



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA -
PPGPSC**

RODOLFO CARDOSO PEREIRA

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO SUS: A ATUAÇÃO
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA**

**Salvador
2025**



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA -
PPGPSC**

RODOLFO CARDOSO PEREIRA

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO SUS: A ATUAÇÃO
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania- PPGPSC da Universidade Católica do Salvador - UCSAL como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Maria Gorete Borges Figueirêdo.

Linha Pesquisa: Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle.

Salvador

2025

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

P436 Pereira, Rodolfo Cardoso
Controle social e participação cidadã no SUS: a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Camaçari-Ba / Rodolfo Cardoso Pereira. – Salvador, 2025.
86 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Gorete Borges Figueirêdo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.
Linha de Pesquisa: Políticas Sociais Universais, Institucionalização e Controle.

1. Conselho Municipal de Saúde 2. Políticas Públicas 3. Controle Social
4. Sistema Único de Saúde 5. Participação Popular I. Figueirêdo, Maria Gorete Borges – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 614.2(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

RODOLFO CARDOSO PEREIRA

CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO SUS: A ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA


Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em
Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 20 de agosto de 2025.


Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **MARIA GORETE BORGES FIGUEIREDO**
Data: 21/08/2025 08:33:10-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Maria Gorete Borges Figueirêdo - UCSAL (orientadora)

Documento assinado digitalmente
 **CLAUDIA MONTEIRO FERNANDES**
Data: 22/08/2025 08:34:41-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Monteiro Fernandes - UCSAL

Documento assinado digitalmente
 **HELENI DUARTE DANTAS DE ÁVILA**
Data: 21/08/2025 17:19:05-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Heleni Duarte Dantas de Ávila (Examinadora Externa - UFRB).

Aos meus pais Raimundo Pereira e Dinah C. Pereira “*in memoriam*”, aos meus irmãos, à minha esposa Eliene e às minhas filhas Beatriz, Cecília e Júlia.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da minha fé, agradeço pela dádiva da vida, pela força nos momentos de fraqueza e pela luz que iluminou cada passo desta caminhada. Sem Sua presença constante, nada disso seria possível.

À minha esposa, Eliene Pereira, companheira fiel e amorosa, pelo apoio incondicional, pela paciência nos dias difíceis e pela compreensão nas longas horas de dedicação a este trabalho. Às minhas filhas, Beatriz, Cecília e Júlia, meu orgulho e minha inspiração diária, que aprenderam a esperar e a celebrar comigo cada conquista, sendo a razão mais profunda desta trajetória.

Aos meus irmãos, Adroaldo e Ricardo, sempre presentes, oferecendo palavras de incentivo, gestos de carinho e apoio inabalável. Aos meus irmãos Raimundo Walter e Jaime David, que, mesmo à distância, me acompanharam com amor e encorajamento, fazendo-me sentir que nunca estive sozinho.

Aos meus pais, *in memoriam*, Raimundo Pereira e Dinah Cardoso Pereira, que me deram “a régua e o compasso” para seguir o caminho com dignidade, honestidade e coragem. Suas lições permanecem vivas em cada passo que dou.

Aos amigos do mestrado e da Auditoria Interna de Camaçari/Ba — José Netto, Cristianne Cunha, Tiago Silva e Alberson Costa, doutorando, — com quem compartilhei conhecimento, experiências e momentos que ficarão guardados na memória, fortalecendo laços que vão além do ambiente acadêmico.

Aos amigos-irmãos Gislân Sampaio e Humberto Moraes, que sempre me incentivaram a ingressar no mestrado e apoiaram durante todo o percurso, e a todos os colegas/amigos da Auditoria Interna de Camaçari/Ba, que, de formas diversas, imprimiram sua marca na minha história.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Camaçari, pelo pronto atendimento, pela disponibilização de documentos e informações essenciais à concretização desta pesquisa, demonstrando compromisso com a transparência e com o fortalecimento do controle social.

À Prof.^a Dr.^a Maria Gorete Borges Figueirêdo, pela dedicação, orientação firme e acolhedora, constante incentivo, generosa disponibilidade e sensibilidade, que guiaram cada etapa deste trabalho, tornando possível a obtenção de um resultado sólido e significativo.

Às professoras integrantes da banca examinadora, Profa. Dra. Cláudia Monteiro Fernandes e Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila, pelas valiosas contribuições e reflexões, que enriqueceram e ampliaram a qualidade desta pesquisa.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da UCSal – Universidade Católica do Salvador, pelos valiosos ensinamentos, orientações e incentivos que tornaram possível a conclusão do meu curso de mestrado, contribuindo significativamente para meu crescimento acadêmico e profissional.

A cada pessoa que, de forma direta ou indireta, ofereceu apoio, palavras de incentivo ou gestos de amizade, deixo registrado meu mais profundo e eterno agradecimento. Este trabalho é também fruto da presença e do afeto de todos vocês.

**“A saúde é direito de todos e dever do Estado”.
- Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

RESUMO

Esta dissertação analisa a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari-BA, no período de 2018 a 2023, buscando compreender em que medida efetiva o controle social e a participação cidadã na política pública de saúde local. O estudo, de natureza exploratória e descritiva, combina revisão bibliográfica sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e controle social com análise documental de leis, atas e relatórios do CMS. Contextualiza-se a trajetória da saúde no Brasil, desde o modelo fragmentado e excludente anterior à Constituição Federal de 1988 até a criação do SUS, que consolidou a saúde como direito universal. A Lei nº 8.142/1990 é destacada por instituir a participação da comunidade nos conselhos de saúde, espaços estratégicos de democratização da gestão. A análise das atas, fundamentada na metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2011), evidencia que o CMS delibera sobre credenciamentos de equipes, valida termos de compromisso, fiscaliza orçamentos e prestações de contas, além de cobrar transparência em despesas e terceirizações. Durante a pandemia de COVID-19, exerceu papel relevante no monitoramento epidemiológico e na fiscalização da rede de saúde. Contudo, persistem desafios, como a falta de capacitação técnica dos conselheiros, dificuldades de comunicação com a gestão e problemas recorrentes na infraestrutura e qualidade dos serviços. Conclui-se que, embora o CMS de Camaçari-BA seja um espaço democrático de direito, sua plena efetividade depende de condições estruturais essenciais — capacitação, autonomia e transparência. A democracia sanitária, portanto, permanece como um projeto em contínua construção.

