamentos que adotar com a determinação de garantir a própria autonomia política, administrativa e financeira, respeitados os princípios da Justiça Social e demais preceitos estabelecidos na Constituição Federal e na Estadual.

Art. 61 A lei disporá sobre a criação, estruturação, atribuições e extinção dos Conselhos Municipais (SANTARÉM, 2004).

No Brasil, a reforma da política de saúde pública foi construída através dos movimentos de melhorias sociais em prol da descentralização e democratização das normativas do Estado, vivenciadas principalmente como já abordado no capítulo anterior, a partir da década de 70. Com isso o setor da saúde passa a ter um viés diferenciado, através principalmente da institucionalização da participação social no SUS, a qual é possível por meio de vários aparelhos legais os quais devem orientar na criação de espaços participativos nos três níveis de governo. Dentre esses espaços estão as conferências e conselhos de saúde, pertencendo aos conselhos de saúde a responsabilidade de maior órgão de controle social, o qual influenciará no sistema e serviços de saúde, inclusive na aprovação do Plano Municipal de Saúde.

Esses aparelhos de inclusão do cidadão na gestão municipal, proporcionaram uma aproximação da população nos espaços de tomada de decisão, além de possibilitar ao município um planejamento de metas e ações que correspondam com sua realidade, todavia mesmo com uma abertura mais ampla para atribuições de suas competências, o poder da União continua extenso. Como observa José Alfredo de Oliveira Baracho Júnior et al (2010, p. 160) a preponderância da União sobre os demais entes da federação, em especial os Estados-Membros, é algo patente. O intuito de diminuir as competências da União, presente na Constituinte de 1988, não se concretizou; ao contrário, a atuação da União se ampliou, concentrando o planejamento nacional.

De acordo com a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, discorre sobre as normas para gerenciar e organizar o funcionamento dos serviços de saúde, sendo válida em todo o território brasileiro. Ela ainda institui o SUS e as ações para administrá-lo realizados por órgãos e instituições públicas de âmbitos federais, estaduais e municipais, seja da administração direta ou indireta, assim como as redes particulares participam em modo complementar.

Sobre as ações e serviços de saúde, exercido pelo SUS a lei 8.080/90 expõe que a organização deve ser feita de maneira regionalizada e hierarquizada como dispõe o artigo 9º.

Art. 9- A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I, do art. 198, da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III- no âmbito do Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Na cidade de Santarém a Secretaria Municipal de Saúde de Santarém-SEMSA faz parte da equipe de gestão dos serviços de saúde, sendo responsável por atuar no planejamento, organização, controle, avaliação e execução de ações nesse setor, em articulação com o conselho municipal de saúde e a esfera estadual. Como diz a lei 20.121/16, que dispõe sobre a estrutura administrativa do poder executivo municipal, e aponta a Secretaria Municipal de Saúde como um dos órgãos de administração geral e específica em seu art.2º, e no art.3º.

Art.3º As Secretarias descritas no artigo 2º desta Lei se constituem unidades orçamentárias e financeiras autônomas no que pertence às suas atividades administrativas e financeiras de meio ou de fins, compreendendo as seguintes unidades organizacionais:

(...)

§5º Vinculados à Secretaria Municipal de Saúde-SEMSA, como atividade fim:

I- Conselho Municipal de Saúde

II- Gabinete do Secretário (a)

III- Assessoria Especiais para as Regiões do Planalto, Rios e Zona Urbana

IV-Setor de Administração e Finanças

V- Assessoria jurídica

VI- Ouvidoria Municipal do SUS

VII- Setor de Controle Interno

VIII- Setor de Apoio e Gestão

IX- Unidades e Serviços de Saúde

X- Programas de Saúde Especializados

XI- Setor de Vigilância Sanitária (SANTARÉM, 2016).

No art.6º ainda especifica as competências e atribuições de órgãos como a SEMSA, no que tange a operacionalizar o Sistema Único de Saúde, participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada do SUS, em articulação com o Estado, gerir o fundo Municipal de Saúde, promover e realizar ações de atenção básica de saúde no Município, realizar a administração do Hospital Municipal, das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e das demais unidades de atendimento de saúde do Município entre outras aptidões.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/90, de 28/12/1990) determinou que a União (Governo Federal), os Estados e os Municípios deveriam criar os Conselhos de Saúde. Por isso os conselhos existem em todas as esferas: federal, estadual e municipal. Contudo, a existência desses conselhos é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei. Os conselhos de saúde são a garantia de melhoria contínua do nosso sistema de saúde (TCU, 2010 p.19). A lei ainda conceitua as deliberações não somente dos conselhos mais também das conferências.

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, tem 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.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regime próprio, aprovadas pelo respectivo conselho (BRASIL, 1990).

Essa lei ordena e regula sobre a participação da comunidade na gestão do SUS criando os espaços que possibilitem essa atuação e a respeito das transferências de recursos enunciando em seu art. 3º os critérios necessários em prol de seu repasse. E no art. 4º expõe os instrumentos os quais são indispensáveis para o recebimento dos recursos financeiros.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I- Fundo de Saúde;

II- Conselho de Saúde; com composição paritária de acordo com o decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990,

III- Plano de saúde;

IV- Relatórios de gestão que permitam o controle de que trato o § 4º do art. 33 da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,

V- Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 1990).

No Município de Santarém a lei nº 13.523, de maio de 1991, estabelece a criação e estruturação, assim como as atribuições e a extinção dos conselhos municipais, além de outras providências em seu art. 1º, art. 2º, art.3º e art. 5º.

Artigo 1º. Ficam criados os Conselhos Municipais, conforme o disposto no Art. 61 da Lei Orgânica do Município.

Artigo 2º. As estruturas e as atribuições dos Conselhos Municipais serão estabelecidas em leis municipais específicas, dadas as peculiaridades de cada setor que requeira a organização de tais colegiados.

Artigo 3º. Os Conselhos Municipais serão considerados extintos quando:

I. deixarem de cumprir as atribuições que lhes forem conferidas por lei;

- II. desrespeitarem a lei que regulamente a sua criação e estabelece sua estrutura e competência;
 - III. comprovante, apresentarem envolvimento com atos que contrariem os princípios de transparência, probidade e seriedade no trato com a coisa pública.
- Art. 5°. Os Conselhos Municipais serão renovados de dois em dois anos, exceto nos casos específicos previsto no Regimento Interno de cada Conselho, mantendo-se as proporcionalidades definidas para cada um deles (SANTARÉM, 1991).

Essa normativa apresenta o arcabouço para os conselhos municipais em Santarém, determinando, também as colocações dos membros e suas funções, o período de renovação, a elaboração do regime interno, e a instalação do mesmo deve ser feita pelo chefe do executivo municipal, podemos observar que nessa lei ainda não há uma divisão específica quanto aos membros que irão compor os conselhos. A Lei nº 14.214 de 8 de julho de 1992 institui o Conselho Municipal de Saúde e Saneamento o incluindo como colaborador na elaboração e fiscalização das políticas de saúde do município, assim como atribuindo ao prefeito a responsabilidade de possibilitar a abertura de seu espaço, além de fornecer os recursos financeiros e humanos necessários ao seu funcionamento.

- Art. 2°. Sem prejuízo das funções dos poderes legislativo e executivo, são competências do CMSS.
- I. Definir e normatizar complementarmente as ações e serviços públicos prioritários de saúde em âmbito Municipal.
 - II. estabelecer diretrizes para a elaboração dos planos de Saúde e Saneamento, adequados à realidade epidemiológica e de organização de serviços, âmbito do município.
 - III. atuar na formulação de estratégias e no controle de execução da política municipal de Saúde e Saneamento (SANTARÉM, 1992)

Essa lei sofreu algumas alterações como pelas leis nº 15.527 de 04 de janeiro de 1996, em seu Art. 3° no qual estabelece que o Conselho Municipal de Saúde e Saneamento de Santarém, terá composição tripartite e paritária formado por representantes de entidades de trabalhadores, empregados e governo conforme a Lei Orgânica da Saúde. Acrescentando na composição dos usuários um representante dos Portadores de Doenças Crônicas e Deficiências Físicas, permitindo a inclusão dessa parcela da população que precisa de ações específicas no sistema de saúde pública.

Na lei nº 15.636 de 27 de junho de 1996 também trouxe alteração na lei anterior a de nº 15.527/96, em seu Art. 3° dos usuários incluindo dessa vez um representante da associação de portadores de deficiência. Em mais uma alteração com a lei nº 16.099 de 27 de março de 1998, na sessão de composição do Conselho Municipal de Saúde em seu Art.3°.

- Art. 3°- O Conselho Municipal de Saúde de Santarém, será constituído por 25% (vinte e cinco por cento) de seus membros representando os prestadores de serviço, 25% (vinte e cinco por cento) de seus membros representando os

trabalhadores de saúde e outros 50% (cinquenta por cento) representando os usuários, distribuídos da seguinte forma e de acordo com o estabelecido na IV Conferência Municipal de Saúde de Santarém que ocorreu no período de 11 a 13/12/97 (SANTARÉM, 1998).

Essa lei descreve os atores que representarão os segmentos de prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários formando a composição para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Santarém. Observamos que há uma maior diversidade dos agentes envolvidos nesse espaço o que possibilita uma visão ampla da realidade da saúde pública municipal, essa variedade é imprescindível para a elaboração das políticas locais principalmente nessa região que há especificidades de lugares e povos.

CAPÍTULO 3: ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SANTARÉM-PA.

A sede do CMSS localiza-se na Avenida Marechal Rondon 1638, funcionando em horário comercial. O mesmo é regido pelo Regimento Interno aprovado em plenária no dia 14 de março de 2012 visando regulamentar o funcionamento e a prática de atividades exercidas nessa instituição. Na seção II este documento defini:

Artigo 2º O CMSS, previsto na lei Orgânica do Município, instituído e sancionado pelo Prefeito Municipal, através da Lei nº 14.214, de 08 de julho de 1992 e alterada através das Leis 15.527, de 04 de janeiro de 1996, 15.636, de 27 de junho de 1996 e 16.099, de 27 de março de 1998, tem por finalidade atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Artigo 3º O conselho Municipal de Saúde é órgão colegiado deliberativo, fiscalizador, normativo, diligencial e informativo do Sistema Único de Saúde - SUS, com composição, organização e competência fixadas na Lei 8.142/90 (SANTARÉM, 2012).

Figura 1 - Frente da sede do Conselho Municipal de Saúde de Santarém.



Fonte: Raidiene Cunha, 2019.

Quanto à composição a lei 8.142/90 diz que o Conselho de Saúde deve ser organizado com formato paritária entre dois grupos: usuários e gestores, profissionais e prestadores de serviços. Paritário ou tripartite significa que o número total de conselheiros dos dois grupos deve ser igual, ou seja, no conselho, o número de usuários nunca pode ser menor que o total de gestores, profissionais e prestadores (CEAP, 2017 p.91).

Artigo 5º O Conselho Municipal de Saúde é composto, paritariamente, com representação de 25% (vinte e cinco por cento) do poder público, prestadores de serviços públicos e privados conveniados e órgãos formadores de recursos humanos para o SUS; 25% (vinte e cinco por cento) de trabalhadores de saúde e 50% (cinquenta por cento) de usuários dos serviços de saúde.

Artigo 6º O CMSS tem a seguinte estrutura:

I. Plenário

II. Mesa Diretora

III. Comissões e Grupos de Trabalho

IV. Secretaria Executiva

Artigo 7º O CMSS será composto por 16 (dezesesseis) membros titulares e 16 (dezesesseis) membros suplentes representantes das entidades e /ou instituições do município de Santarém, sendo:

I- DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Serão representados por 04 (quatro) instituições de poder público, prestadores de serviços público, prestadores de serviços públicos e privados conveniados, e órgãos formadores de recursos humanos, escolhidos entre seus pares com respectivos suplentes.

II- DOS TRABALHADORES

a) São representados por 04 (quatro) entidades de trabalhadores de saúde do setor público (Municipal, Estadual e Federal), privado e filantrópico conveniados com o SUS e/ou sindicatos de categorias profissionais da área de saúde, com comprovada organização funcionamento e legitimidade no Município de Santarém.

III- DOS USUÁRIOS

a) São representados por 08 (oito) entidades representativas de usuários, com comprovada organização, funcionamento e legitimidade no Município de Santarém (SANTARÉM, 2012).