Palavras-chave: Conselho Municipal de Saúde; Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde; Controle Social; Participação Popular.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the performance of the Municipal Health Council (CMS) of Camaçari-BA between 2018 and 2023, aiming to understand the extent to which it effectively ensures social control and citizen participation in local public health policy. The exploratory and descriptive research combines a bibliographic review on the Unified Health System (SUS) and social control with a documentary analysis of laws, minutes, and reports from the CMS. The study contextualizes the evolution of health in Brazil, from the fragmented and exclusionary model prior to the 1988 Constitution to the creation of the SUS, which established health as a universal right. Law No. 8,142/1990 is emphasized for institutionalizing community participation through health councils, strategic spaces for democratizing management. The analysis of minutes, based on Bardin's (2011) content analysis methodology, shows that the CMS deliberates on the accreditation of health teams, validates agreements, oversees budgets and accountability reports, and demands transparency regarding outsourcing and expenditures. During the COVID-19 pandemic, the council played a crucial role in monitoring epidemiological data and inspecting the local health network. Nevertheless, challenges remain, such as the lack of technical training for council members, difficulties in communication with municipal management, and persistent problems in service infrastructure and quality. The study concludes that, although the CMS of Camaçari-BA is a democratic space by law, its full effectiveness depends on essential conditions such as training, autonomy, and transparency. Health democracy, therefore, remains a project under continuous construction.

Keywords: Municipal Health Council; Public Policies; Unified Health System; Social Control; Popular Participation.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS E NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	34
QUADRO 2	INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS	44
QUADRO 3	PLANOS DE SAÚDE – FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL	48
QUADRO 4	SÍNTESE: ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)	52
QUADRO 5	FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS DO CMS-CAMAÇARI (2018–2023)	54
QUADRO 6	RESOLUÇÕES CMS/BA – PERÍODO DE 2018 A 2023	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
APS	Atenção Primária a Saúde
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO	Lei das Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família

RAG	Relatório Anual de Gestão
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RMS	Região Metropolitana de Salvador
RQPC	Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEDES	Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania
SEDUC	Secretaria de Educação
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESAU	Secretaria de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNIFAL	Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 A SAÚDE NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO E LEGISLAÇÃO PERTINENTE.....	20
2.1 CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 E A SEGURIDADE SOCIAL.....	23
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): CONTEXTO HISTÓRICO E LEGISLAÇÃO.....	26
2.3 SUS E OS INSTRUMENTOS ESSENCIAIS PARA ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E CONTROLE SOCIAL.....	31
3 O SUS E SUA HISTÓRIA NA BAHIA.....	35
3.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONSELHOS DE SAÚDE NA BAHIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO CONTROLE SOCIAL.....	39
4 O PLANEJAMENTO NO SUS: ESTRATÉGIAS E DESDOBRAMENTOS FEDERATIVOS	43
4.1 FUNDAMENTOS NORMATIVOS E OPERACIONAIS NO PLANEJAMENTO: PLANOS, PROGRAMAS, RELATÓRIOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	44
5 EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA.....	50
5.1 HISTÓRICO DEMOGRÁFICO E CONTEXTO DE CAMAÇARI-BA.....	50
5.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE.....	51
5.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA.....	52
6 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA: ATUAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	56
6.1 ANÁLISE DAS RESOLUÇÕES, ATAS E DISCUSSÕES.....	59
6.2 ATUAÇÃO DO CMS DE CAMAÇARI-BA: AÇÕES E DELIBERAÇÕES.....	61
6.3 CONTROLE SOCIAL E SUA EFETIVAÇÃO: DESAFIOS E LIMITAÇÕES DA FISCALIZAÇÃO.....	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO I.....	85
ANEXO II.....	86

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil constitui um direito social fundamental assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988), a qual, em seu Art.196, estabelece, que "[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988 p. 122). Esta diretriz marca um ponto de mudança na história da saúde pública no país, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

A trajetória da saúde no Brasil é marcada por profundas desigualdades históricas e por um processo de construção institucional complexo. Até a década de 1980, o acesso aos serviços públicos de saúde era limitado, fragmentado e fortemente vinculado ao emprego formal, especialmente por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual priorizava o atendimento aos trabalhadores contribuintes (Paim *et al.*, 2011). Nesse cenário, movimentos sociais e setores progressistas da sociedade civil e da saúde pública protagonizaram a chamada Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e influenciou diretamente os debates constituintes de 1987-1988.

A criação do SUS representou uma ruptura com o modelo excludente anterior e firmou a saúde como parte da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social (Brasil, 1988; Paim, 2008). O novo sistema, descentralizado e com gestão participativa, incorporou a participação da comunidade como um de seus pilares fundamentais.

Assim, foram instituídos os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, como instâncias de controle social das políticas públicas, que atuam de forma integrada nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) — municipal, estadual e federal — com caráter deliberativo e paritário, compostas por representantes do governo, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviço e, principalmente, dos usuários, em consonância com a Lei nº 8.142/1990.

A legislação infraconstitucional, como a Lei nº 8.080/1990, que regulamentou as ações e os serviços de saúde definindo atribuições das três esferas de governo (União, estados e municípios); competências e as responsabilidades dos gestores; e diretrizes e a organização do SUS, como também a Lei nº 8.142/1990, que complementou a Lei anterior, instituindo a obrigatoriedade de funcionamento dos conselhos de saúde, em caráter permanente e com reuniões periódicas, para a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos entes federativos (Brasil, 1990b).

Nesse contexto, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) se configuram como espaços estratégicos para a democratização da gestão pública, permitindo à sociedade civil influenciar diretamente o planejamento, a avaliação e o controle social da política de saúde local. Conforme Giovanella et al (2012), a implementação do SUS nos estados e municípios não ocorreu de forma homogênea, sendo marcada por disputas políticas, limitações estruturais e assimetrias regionais, o que reforça a necessidade de investigações empíricas sobre o funcionamento real desses conselhos.

O motivador da pesquisa decorre da experiência profissional do pesquisador, na gestão pública da saúde municipal, com atuação direta na descentralização administrativa e financeira do SUS, conforme previsto nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Durante esse processo, participou da implantação do Fundo Municipal de Saúde do Município de Dias D'Ávila/BA, no período de 2001 a 2009, e do Município de Candeias, no período de 2009 a 2014, transferindo a gestão orçamentária e financeira da Secretaria Municipal da Fazenda para a Secretaria Municipal de Saúde, dos respectivos municípios, em conformidade com a legislação vigente.

Posteriormente, como Coordenador do Fundo Municipal de Saúde, foi responsável pela execução orçamentária e prestação de contas junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), vivenciando de forma concreta os desafios da participação social, como a necessidade de qualificação dos conselheiros e a influência de disputas político-partidárias nas deliberações do colegiado. Essa vivência prática despertou o interesse científico em analisar a atuação efetiva do CMS, especialmente no que se refere ao controle e a participação social nas políticas públicas de saúde no município de Camaçari/BA, buscando contribuir para o fortalecimento da gestão participativa e democrática no âmbito do SUS.

Diante deste contexto histórico e institucional, a análise do Conselho Municipal de Saúde do Município de Camaçari/BA, situado na Região Metropolitana de Salvador (RMS), entre os anos de 2018 a 2023 oferece uma oportunidade ímpar de compreender como se dá, na prática, e de fato, a participação cidadã e o controle social, a formulação e o acompanhamento das políticas públicas de saúde no nível local.

Surge então a inquietação de compreender a questão problema: **em que medida o Conselho Municipal de Saúde, efetiva o controle social das políticas públicas de saúde implementadas no município de Camaçari/BA?** A pesquisa se debruçou sobre a estrutura e funcionamento do Conselho, sua relação com os gestores municipais e a comunidade, além de avaliar os resultados concretos obtidos por meio de sua atuação.

A investigação será guiada pelas seguintes questões norteadoras: Como o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari/Ba exerce o controle social? Como o Conselho Municipal de Saúde contribui na implementação das políticas públicas de saúde?

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo geral **analisar as ações do Conselho Municipal de Saúde no Município de Camaçari/BA e suas contribuições para a implementação das políticas públicas de saúde no período de 2018 a 2023**. E os objetivos específicos da pesquisa são: identificar as ações pertinentes ao Conselho Municipal de Saúde de Camaçari-BA – participação e controle social, deliberação sobre políticas públicas, fiscalização e acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros destinados à saúde – no período de 2018 a 2023; evidenciar como se dá o controle social das políticas públicas municipais de saúde no CMS do município de Camaçari-Ba; e avaliar a atuação do CMS do município de Camaçari-Ba frente à legislação que o ordena enquanto espaço democrático de direito.

Diante das inquietações trazidas formula-se enquanto hipótese que o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari-BA é um espaço democrático de direito onde os seus membros devem exercer controle social, desde que sejam asseguradas pelo município: a capacitação técnica dos membros para qualificar/subsidiar as deliberações; a participação ativa da sociedade civil na composição do Conselho, sem influência partidária; e a transparência na disponibilização de informações claras e atualizadas sobre o planejamento municipal, Plano Plurianual (PPA) e as implementações acerca das políticas de saúde.

A importância deste estudo está no fato de que os Conselhos de Saúde, embora estejam legalmente instituídos como instâncias deliberativas e participativas, que é uma das marcas distintivas do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, ainda enfrentam desafios relacionados à efetiva participação social, ao acesso à informação e à qualificação técnica de seus membros. Investigar o CMS de Camaçari-BA permitirá compreender em que medida essa instância tem cumprido seu papel no contexto local, contribuindo para o aperfeiçoamento da gestão democrática e da cidadania na saúde.

A presente pesquisa adota uma abordagem exploratória e descritiva, utilizando o método histórico-dialético para analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari/BA. A metodologia combina pesquisa bibliográfica e análise documental. Enquanto a pesquisa bibliográfica fornece a base teórica com o levantamento de artigos, teses e livros, a análise documental foca em materiais como leis, atas e relatórios do próprio CMS. O caminhar da pesquisa nos leva a ir além da simples descrição, compreendendo o conselho como um produto das contradições e transformações sociais e históricas.

Os dados coletados foram tratados por meio da análise de conteúdo, conforme a proposta de Bardin (2011). Essa técnica permitiu sistematizar e interpretar as informações obtidas nos documentos. O foco da análise foi identificar as decisões, a frequência de reuniões, os temas discutidos, o grau de deliberação, as funções exercidas (consultiva, propositiva, fiscalizadora) e o nível de participação dos segmentos. Essa abordagem metodológica, alinhada aos referenciais teóricos sobre controle social e políticas públicas, possibilitou uma visão aprofundada das dinâmicas do conselho.

A partir da análise, os dados foram categorizados em três eixos centrais: controle social, CMS como espaço democrático de direito e ações pertinentes à política municipal de saúde. Essa categorização foi crucial para organizar as descobertas e discuti-las de forma coerente com os objetivos da pesquisa, mostrando como o CMS atua na defesa do fortalecimento da política pública de saúde no município.