O Conselho de Saúde é instituído por lei federal, estadual ou municipal. O decreto nº232/2019-GAP/PMS, de 22 de agosto de 2019, dispõe sobre a nomeação de membros do conselho municipal de saúde da cidade de Santarém. No art. 1º nomeia os novos conselheiros (as) Municipais de Saúde sendo eles titulares e suplentes, participantes de entidades e órgãos, os quais serão incluídos no colegiado do biênio 2019/2021, do CMSS. São trinta e dois conselheiros municipais de saúde, divididos em dezesseis titulares e dezesseis suplentes.

Quadro 1 - Nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Santarém.

GESTOR/PRESTADORES PÚBLICOS	TRABALHADORES DE SAÚDE	DOS USUÁRIOS
Representantes da Instituição Pública Municipal de Saúde-SEMSA. Titular: Dayane da Silva Lima Suplente: Maria Albanice Leal	Representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará-SINDSAÚDE Titular: Maria Inez Dolzane Reis Suplente: Andreia Lima	Representantes da União de Entidades Comunitárias de Santarém-UNESCOS Titular: Ana Dilma Pereira Suplente: Vânia Maria Lopes
Representantes da Secretaria Executiva de Saúde Pública-SESPA Titular: Marcela Giovana Gusmão Tolentino de Matos Suplente: Leonardo de Oliveira Aguiar	Representantes do Sindicato dos Médicos do Estado do Pará-SINDMEPA/Conselho Regional de assistência Social-CREES 1º Região Titular: Junior Aguiar Azevedo Suplente: Yngrit Carla Pôjo	Representantes do Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais, Agricultores e Agricultoras Familiares de Santarém-STTR Titular: Gracivane Rodrigues de Moura Suplente: Francinaldo do Nascimento Miranda
Representantes dos Órgãos Formadores de Recursos Humanos para o SUS/ Organização Não Governamental-ONGs FRH-UEPA Titular: Sheyla Mara silva de Oliveira-UEPA Suplente: Elis Lucien Rodrigues Barbosa-PSA	Representantes do Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado do Pará-SINFITO/PA/Conselho Regional de Psicologia-CPR 10º Região Titular: John Henry de Oliveira Vale Suplente: Angélica Brandão	Representantes da Colônia de Pescadores Z-20 de Santarém Titular: Jaciara de Lima Bentes Suplente: Raimunda Batista dos Santos
Representantes da Instituição Pública Municipal de Saúde-Secretaria Municipal de Santarém-SEMSA Titular: Conceição de Maria Azevedo Suplente: Irlaine Maria Figueira	Representantes da associação dos Farmacêuticos do Estado do Pará-AFEPA/Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará-SENPA Titular: Vera Lucia Maia da Silva Suplente: Rosana Maria Seixas	Representantes da Pastoral da Criança da Diocese de Santarém/Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Oeste do Pará-ARCTOP Titular: Maria Madalena Trindade Mendes Suplente: Adélia Pinto de Carvalho

Fonte: Decreto N° 232/2019. Organização: Raidiene Cunha, 2019.

		<p>Representantes da Pastoral Social da Diocese de Santarém/Associação dos Portadores de Lúpus-APLOPA Titular: Ciderli Campos Suplente: Ednelma Freitas</p>
		<p>Representantes do Grupo Homossexual de Santarém-GHS/Federação das Organizações Quilombolas de Santarém-FOQS Titular: Ewerton Luciano da Silva Suplente: Iris Rosane de Jesus Santos</p>
		<p>Representantes do Conselho Indígena-Tapajós Arapiuns/Associação dos Produtores Rurais de Santarém-APRUSAN Titular: Não consta Suplente: Thais Maia de Oliveira</p>
		<p>Representantes de Federação de Moradores e Organizações Comunitárias de Santarém-FAMCOS/Sindicato do Trabalhadores nas Indústrias Urbanas do Estado do Pará-URBANITÁRIOS Titular: José Marciel Duarte Suplente: Narciso José Fonseca Senna Pereira</p>

No que tange à composição do Conselho o Regimento Interno (2012) no artigo 4º estabelece a composição do CMSS e seus representantes, sendo seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. E ainda na seção IV, especifica a função dos cargos da diretoria.

Quadro 2 - Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de Santarém do biênio 2019/2021.

CONSELHEIROS	REPRESENTAÇÃO	CARGO
Gracivane Moura	Usuários Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Santarém- STTR	Presidente
Dayane Lima	Gestor/Prestadores de Serviço Público Secretária Municipal de Saúde- SEMSA	Vice Presidente
John Henry de Oliveira Vale	Trabalhador de Saúde Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado do Pará-SINFITO/PA Conselho Regional de Psicologia-CPR 10º Região	Primeiro Secretário
Ana Dilma Pereira dos Santos	Usuários Representantes da União de Entidades Comunitárias de Santarém-UNESCOS	Segunda Secretária

Fonte: Rede Social do Conselho Municipal de Saúde. Organização: Raidiene Cunha, 2019.

Podemos perceber nesta composição que a classe dos usuários, compõem essa diretoria com dois representantes, evidenciando um certo protagonismo enquanto eleitos para participar desta mesa, este é o caso da atual presidente Gracivane Moura. Foi relatado em entrevista concedida por ela, que desde o ano de 2010 atua como conselheira. A mesma já fez parte em outros anos da mesa diretora, além de ser o seu segundo mandato seguido no cargo. A função instituída ao conselho é de fiscalizar e acompanhar as ações da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, como os projetos elaborados por ela seja na construção de unidades de saúde ou no atendimento oferecido pelo sistema público de saúde municipal.

Da mesma forma que no caso dos usuários, a participação dos demais segmentos no conselho também é importante, pois o cliente deles está representado no conselho. Portanto, os profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço precisam também participar para compreender a realidade dos usuários (TCU, 2010 p.22). A entrevistada também ressaltou que o conselho é co-gestor com a administração municipal, por isso a SEMSA presta contas a cada quadrimestre podendo o conselho aprovar ou reprovar tais valores.

Há vários instrumentos de participação social, como conselhos de políticas públicas, observatório social, orçamento participativo, ouvidoria e audiências públicas. Esses mecanismos de aproximação do cidadão com o poder público, ainda não são totalmente conhecidos pela sociedade (FIGUEIREDO E SANTOS, 2013 p.17). Os conselhos fazem parte de um arcabouço de medidas adotadas em prol da inserção popular na administração pública, atraindo os brasileiros para debates que viabilizaram a construção de propostas as quais influenciaram em importantes âmbitos da política nacional.

Nos dias atuais depois de trinta e um anos da Constituição de 1988, conhecida como “constituição cidadã” pela institucionalização de vários preceitos que possibilitaram a criação de espaços democráticos, e do marco da VIII Conferência de Saúde a qual reivindicava essas oportunidades, é observada a ausência da sociedade nesses ambientes. A presidente do conselho pontua que em Santarém essa realidade acontece, destacando-se um desafio incentivar o interesse popular nas plenárias, pois segunda sua concepção alguns tem conhecimento da existência e função do CMSS, e outros ainda são leigos, porém os que tem essa informação inexistem a vontade de interagir com a dinâmica da instituição.

Ainda é considerada tímida a participação da população santarena nas audiências públicas, conferências municipais de saúde e reuniões ordinárias e extraordinárias sendo que essas últimas ocorrem às quartas-feiras das 08:00 às 12:00 no prédio do Conselho Municipal de Saúde. Segundo a fala da entrevistada é realizada a divulgação pelos meios de comunicação aberta, também é usada a rede social do CMSS para publicar as pautas das reuniões e registros de eventos, além de resoluções com deliberações do conselho, efetivamente a procura por parte da comunidade acontece em sua maioria somente para denúncias em relação ao sistema público de saúde municipal.

A inserção do controle social reserva-se a grupos populacionais que antes não tinham acesso às decisões governamentais, para que de fato as conheçam, saibam porque foram adotadas e as reorientem a partir do reconhecimento de quais são os problemas que devam prioritariamente ser enfrentados pela ação pública (ROLIM, CRUZ E SAMAPIO, 2013, p.142). A gestão participativa está institucionalizada nas leis que garantem o direito do cidadão em possibilitar a inclusão na elaboração das políticas públicas e em fiscalizar a execução das mesmas pelo governo, porém no âmbito estatal as disputas de interesses são constantes podendo haver desavenças na aceitação de deliberações aprovadas nos espaços de debates.

Deste modo, a visão da conselheira Gracivane Moura, sobre a relação do CMSS com o governo municipal, no atual mandato busca-se o diálogo e a preservação da coletividade, não se abstendo em criticar quando necessário e elogiar também de acordo com a avaliação positiva da gestão, o ambiente seria de parceria entre as partes. No entanto o vínculo é apartidário, pois independente dos partidos a causa é coletiva e imprescindível uma vez que se refere a saúde pública dos usuários e a prioridade é viabilizar o acesso destes as políticas de saúde, afim de proporcionar uma qualidade de vida melhor principalmente para aqueles que mais precisam, a luta está na construção de um SUS efetivo o diálogo e parceria com a gestão municipal é importante dentro desse processo e para quem realiza o controle social.

Nessa conjuntura é relatado pela presidente do CMSS que as deliberações definidas nas plenárias em sua maioria são acatadas pelo governo municipal, o conselho é uma instituição co-gestora, portanto suas decisões são tomadas com responsabilidades e amplo debate de forma que não encontram resistência em serem aceitas. E as políticas elaboradas pela gestão municipal tem que serem averiguadas pelo conselho municipal, até para ser qualificada no fornecimento de verba pública ao município.

Evidente que em algumas situações acontecem divergências. Foi citado na entrevista o caso da aprovação da lei 20.222/2017, que trata da terceirização da saúde no município de Santarém, qualificando entidades como as Organizações Sociais (OS), dirigidas aos serviços de saúde poderão atuar nas atividades de competência do SUS. Essa discussão de acordo com entrevistada não iniciou por parte do CMSS, e a gestão municipal desconsiderou envolver o mesmo nesse debate, excluindo do seu plenário essa discussão. Todavia o conselho se posicionou contrário a tais recomendações defendendo um SUS plenamente público.

Como ressalta Vanuza da Silva Figueiredo e Waldir Jorge Ladeira dos Santos (2013, p.17) o fator negativo nos instrumentos de participação diz respeito a sua utilização para atender determinações legais como no caso do conselho de políticas públicas e da audiência pública, servindo apenas para ratificar a opinião dos administradores, distanciando de sua finalidade que é ouvir a sociedade e promover a participação social. O envolvimento da sociedade nas discussões promovidas pelas audiências públicas contribui para a definição de planos de ação condizente com as perspectivas sociais. Como no caso local da aprovação das OS nas atividades do SUS, evidencia tal parecer por parte da gestão municipal, pois por não necessitar legalmente do parecer do Conselho

de Saúde de Santarém, ele foi excluído do debate e, ao divulgar sua opinião, esta não foi considerada no processo.

A ação do CMSS para incentivar a população há conhecer e participar do controle social através desse espaço nas palavras da presidente Gracivane Moura, é principalmente na divulgação dos eventos do CMSS e convocação para as conferências e seminários, mas é com pesar que na sua opinião a população precisa ainda nos dias atuais empoderar-se desse direito de pertencer a esse ambiente de debates e fiscalização dos atos públicos valorizando essa conquista. É salientado em sua fala o perceptível descrédito da maioria da população nesse instrumento, uma vez que ao necessitarem de alguma demanda tem a preferência em procurar um representante político para relatar seus anseios ao invés do espaço adequado para tal resolução, talvez por pensar erroneamente que assim terá uma resposta rápida em sua reivindicação, no entanto principalmente no setor da saúde, muitas decisões precisam do parecer do conselho de saúde local.

Como ressalta Maria Eliana Labra e Jorge St. Aubyn de Figueiredo (2002, p. 541), numerosos estudos sobre os Conselhos de Saúde têm demonstrado que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Existe também problemas de gerencia, pois, os conselheiros precisam serem comprometidos e capacitados com o controle social independente de interesses pessoais ou partidários, afim de cumprir a função desses espaços em serem democráticos e imparciais possibilitando o desenvolvimento de condutas cidadãs com interesses coletivos.

O desenvolvimento do controle social será proporcional a mudança de cultura cívica do brasileiro no que se refere ao crescimento do exercício da cidadania ativa acreditando na importância desse controle na Administração Pública. É também dito pela entrevistada a importância de a universidade engajar-se em aproximar o seu público ao conselho municipal, colaborando na conscientização da atuação desse espaço. Todavia já foi observado em algumas ocasiões a dificuldade em ter conselheiros dispostos a ir até ao ambiente acadêmico participar de eventos relacionados a conjuntura desses espaços, o que seriam oportunidades de diversificar as discussões e divulgar suas ações.