O recorte do período de 2018 a 2023 para a pesquisa se justifica por abranger dois ciclos completos de gestão municipal e por incluir um evento crítico para o SUS, como a pandemia de COVID-19, cujos efeitos exigiram maior atuação do CMS.

Para alcançar o objetivo proposto, a presente dissertação está estruturada em sete capítulos. Após esta Introdução, que define a problemática de pesquisa, explicita os objetivos gerais e específicos e descreve a metodologia adotada de forma breve, o Capítulo 2 proporciona o embasamento teórico, abordando a trajetória da saúde no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a seguridade social e para o conjunto de dispositivos legais que sustentam sua organização e funcionamento.

O Capítulo 3 analisa a experiência baiana, destacando o processo de implantação do SUS no Estado da Bahia e a importância dos conselhos de saúde na consolidação do controle social e da participação cidadã. No Capítulo 4, explora-se os fundamentos normativos e operacionais dos planos, programas e relatórios do SUS em âmbito nacional, estadual e municipal, ressaltando articulação com a gestão democrática.

Já o Capítulo 5 situa a pesquisa no município de Camaçari-BA, contextualizando sua realidade demográfica e institucional e analisando o Conselho Municipal de Saúde como instância deliberativa, fiscalizadora e consultiva da política pública local. O Capítulo 6 descreve a metodologia da pesquisa, explicitando o uso da análise documental e da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), além de concentrar a investigação empírica, examinando resoluções e atas do Conselho Municipal de Saúde de Camaçari no período de 2018 a 2023, a fim de avaliar avanços, limites e desafios do controle social no município. E, por fim, no Capítulo 7 apresentam-se os principais achados da pesquisa, destacando contribuições, fragilidades e perspectivas para o fortalecimento da participação social e da democracia sanitária no âmbito local.

CAPÍTULO 2

A SAÚDE NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO E LEGISLAÇÃO PERTINENTE

O sistema de saúde brasileiro, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, era estruturado com base em um modelo previdenciário, seletivo e excludente. O acesso aos serviços públicos de saúde estava condicionado à contribuição formal para a Previdência Social, o que significava que apenas os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes podiam utilizar os serviços médico-hospitalares custeados pelo Estado. Essa lógica marginaliza grande parte da população brasileira: trabalhadores informais, desempregados, populações rurais e comunidades periféricas urbanas, que ficavam à margem da assistência regular (Menicucci, 2014).

Durante as décadas de 1960 a 1980, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram os principais órgãos responsáveis pela organização da assistência médica. Entretanto, essa estrutura operava de forma fragmentada, ineficiente e desigual, uma vez que a cobertura se restringia aos segurados e seus dependentes, o que resultava na exclusão de amplos segmentos da população. Como destaca Escorel (2012), os serviços se concentravam principalmente no Sudeste e Sul do país, em áreas urbanas com maior presença de contribuintes da previdência, enquanto o Norte e o Nordeste eram negligenciados, carecendo de equipamentos, pessoal e gestão pública, agravando as desigualdades regionais no acesso à saúde pública.

Outro traço marcante dessa fase era a predominância de uma lógica curativista e hospitalocêntrica, com foco quase exclusivo no atendimento médico individualizado e na alta complexidade. A atenção primária e as ações preventivas eram negligenciadas ou executadas de forma pontual, especialmente por meio de campanhas esporádicas de vacinação ou controle de epidemias. Como observa Paim (2009), essa organização fomentava a chamada “indústria da doença”, na qual prestadores privados lucravam com a repetição de procedimentos, sem preocupação com resolutividade ou promoção da saúde integral dos cidadãos.

A ausência de uma política nacional de saúde integrada dificultava a coordenação entre os entes federativos e enfraquecia a capacidade do Estado de responder às reais demandas

da população. Os recursos financeiros eram geridos de forma centralizada, pouco transparente, e fortemente dependentes de convênios com hospitais e clínicas privadas, muitas vezes sem critérios rígidos de controle de qualidade. Segundo Escorel (1999), esse modelo reforçava práticas clientelistas e o uso político da assistência à saúde, fazendo com que o atendimento se tornasse um privilégio vinculado a interesses corporativos, e não um direito social universal.

Foi diante de um cenário de profunda exclusão, ineficiência e desigualdade que surgiu, ainda nos anos 1970, o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Composto por sanitaristas, acadêmicos, profissionais da saúde, sindicatos e setores progressistas da sociedade civil, o movimento propunha uma reestruturação profunda no modelo de atenção à saúde no Brasil. Inspirado em experiências internacionais e na concepção ampliada de saúde como resultado das condições de vida, trabalho, educação, alimentação, moradia e lazer, o movimento passou a defender a universalização do acesso, a equidade, a integralidade da atenção, a descentralização da gestão e o controle social (Paiva & Teixeira, 2020).

Como podemos perceber, a Reforma Sanitária foi um momento decisivo da história brasileira, inspirada em experiências internacionais, porém enraizado na realidade dura do país. O movimento propôs mais do que mudanças estruturais: propôs justiça. A saúde pública deixou de ser vista apenas como um conjunto de serviços médicos, mas como expressão das condições sociais, econômicas e culturais da população. A ideia de saúde como resultado das condições de vida – incluindo moradia, trabalho, educação e alimentação – ampliou o olhar sobre o cuidado com as pessoas. A universalização do acesso, a descentralização da gestão e a participação popular deixaram de ser apenas conceitos administrativos para se tornarem instrumentos de transformação social.