As dificuldades apontadas pela conselheira, foram relacionadas à realização do controle social em relação a não dispor de uma verba fixa, sendo que o orçamento é junto com a secretaria de saúde. Uma das conquistas é o atual prédio que pertence ao CMSS. A presidenta Gracivane ressalva que as dificuldades são superadas no dia a dia, e que o

trabalho é feito voluntariamente buscando fazer o melhor no enfrentamento em prol de melhorias do sistema de saúde do município de Santarém.

Ao conhecermos a realidade do Conselho Municipal de Saúde de Santarém compreendemos a importância desse instrumento para a população, que aproxima a realidade local por meio das demandas sociais, para o gestor municipal. É empolgante após analisar a história brasileira que teve períodos conturbados, poder participar de plenárias como as do conselho, e presenciar os debates de temas variados nos quais diversos setores da comunidade expressar sua opinião e anseios, evidencia o poder de influência desse instrumento o qual se potencializa quando o cidadão se apropria do mesmo efetivando o seu direito de co-gestor do município.

Além da entrevista, foi utilizado a observação direta quando no dia 20 de novembro de 2019, participei na sede do Conselho Municipal de Saúde de Santarém de mais uma de suas recorrentes reuniões, os conselheiros presentes representavam as instituições STTR, SEMSA, UNESCOS, SINFITO, FAMCOS, FRH-UEPA, Z-20, SINDSAÚDE, SINDMEPA e SESPA. Tendo como pautas a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Abaré I, no que tange aos atendimentos na região do rio Tapajós e Arapiuns, e a apresentação do mapeamento dos Agentes comunitários de Saúde (ACS) na região de Santarém para analisar a proposta de processo seletivo de agentes comunitários de saúde pelo comitê organizador. As diligências referentes ao Abaré I, se dá pelas discussões das viagens deste nas regiões ribeirinhas do Tapajós e Arapiuns, esteve presente nesse debate representantes da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) por esses fazerem parte da gestão deste empreendimento, e também um representante da comunidade de Aruã no rio Arapiuns.

O Conselho recebeu um ofício da SEMSA informando da impossibilidade da viagem do Abaré I para a região do Tapajós e também de outras dificuldades que o comitê gestor não está conseguindo solucionar. Foi também relatado por conselheiros as muitas reclamações feitas pelos usuários aos atendimentos do Abaré, assim como a falta de medicações, esse importante meio de assistência médica as comunidades ribeirinhas estão perdendo sua característica primária de dar atenção básica as necessidades das populações dos rios, pois chegou ao cúmulo de não conseguir viajar por ausência de marinheiro deixando desamparados aqueles que esperam por seus serviços.

Foram ouvidos as deliberações dos atores presentes, o comunitário expressou as dificuldades enfrentadas por eles principalmente na ausência de profissionais como uma

enfermeira que possa dar assistência em situações mais graves, a SEMSA expôs aos presentes as responsabilidades que cabe a ela em relação ao Abaré I, como alimentação, conforme o número de pessoas que irão em cada viagem e os dias que a mesma durará, insumos, material de limpeza, marinheiros, logísticas e recursos humanos, além de ficar de sobreaviso sobre as possíveis emergências do decorrer da viagem. Suas ações e dificuldades são relatadas aos outros parceiros gestores da USBF, a SEMSA ainda deu uma justificativa de porque o Abaré I não conseguir navegar em uma de suas viagens, sendo exposto a modificação inesperada do calendário não obtendo o tempo necessário para a solicitação da equipe necessária.

A UFOPA através de seu representante expôs qual a sua responsabilidade na gestão do Abaré I, que é cuidar da manutenção do mesmo, nessa questão outro impasse surgiu em relação ao fornecimento de combustível para as viagens, pois a UFOPA alega que esse item não está incluído em suas incumbências, referentes a manutenção. A instituição entende que o fornecimento do combustível é de encargo do usuário da embarcação, e ainda declara que no termo de cooperação estabelecido pelos gestores do Abaré I não está evidenciado a inclusão desse componente como sendo competência da UFOPA.

Esses impasses atrapalham os trabalhos da USBF, prejudicando principalmente aqueles que tem acesso limitado a outras unidades de saúde e dependem do Abaré I para receber o atendimento de suas necessidades. Esses problemas seriam solucionados se o comitê de gestão da embarcação estivesse em dias com suas reuniões, mais segundo os relatos dos atores envolvidos esses encontros não estão ocorrendo, ocasionando essas divergências, foi também proposto a aprovação de um novo termo de cooperação no qual estabelecerá com clareza o dever de cada instituição para evitar a ausência de componentes importantes nas viagens do Abaré I.

Outra pauta abordada foi sobre uma negativa de atendimento de uma comunitária da área ribeirinha pelo DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) Guamá-Tocantins, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) também expediu um memorando para a secretaria de saúde do município expondo a negativa na solicitação de apoio na ocorrência de atendimento desta comunitária ao recusar a liberação do helicóptero da base do DSEI-GUATOC. O representante do SAMU expôs que nesse atendimento a paciente estava grávida com complicações na saúde necessitando de ajuda com urgência, para a logística do lugar em que ela se encontrava a ambulância não proporcionaria o conforto e rapidez necessários, o contato do SAMU é com a CASAI (Casa de Saúde Indígena) de

Santarém e eles fazem a solicitação com o DSEI, ainda foi relatado pelo representante do SAMU que após outras utilizações desse veículo foi feita denúncias de que estavam usando o mesmo para fins não relacionados com o povo indígena.

O representante da CASAI de Santarém explicou que o helicóptero tem um limite de horas de voos e atingindo esse auge não é permitido sua utilização, porém não foi esclarecido se foi esse o motivo da recusa por parte do DSEI-GUATOC. É observado que foi criado uma espécie de conflito entre os ribeirinhos e indígenas em decorrências de fatos como este, que traz um sentimento de favorecimento de uns em detrimento de outros, porém os recursos e meios de atendimentos indígenas são conquistas de direitos adquiridosdos com muitas lutas e até mortes de nativos.

Ficou acertado a criação de um comitê que trabalhará na elaboração de um protocolo de solicitação do helicóptero para atendimentos não indígenas, que facilitará nessa abordagem. As logísticas de atendimento em áreas afastadas são frequentes na região amazônica, pois estas são a morada dos povos nativos e que também necessitam de assistência do Sistema Único de Saúde sendo preciso o diálogo entre as esferas de governo que viabilizem ações adequadas nas resoluções dos problemas.

A última abordagem desta reunião foi a apresentação da proposta pelo grupo de trabalho do processo seletivo de Agentes Comunitário de Saúde (ACS), no qual a comissão organizadora com integrantes da Secretaria Municipal de Saúde trouxe dados obtidos juntamente com os enfermeiros responsáveis por Unidade Básica de Saúde referentes a cada um dos bairros de Santarém e região ribeirinha. Essas informações continham o número de ACS atuantes e que estão por algum motivo fora de atuação ou de sua jurisdição inicial seja por remanejamento para outra localidade ou por aposentadoria, contendo também a contagem da população atendida por eles assim como qual seria a quantidade ideal de agentes para tal bairro.

Por conta deste assunto interessar a categoria dos Agentes Comunitário de Saúde havia um grande número de profissionais no Conselho de Saúde acompanhando esta exposição, ao terminar a apresentação dos dados houve protestos por parte dos ACS presentes e também de conselheiros sobre a veracidade das informações divulgadas, pois algumas referências segundo os manifestantes não condiziam com a realidade local. Como na situação da quantidade de agentes atuantes os ACS contestavam que alguns dados estavam errados, sendo o número menor do que o apontado nesse levantamento, ou seja, as informações não estavam atualizadas ocasionando a invalidade da pesquisa.

Esse fato revela que há problemas na coleta de dados fundamentais na elaboração de um procedimento importante como é o processo seletivo para essa categoria, que irá trazer desafogo em áreas de grande população e dar oportunidade de ocupar vagas ociosas além de cadastro reserva que cobrirá possíveis emergências. É grave que tais responsáveis por essa investigação não atentaram para a autenticidade dos números, sem verificar com rigor os elementos obtidos, portanto foi decidido pela imediata renovação da pesquisa assim como o agendamento de outro dia para a avaliação, debate e aprovação dos requisitos do processo seletivo dos ACSs.

As questões apresentadas nessa reunião nos fazem ter um vislumbre das variadas demandas regional levadas ao conselho de saúde do município de Santarém, e a abrangência de suas ações em debater para estabelecer soluções que tornem a assistência do SUS acessível a todos respeitando as especificidades de cada indivíduo. Afirmar que a saúde é universal é reconhecer que o acesso à saúde é para todos (pobre, rico, branco, negro, índio, mulher, homem, criança, idoso, trabalhador formal ou informal, desempregado...). Sendo para todos, não deve haver privilégio de um em detrimento de outro (CEAP, 2017, p. 34).

Figura 2 - Reunião do dia 20 de novembro de 2019



Fonte: Rede social do conselho, 2019.

Figura 3 - Reunião do dia 20 de novembro de 2019



Fonte: Raidiene Cunha, 2019.

Figura 4 - Reunião do dia 20 de novembro de 2019



Fonte: Raidiene Cunha, 2019.

A oportunidade de exercer a participação social através dos espaços democráticos contribui no exercício da democracia e na formação de cidadãos que representem os variados segmentos da sociedade. A lei 8.142 de/90 estabelece as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias que possibilitam essa interação, entendido como à ativa participação da comunidade na gerencia do SUS, o conselho atua como ferramenta de controle social em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde, agindo na

elaboração de estratégias e na fiscalização da execução das políticas de saúde em cada esfera de governo.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a construção desse estudo foi necessário resgatar inicialmente a experiência brasileira de participação popular, destacando os movimentos na área da saúde até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual é um marco na abertura de canais participativos os quais possibilitam que a população se relacione com a gestão pública. Assim como as leis que criam esses instrumentos, adquiridos através das reivindicações dos movimentos sociais por um sistema de saúde democrático e universal.

No entanto, após anos de lutas e a conquista de direitos fundamentais vê-se a necessidade de conhecer a realidade da atuação desses espaços, sendo aqui estudado o Conselho de Saúde Municipal da cidade de Santarém-Pará, local de debates e fiscalização popular que influencia na construção de parâmetros para o planejamento de ações na saúde pública municipal. Tal importância despertou o interesse de averiguar o envolvimento da sociedade nessa conjuntura, assim como a relação com a administração pública, se esse ambiente está exercendo o controle social ou está apenas cumprindo os discursos da lei.

É observado que o Conselho de Saúde de Santarém tem funcionado periodicamente com suas funções debatendo com a população interessada em participar das reuniões sobre as demandas que chegam ao conhecimento dos conselheiros. Suas divulgações têm sido principalmente por meio das mídias sociais e reportagens que indicam as ações realizadas pela instituição, o endereço é fácil acesso por esta localizado próximo ao Hospital Municipal de Santarém na área central da cidade.

Mesmo com a facilidade de acesso das mídias, ainda é perceptível a ausência de uma maior divulgação da função do conselho e a importância dele para as políticas de saúde, por exemplo poderia desenvolver uma cartilha ou até panfletos informando de maneira clara e objetiva como atua o CMS e a relevância de ter a participação da sociedade nesse espaço. Ressaltando a significância do poder do controle social sendo este a relação da sociedade civil e o Estado, pois quando a população se torna sujeito ativo das políticas de participação ela está consolidando o SUS o qual é estabelecido com essas diretrizes de operação.

Por fim constatou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Santarém tem sido instrumento de participação social, com abertura para a população exercer o controle social, porém é preciso um maior engajamento em divulgar para a sociedade santarena o potencial desse espaço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Maria Paula; SILVA, Izabel Pimentel da; SANTOS, Desirree dos Reis. **Ditadura Militar e Democracia no Brasil: História Imagem e Testemunho**. 1.ed.-Rio de Janeiro: Ponteio, 2013.

ARAÚJO, Cíntia Alves. **Construindo a Gestão Social em Conselhos de Saúde: espaço para o exercício do saber e participação**. 2014.
Dissertação Apresentada ao Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário- UNA, Belo Horizonte 2014.