Essas proposições ganharam força e capilaridade ao longo dos anos 1980, especialmente a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Este evento foi um marco histórico por reunir representantes da sociedade civil, gestores e técnicos em um processo participativo e democrático. No relatório final da conferência, foi reafirmada a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabelecendo diretrizes que seriam incorporadas na nova Constituição e que dariam origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). A conferência fortaleceu a concepção de seguridade social e abriu caminho para a

institucionalização dos conselhos e conferências de saúde, que se tornaram instâncias permanentes de deliberação democrática. A chamada "Carta da 8ª Conferência" tornou-se um documento estratégico para a Assembleia Constituinte, consolidando a saúde como direito de cidadania (Paiva e Teixeira, 2020).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 não foi apenas um conjunto de leis; ela foi um verdadeiro divisor de águas para a saúde no Brasil. Ela marcou uma ruptura decisiva com o passado de exclusão e desigualdade ao proclamar, em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado". Essa afirmação simples, mas revolucionária, inaugurou uma nova era, pautada na justiça social e na cidadania plena.

Essa transformação, contudo, não surgiu do nada; ela foi o resultado de uma intensa e prolongada mobilização social e técnica. Foi um processo histórico de luta e construção coletiva, cujo legado permanece vivo e continua a inspirar a formulação de políticas públicas de saúde no país até os dias de hoje (Paim, 2008).

Em síntese, o sistema de saúde brasileiro antes da Constituição de 1988 era fragmentado, excludente, curativo e mercantilizado. Sua estrutura refletia as desigualdades sociais do país e reforçava o abismo entre quem podia pagar e quem dependia de ações assistencialistas. A transição para um modelo público, universal e gratuito não se deu de forma espontânea, mas resultou da articulação do movimento da Reforma Sanitária e de intensas mobilizações sociais e políticas que tensionaram o Estado na direção de uma concepção ampliada de saúde como direito de cidadania. Nesse processo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, desempenhou papel fundamental ao consolidar propostas que serviram de base para a Constituição de 1988 e, posteriormente, para as Leis Orgânicas da Saúde. Seus resultados foram expressivos, destacando-se a afirmação da saúde como direito universal, o dever do Estado em garanti-la, a defesa da integralidade das ações, da descentralização da gestão e da participação social por meio de conselhos e conferências de saúde. Entre os ganhos, a conferência representou um espaço plural e democrático de construção coletiva, legitimando a ideia de que a saúde deveria integrar a seguridade social e ser organizada sob um sistema único. Assim, consolidou-se um novo paradigma: a transformação da saúde de privilégio restrito a alguns para direito fundamental de todos os cidadãos, marco fundante da institucionalização do SUS.

2.1 CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 E A SEGURIDADE SOCIAL

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 marcou uma mudança significativa na trajetória institucional e democrática do Brasil. Em meio ao processo de redemocratização, após mais de duas décadas de regime autoritário, a nova Carta Magna emergiu como símbolo de esperança, reconstrução e compromisso com os direitos fundamentais. Ela instituiu uma concepção ampliada de cidadania, na qual a dignidade da pessoa humana, a justiça social e a solidariedade passaram a constituir fundamentos centrais do Estado brasileiro. Um dos pilares dessa nova configuração institucional foi a consagração da seguridade social como um sistema integrado de proteção aos cidadãos.

A seguridade social, conforme delineada no artigo 194 da Constituição, representa um “conjunto integrado de ações” do Estado e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Brasil, 1988). Essa formulação rompeu com o modelo excludente anterior, que limitava o acesso aos benefícios àqueles inseridos no mercado formal de trabalho. A nova lógica constitucional passou a garantir direitos universais, desvinculados da contribuição prévia, fundamentando-se no princípio da equidade e da universalidade da cobertura. Como observa Boschetti (2006, p. 08), “foi somente com a Constituição de 1988 que as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro”.

No âmbito da saúde, o artigo 196 foi emblemático ao estabelecer que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988, p. 122). Este dispositivo não apenas redefine o papel do Estado, mas também amplia o conceito de saúde para além da ausência de doenças, incorporando determinantes sociais, econômicos e ambientais. Conforme afirma Paim *et al.* (2011), essa concepção traduz um avanço civilizatório ao reconhecer a saúde como expressão da justiça social e da cidadania. Assim, a saúde torna-se um bem público, cuja realização depende de políticas estruturantes e de uma atuação estatal abrangente.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF 1988) estabeleceu a seguridade social como um sistema unificado de ações destinadas a garantir os direitos à

saúde, à previdência e à assistência social. Essa nova visão rompeu com a lógica anterior, que condicionava o acesso aos benefícios à inserção no mercado formal de trabalho. A partir de então, os direitos passaram a ser assegurados de forma universal, com base nos princípios da equidade e da justiça social. Essa mudança representou um grande passo na democratização das políticas públicas, ampliando o acesso da população aos serviços essenciais e fortalecendo o papel do Estado na proteção social.

Essa visão ampliada foi profundamente influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que, nas décadas de 1970 e 1980, mobilizou intelectuais, profissionais da saúde e militantes sociais em torno da construção de um sistema público, universal e participativo. De acordo com Osório e Schraiber (2015), a Reforma Sanitária revolucionou o modo de produzir saúde no País, propôs um novo formato de acesso à saúde, bem como, uma nova forma de avaliar a situação de cada sujeito. Como também destacam Paiva e Teixeira (2020), esse movimento articulou uma proposta de sistema de saúde que integrasse ações de promoção, prevenção e assistência, fundamentado na universalidade, equidade e participação social. A incorporação dessas diretrizes na Constituição de 1988 representou um avanço civilizatório no campo da saúde pública.

No tocante à previdência e à assistência social, a Constituição de 1988 promoveu mudanças estruturais significativas. A proteção à maternidade, à infância, à velhice e às populações em situação de vulnerabilidade passou a ser tratada como uma obrigação do Estado, por meio de políticas integradas e mecanismos de financiamento público. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a seguridade social compreende um conjunto de políticas públicas destinadas a garantir proteção social a toda a população, assegurando direitos básicos como saúde, assistência social e previdência social, tendo por princípios a dignidade humana, a solidariedade e a justiça social.

Um outro aspecto relevante da Constituição foi a descentralização administrativa. A repartição de responsabilidades entre os entes federativos favoreceu a regionalização das políticas sociais, com destaque para a saúde, cuja execução passou a ser predominantemente municipal. De acordo com Costa, Barros e Ribeiro (1999), esse processo redefiniu radicalmente os papéis da União, dos estados e dos municípios na oferta de serviços de saúde, promovendo maior autonomia local. Contudo, os autores também destacam que a descentralização evidenciou disparidades estruturais entre os entes

subnacionais, especialmente no que tange à capacidade técnica e ao financiamento. Tal configuração exige não apenas autonomia local, mas também mecanismos de cooperação e apoio técnico continuado por parte das instâncias federais. A lógica do financiamento tripartite (União, estados e municípios) e da solidariedade intergeracional assegura a sustentabilidade do sistema, ainda que dependente de uma implementação efetiva e articulada.

A Constituição Federal de 1988, promoveu um elemento inovador, que foi a valorização da participação social como princípio organizativo das políticas públicas. No artigo 198, inciso III, foi estabelecida a participação da comunidade como norma fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] III - participação da comunidade (Brasil, 1988 p. 122-123).

Essa norma materializa-se na criação dos conselhos de saúde e nas conferências de saúde, que se tornaram espaços legítimos de deliberação e controle social. Conforme destacam Campos e Salgado (2017), a institucionalização da participação social no SUS reflete o compromisso com a democratização da gestão pública e o fortalecimento do controle social no setor saúde.

Esse modelo participativo propõe uma democracia deliberativa, que supera o modelo verticalizado e autoritário de gestão estatal. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2020, p. 2), " [...] o Controle Social é a participação dos cidadãos e cidadãs na gestão pública, como uma forma de compartilhar o poder de decisões políticas entre o Estado e a sociedade civil.

Na área da saúde, representantes de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) monitoram e discutem ações para a construção de políticas públicas, de interesse de todos os brasileiros e brasileiras, através de mecanismos de controle social". Assim, o controle social no SUS não se limita a um mecanismo técnico-administrativo, mas representa a expressão concreta da cidadania ativa. Ainda conforme o CNS, "os conselhos de saúde são exemplos destes mecanismos e são fundamentais para a construção da cidadania e democracia" (2020, p. 2).

A Constituição Federal de 1988 instituiu um novo modelo para a proteção social no Brasil, fundamentada na universalização dos direitos, no financiamento solidário, na descentralização das ações e na participação popular. Trata-se de um projeto político e social ainda em construção, permanentemente tensionado por crises econômicas, disputas ideológicas e ameaças de retrocesso. Como destaca Machado (2023, p. 1) no artigo "Democracia, Cidadania e Saúde no Brasil", "[...] o fortalecimento do SUS depende do caráter das políticas sociais e da democracia, e de transformações nas relações Estado-mercado-sociedade, para superar limites que persistiram mesmo durante governos progressistas".

A descentralização administrativa, o financiamento tripartite e a participação popular passaram a compor a base do sistema de seguridade social, com destaque para a criação do SUS. Esses avanços representaram a ruptura com um modelo excludente, estabelecendo um compromisso do Estado com a promoção da justiça social. Ainda assim, os desafios persistem, exigindo esforços permanentes para consolidar uma política pública de saúde democrática, equitativa e efetivamente cidadã.

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): CONTEXTO HISTÓRICO E LEGISLAÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) não foi um evento isolado, mas o ápice de um longo processo de lutas sociais e movimentos em prol da reforma sanitária brasileira que se intensificaram durante o período de redemocratização do Brasil, e representa uma das mais importantes conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, materializando os ideais do movimento da Reforma Sanitária, um processo histórico de contestação e proposição que emergiu no cenário brasileiro durante as décadas de 1970 e 1980, consolidando o direito universal à saúde como um dever do Estado.

Segundo Paim *et al.* (2011, p.18) “[...] em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS”, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS.

Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado. Desta forma a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, “representa esse marco histórico para a política de saúde e conseqüente para a construção do SUS, reafirmando as ideias do Movimento da Reforma Sanitária” (*op. cit.*).

A 8ª Conferência trouxe, assim, as bases para a criação do SUS, ao colocar a saúde “[...] como direito de todos e dever do Estado e recomendar a organização de um Sistema Único de Saúde, descentralizado e democrático” (Ávila, 2013, p. 27).

O contexto pré-SUS era marcado por um modelo de saúde fragmentado, excludente e ineficiente, onde a grande atuação do poder público se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, atendendo prioritariamente aos trabalhadores com carteira assinada.

Essa estrutura resultava na exclusão de uma parcela significativa da população, especialmente os mais pobres e os trabalhadores informais. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) rompeu com essa lógica ao universalizar o direito à saúde, afirmando-o como dever do Estado e direito de todos, conforme o artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Essa transformação de modelo foi sustentada por uma visão ampliada da saúde, que inclui os determinantes sociais, como moradia, alimentação e educação. Segundo Paim *et al.* (2011), o SUS representa uma conquista social que visa à equidade e à integralidade na atenção à saúde, enfrentando desafios históricos relacionados às desigualdades sociais e ao acesso aos serviços de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi decisiva para a formulação dos princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde. Ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, o evento consolidou as propostas do movimento da Reforma Sanitária e impulsionou sua incorporação à Constituição de 1988, mesmo diante da resistência de setores privados. Essa mudança representou uma ruptura com o modelo anterior, que restringia o acesso à saúde aos trabalhadores formais, por meio do INPS e

posteriormente do INAMPS. A criação do SUS significou, portanto, a construção de um sistema universal, descentralizado e pautado na equidade, com base em uma concepção ampliada de saúde e no enfrentamento das desigualdades sociais.