AVRITZER, Leonardo. **Sociedade civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política**.
Departamento de Ciência Política Universidade Federal de Minas Gerais, **Opinião Pública**, Campinas, vol. 18, nº 2, novembro, 2012, p. 383-398.

BARACHO JÚNIOR, José Alfredo de Oliveira; LIMA, Eduardo Martins de; NASCIMENTO, Vinicius Gonçalves Porto; VILLAÇA, Ana Carolina Alves; BRASIL, Marina Dayrell. **O Estado Democrático de Direito e a necessária reformulação das competências materiais e legislativas dos Estados**. Revista de informação legislativa, Brasília, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Planalto, 1988.

BRASIL. **Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/18142. Acesso em: 20 out 2019.

BRASIL. **Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90. Acesso em: 20 out 2019.

BRASIL. **Lei nº10.257, de 10 de julho de 2001**. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110257. Acesso em: 10 out 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política social. Brasília: UnB-CEAD/CFESS, 2000 e “A política de saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. 11ª edição, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2008.

CALHAU, Antônio José de Resende. **Autonomia Municipal e Lei Orgânica**. Mestre em Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo horizonte, 2008.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, CEAP, Passo Fundo, Saluz, 2017.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a Participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008.

COHN, Amélia; NUNES, Edilson; JACOBI, Pedro R; KARSCH, Ursula S. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 7ª edição, São Paulo, Cortez, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, CONASS, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: A Participação das Universidades e dos Municípios-Memórias**. Brasília, CONASEMS, 2007.

FERREIRA, Jader Duarte. **Análise do Plano-Processo NA Urbanização de Cidades no Baixo amazonas: O caso de Santarém-Brasil**. Universidade da Amazônia, UNAMA, Belém, 2011.

FERREIRA, Maria Edinelma Maciel da Silva. **Saneamento Ambiental e Urbanização da Amazônia: O caso das Comunidades de Bela Vista I e II Próximas da Área de Proteção Ambiental/APA Saubal-Santarém/Pará**. Instituto de Tecnologia Mestrado Profissional em Processos Construtivos e Saneamento Urbano, Belém, Pará, Brasil, 2016.

FIGUEREDO, Vanuza da Silva; SANTOS, Waldir Jorge Ladeira. **Transparência e controle social na administração pública**. Faculdade de Administração e Finanças, FAF, UERJ, 2013.

FORTES, Alexandre; CORRÊA, Larissa Rosa; FONTES, Paulo. **Dicionário Histórico dos Movimentos Sociais Brasileiros (1964-2014)**. Fórum de Ciência e Cultura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, 2014.

FREIRE, Laura Lúcia Ramos. **Sistema brasileiro de Saúde**. Escritório Técnico de Estudos Econômicos do Nordeste, ETENE, Ano 3-Nº.1, 2009.

GOHN, Maria Glória. **500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor**. Revista Mediações, Londrina, v.5, n.1, p. 11-40, 2000.

GOMES, Taynara do Vale; CARDOSO, Ana Cláudia Duarte; COELHO, Helder Santos; OLIVEIRA, Kamila Diniz. **Santarém (PA): um caso de espaço metropolitano sob múltiplas determinações**. Cad. Metrop. São Paulo, v.19, n.40, p. 891-918, 2017.

IBGE. **Estimativa da população santarena.** Disponível em: <https://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 out 2019.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. **Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 2002.

LACERDA, Norma; MARINHO, Geraldo; BAHIA, Clara; QUEIROZ, Paulo; PECCHIO, Rubén. **Planos Diretores Municipais: Aspectos Legais e Conceituais.** R. B. Estudos Urbanos e Regionais V.7, N.1, 2005.

LUCCHESI, Patrícia T.R; AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; LIMA, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Gisele Lavinias. **Políticas Públicas em Saúde Pública.** São Paulo, BIREME/OPAS/OMS, 2002.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” - anos 80.** PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva, Vol.1, 1991.

MACEDO, Laura Christina. **Participação e Controle Social na área de Saúde: Uma revisão bibliográfica.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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

OLIVEIRA, Janete Marília Gentil Coimbra de. **Expansão urbana e periferização de Santarém-PA, Brasil: questões para o planejamento urbano.** Diez años de câmbios em el mundo, em la Geografía y em las Ciencias Sociales, 1999-2008. Actas del x Coloquio Internacional de Geocrítica. Universidade de Barcelona 26-30 de maio de 2008. Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/-xcol/> 268. Acesso em: 15 nov 2019.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. **A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política.** Ciência & Saúde coletiva, vol. 15, núm.5, 2010, p. 2455-2464, Rio de Janeiro, Brasil.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia Salvador, Brasil, 2013.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciência, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-135, 2014.

PEREIRA, Carlos Henrique Rezende dos Santos. **A questão dos Municípios como entidades federativas na Constituição Federal de 1988: uma análise histórica e comparada.** Graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

PIANA, Maria Cristina. **A Construção do perfil do Assistente social no cenário educacional.** Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESPE, Franca, São Paulo, 2008.

POLIGNAMO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão.** Cadernos do Interno Rural. Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. **As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2017.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro p. 139-147, 2013.

ROMERO, Luíz Carlos. **O Sistema Único de Saúde. Um capítulo à parte.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo. 2009.

SANTARÉM. **Lei Municipal nº13.523 de 13 de maio de 1991.** Dispõe sobre a criação e estruturação, as atribuições e a extinção dos Conselhos Municipais e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Santarém, gabinete do prefeito municipal de Santarém, em treze de mil novecentos e noventa e um.

SANTARÉM. **Lei Municipal nº14.214 de 08 de julho de 1992.** Institui o Conselho Municipal de Saúde e Saneamento de Santarém e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Santarém, gabinete do prefeito municipal, em oito de julho de mil novecentos e noventa e dois.

SANTARÉM. **Lei Municipal nº15.527 de 04 de janeiro de 1996.** Altera dispositivos da Lei municipal 14.214 de 08 de julho de 1992. Disponível em: http://www.mp.pa.gov.br/deficientes/Leis_municipais/santarem. Acesso em: 23 out 2019.

SANTARÉM. **Lei Municipal nº15.636 de 27 de junho de 1996.** Altera dispositivos da Lei Municipal 15.527 de 04 de janeiro de 1996. Disponível em: http://www.mp.pa.gov.br/deficientes/Leis_municipais/santarém. Acesso em: 23 out 2019.