A institucionalização do SUS ocorre por meio das Leis Orgânicas da Saúde: nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. A primeira estabelece os princípios, diretrizes e bases organizativas do SUS, enquanto a segunda institui a participação da comunidade por meio dos conselhos e conferências de saúde. Essas leis concretizam os dispositivos constitucionais e estabelecem as ferramentas de gestão descentralizada, participativa e regionalizada (Brasil, 1990a, 1990b).

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define os princípios e diretrizes do sistema, estabelecendo a saúde como direito fundamental do ser humano, garantido pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990a), reconhecendo que a saúde vai além da ausência de doenças, integrando os aspectos sociais e ambientais como determinantes do processo saúde-doença.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, complementa a Lei 8.080/90, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei é de suma importância para a temática desta dissertação, pois é ela que institucionaliza os Conselhos de Saúde como instâncias de controle social (Brasil, 1990b).

Entre os princípios e diretrizes do SUS, destacam-se a **universalidade** do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a **integralidade** da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a **equidade**, que busca diminuir as desigualdades, priorizando as ações que beneficiam os mais vulneráveis (Brasil, 1990a).

A regionalização e a descentralização constituem princípios fundamentais que orientam a organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Como sistema público, nacional e de acesso universal, o SUS abrange um amplo conjunto de ações e serviços de

saúde, os quais devem ser estruturados em redes regionalizadas e hierarquizadas, sob uma gestão descentralizada e com comando único em cada nível de governo (Brasil, 1988, 1990a).

A descentralização administrativa e política promovida pela Constituição Federal de 1988 conferiu aos municípios um papel estratégico na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo-lhes autonomia para planejar, executar e avaliar as políticas de saúde. Essa nova lógica de governança pública exigiu o fortalecimento das capacidades institucionais locais, incluindo a formação de gestores, o desenvolvimento de sistemas de informação e a constituição de conselhos municipais de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o fortalecimento da gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo necessário o envolvimento decisivo dos secretários de saúde e prefeitos para propiciar os avanços obtidos.

Outro instrumento relevante no contexto legislativo foi a criação do financiamento tripartite, com recursos oriundos da União, estados e municípios. Essa estrutura de financiamento foi prevista pela Lei nº 8.080/1990, que organizou o SUS como sistema descentralizado e com gestão compartilhada entre os entes federados (Brasil, 1990).

A consolidação do SUS ocorreu com a promulgação das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que regulamentaram os dispositivos constitucionais referentes à saúde e estabeleceram os marcos legais para sua estrutura e funcionamento. A Lei nº 8.080 organizou os serviços e ações de saúde sob os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e regionalização.

Já a Lei nº 8.142/1990 instituiu a participação da comunidade por meio dos conselhos e conferências de saúde, assegurando espaços permanentes de controle social. Juntas, essas normativas consolidaram o SUS como um sistema público descentralizado e participativo, reforçando o papel estratégico dos municípios na efetivação das políticas de saúde, com foco na superação das desigualdades e na garantia de direitos. E ao atribuir aos municípios maior autonomia e definir um modelo de financiamento tripartite, o arcabouço legal fortaleceu a governança local e estabeleceu mecanismos essenciais para a efetivação das políticas de saúde no território nacional.

A operacionalização desse modelo foi aprimorada com a adoção das Normas Operacionais Básicas (NOB), que instituíram mecanismos de transferência de recursos fundo a fundo, fortalecendo o papel dos municípios na gestão dos serviços de saúde (Brasil, 2005). A Lei Complementar nº 141/2012 também representou um avanço ao estabelecer os percentuais mínimos de aplicação de recursos em saúde por cada esfera de governo (Brasil, 2018).

Contudo, apesar das bases legais sólidas, o financiamento do SUS ainda enfrenta importantes desafios, como a insuficiência de recursos e a necessidade de maior equidade na distribuição orçamentária, sobretudo em períodos de crise econômica e de ampliação da demanda por serviços, como evidenciado durante a pandemia da Covid-19 (Servo, 2020).

A consolidação do SUS até os dias atuais reflete a complexidade da política pública de saúde no Brasil. Sua trajetória tem sido marcada por avanços significativos, mas também por embates ideológicos, disputas orçamentárias e desafios de gestão. Nesse contexto, destaca-se a relevância do controle social e da participação da sociedade civil, por meio de conselhos de saúde e conferências, como formas legítimas de garantir transparência, equidade e efetividade na formulação e no acompanhamento das políticas de saúde.

Segundo Mendes (2013), o SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país. Antes do SUS vigia um Tratado das Tordesilhas da saúde que separava quem portava a carteirinha do INAMPS e que tinha acesso a uma assistência curativa razoável das grandes majorias que eram atendidas por uma medicina simplificada na atenção primária à saúde e como indigentes na atenção hospitalar. O SUS rompeu essa divisão iníqua e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado.

A consolidação do SUS envolveu não apenas avanços legais, mas também o desenvolvimento de instrumentos operacionais que permitiram sua efetivação no território nacional. A criação das Normas Operacionais Básicas e a definição de regras de financiamento, como as previstas na Lei Complementar nº 141/2012, contribuíram para fortalecer a gestão descentralizada e ampliar o papel dos municípios. Contudo, os desafios relacionados ao subfinanciamento e à equidade na alocação de recursos persistem, especialmente em contextos de crise. Diante disso, torna-se essencial compreender os instrumentos que sustentam a organização e o funcionamento do sistema, assegurando

sua capacidade de responder de forma eficaz e democrática às necessidades da população.

2.3 SUS E OS INSTRUMENTOS ESSENCIAIS PARA A ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das mais robustas e complexas políticas públicas do Estado brasileiro, sendo fruto de conquistas sociais consolidadas na Constituição Federal de 1988. Desde sua institucionalização, o SUS passou por um processo de construção normativa e operacional que buscou não apenas garantir o acesso universal, integral e equânime à saúde, mas também estruturar os mecanismos que sustentam seu funcionamento, planejamento e controle social.