SANTARÉM. **Lei Municipal nº16.099 de 27 de março de 1998.** Altera a Lei Municipal 15.636 de 27 de junho de 1996, que trata do Conselho Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Santarém, gabinete do municipal de Santarém em 27 de março de 1998.

SANTARÉM. **Lei Municipal nº20.121 de 20 de dezembro de 2016.** Dispõe sobre a organização da estrutura administrativa do poder executivo municipal, e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Santarém, gabinete do prefeito.

SANTARÉM. **Decreto Municipal nº232/2019-GAP/PMS, de 22 de agosto de 2019.** Dispõe sobre a nomeação de membros do Conselho Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Santarém, gabinete do prefeito.

SANTARÉM. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Santarém.** Santarém, PA; 14 de março de 2012.

SANTARÉM. **Lei Orgânica do Município de Santarém.** Disponível em: <http://www.santarém.pa.leg.br>. Acesso em: 23 out 2019.

SANTOS, Marco Antônio dos; NEVES, Vanessa Ribeiro; SANNA, Maria Cristina. **Conferência nacionais de Saúde e o serviço de ouvidoria no Brasil.** Hist. Enf. Rev. Eletr. (HERE), 2014.

SILVA, Heráclito Santa Brígida da. **A participação Social na Reforma Urbana: uma análise dos movimentos sociais em Belém-Pa.** Universidade Federal do Maranhão. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Um século de Reforma e Revolução. São Luiz, 2017.

SOUZA, André de; COSTA, Kleber; CARVALHO, Lisiane. **As reformas de base e o golpe de 64.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SPOSATI, Aldáza; LOBO, Elza. **Controle Social e Políticas de Saúde.** Cad. Saúde Pública, rio de Janeiro, p. 366-378, 1992

TAVARES, Iris Eliete Teixeira Neves de Pinho Tavares. **O Município Brasileiro: Sua evolução histórico-constitucional.** Rio de Janeiro, 209, p.169-187. 1997.

TOLEDO, Luciano Augusto; SHIAISHI, Guilherme de Farias. **Estudo de caso em pesquisas exploratórias qualitativas: um ensaio para a proposta de protocolo do estudo de caso.** Revista FAE, Curitiba, 2009.

TORRES, Stacy; GINTERS, Isabel. **Cartilha Reforma Urbana Já.** Instituto Pólis, São Paulo, 2016.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Orientações para Conselheiros de Saúde.** TCU, 4º secretaria de controle externo, Brasília, 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação.** Atlas, São Paulo. 1987.

VAINER, Carlos B. **Pátria, empresa e mercadoria. Notas sobre a estratégia discursiva do Planejamento Estratégico Urbano.** Porto Alegre, 1999.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4º ed. Porto Alegre: Bookman, 2010, p. 23-45.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista: Presidente do Conselho

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E DESENVOLVIMENTO
REGIONAL
CURSO DE GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**A PARTICIPAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA: UM ESTUDO DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.****AUTORA: RAIDIENE CUNHA DO NASCIMENTO****ROTEIRO DE ENTREVISTA: PRESIDENTE DO CONSELHO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome da entrevistada: _____

Função no conselho: _____

1- Há quanto tempo você está atuando como conselheira?

2- Quais as principais políticas elaboradas pelo Conselho Municipal de Saúde?

3- Como você avalia o nível de participação da população no Conselho Municipal de Saúde?

4- Quem são os conselheiros que fazem parte do Conselho Municipal de Saúde? Quais entidades representam?

5- Com que frequência ocorrem as reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

6- Como é publicado para a sociedade santarena as decisões tomadas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

7- Como você descreve a relação com a gestão municipal?

8- O governo municipal segue as definições deliberadas no Conselho Municipal de Saúde?

9- Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo Conselho Municipal de Saúde?

10- Quais são as ações do Conselho Municipal de Saúde para incentivar a participação da população santarena nesse espaço?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
REITORIA
SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA CENTRAL RUY BARATA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

1. Identificação do autor

Nome completo: Raiciene Cunha do Nascimento
 CPF: 004.851.532-97 RG: _____ Telefone: (93) 99136-4722
 E-mail: raiciene@hotmail.com
 Titulação recebida: Bacharel em Gestão Pública e Desenvolvimento Regional
 Seu e-mail pode ser disponibilizado na página de rosto?
 Sim () Não

2. Identificação da obra

Monografia () TCC () Dissertação () Tese () Artigo científico () Outros: _____
 Título da obra: A participação no município de Santarém - PA: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde
 Programa/Curso de pós-graduação: Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional
 Data da conclusão: 06/02/2020
 Orientador: Prof.ª Msc. Anar Beatriz Oliveira Reis
 E-mail: anar.oliveira@gmail.com
 Co-orientador: _____
 Examinadores: Prof.ª Msc. Anar Beatriz Oliveira Reis (orientadora)
Prof.ª Vera Antonia do Socorro Rencê da Gema (avaliadora)
Prof. Dr. Raimundo Valdemiro de Sousa (avaliadora)

3. Termo de autorização

Autorizo a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) a incluir o documento de minha autoria, acima identificado, em acesso aberto, no Portal da instituição, na Biblioteca Ruy Barata, no Repositório Institucional da Ufopa, bem como em outros sistemas de disseminação da informação e do conhecimento, permitindo a utilização, direta ou indireta, e a sua reprodução integral ou parcial, desde que citado o autor original, nos termos do artigo 29 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Essa autorização é uma licença não exclusiva, concedida à Ufopa a título gratuito, por prazo indeterminado, válida para a obra em seu formato original.

Declaro possuir a titularidade dos direitos autorais sobre a obra e assumo total responsabilidade civil e penal quanto ao conteúdo, citações, referências e outros elementos que fazem parte da obra. Estou ciente de que todos os que de alguma forma colaboram com a elaboração das partes ou da obra como um todo tiveram seus nomes devidamente citados e/ou referenciados, e que não há nenhum impedimento, restrição ou limitação para a plena validade, vigência e eficácia da autorização concedida.

Santarém, 17/12/2020 Raiciene Cunha do Nascimento
 Assinatura do autor

4. Tramitação

Secretaria / Coordenação de curso

Recebido em ____/____/____. Responsável: _____

Siape/Carimbo