Para assegurar a organização e a eficiência da gestão em saúde, diversos instrumentos essenciais foram instituídos. Tais instrumentos, que abarcam desde o planejamento estratégico de longo prazo, como os planos de saúde, até a avaliação sistemática da execução orçamentária, como os relatórios de gestão, são indispensáveis para aprimorar a capacidade de resposta do sistema às necessidades da população. Adicionalmente, a sustentação financeira do SUS é assegurada por um modelo de financiamento tripartite, enquanto a pactuação intergestores se configura como o principal arranjo político para a definição de metas e responsabilidades compartilhadas, promovendo, assim, a coesão e a eficiência na governança do sistema.

A primeira grande regulamentação do SUS, após a Constituição de 1988, foi a Lei nº 8.080/1990, que trata da organização do sistema, e a Lei nº 8.142/1990, que assegura a participação da comunidade por meio dos conselhos e conferências de saúde. Essas normas inauguraram a estrutura formal do SUS e estabeleceram os alicerces da descentralização, da regionalização e do controle social (Brasil, 1990a; 1990b).

Contudo, foi por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB), elaboradas pelo Ministério da Saúde na década de 1990, que os princípios constitucionais do SUS foram operacionalizados na gestão cotidiana. A NOB 91 introduziu a descentralização das ações de saúde para os municípios, ainda que de maneira incipiente.

Posteriormente, a NOB 93 definiu as responsabilidades entre os entes federativos e possibilitou que os municípios assumissem gestão parcial ou plena do sistema local. Já a NOB 96 instituiu mecanismos mais estruturados de financiamento, como o Piso da Atenção Básica (PAB), e consolidou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), assegurando maior articulação entre os níveis de gestão (Viana *et al.*, 2015; Brasil, 1996).

A partir dos anos 2000, as NOB foram sucedidas por outras regulamentações mais complexas e integradoras. Destaca-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002), que aprofundou a regionalização dos serviços e estabeleceu critérios para a conformação de redes de atenção à saúde. A NOAS-SUS também reforçou o papel dos Conselhos de Saúde no acompanhamento dos instrumentos de planejamento e avaliação, fortalecendo o controle social e a transparência da gestão (Brasil, 2002).

Em consonância com essas normas, foram instituídos instrumentos obrigatórios e complementares para o ciclo de planejamento e gestão do SUS, fundamentais para assegurar a racionalidade administrativa, a alocação eficiente de recursos e o compromisso com resultados sanitários. Entre eles, destacam-se:

- **Plano Nacional de Saúde (PNS):** instrumento estratégico, com vigência de quatro anos, que expressa as intenções e os resultados a serem alcançados pela gestão do SUS em cada esfera. Ele orienta as prioridades da política de saúde com base em diagnósticos situacionais participativos (Brasil, 2016).
- **Programação Anual de Saúde (PAS):** operacionaliza as metas do Plano de Saúde para cada exercício fiscal, detalhando ações, indicadores, responsáveis e prazos. É essencial para o monitoramento anual da gestão.
- **Relatório Anual de Gestão (RAG):** é o documento que apresenta os resultados alcançados pela gestão no período de um ano, em relação às metas do plano. A análise do RAG pelo Conselho de Saúde é fundamental para a avaliação crítica da gestão.
- **Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC):** exigido pela Lei Complementar nº 141/2012, visa promover a transparência da execução orçamentária e física dos recursos da saúde (Brasil, 2012).

Além desses, o SUS dispõe de instrumentos de pactuação e regionalização como os Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP) e o Mapa da Saúde, que organizam a oferta de serviços e definem responsabilidades entre os entes federativos. A partir do Decreto nº 7.508/2011, esses mecanismos foram regulamentados para fortalecer a integração entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde e assegurar o acesso ordenado e regulado (Brasil, 2011).

É importante destacar que todos esses instrumentos estão intrinsecamente ligados à atuação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), como o de Camaçari-BA, que possuem atribuições legais de analisar, aprovar e acompanhar os planos e relatórios de gestão. Conforme Lima *et al.* (2021), esses conselhos cumprem papel pedagógico e democrático, contribuindo para a construção de uma cultura de gestão participativa e para o enfrentamento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Conforme o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os conselhos de saúde exercem funções fundamentais de caráter deliberativo, fiscalizador e propositivo, promovendo a participação popular, o controle social e a democratização da gestão do SUS, além de contribuírem para o enfrentamento das iniquidades e o fortalecimento da equidade no acesso aos serviços (Brasil, 2014).

A consolidação do SUS como política pública estruturada e permanente depende diretamente da existência e da efetividade dos instrumentos normativos e operacionais que orientam sua gestão. Esses dispositivos asseguram a articulação entre os entes federativos, promovem a transparência, regulam o financiamento e possibilitam o acompanhamento contínuo das ações em saúde.

Inseridos nesse contexto, os Conselhos de Saúde se destacam como instâncias essenciais na análise e no controle desses instrumentos, fortalecendo o controle social e contribuindo para a democratização das decisões no âmbito do SUS.

O correto uso dos instrumentos de planejamento e gestão permite a efetivação dos princípios do SUS, assegura a transparência e fortalece o controle social.

Quadro 1 – Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde

Norma	Ano	Principais estabelecimentos
NOB/SUS 01/1991	1991	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira regulamentação da descentralização no SUS. - Estabeleceu a transferência de recursos para os estados e municípios. - Criou a figura do gestor local de saúde e introduziu o princípio da autonomia administrativa.
NOB/SUS 01/1992	1992	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliou a descentralização com foco nos municípios. - Introduziu a municipalização da atenção básica. - Regulamentou o processo de habilitação dos municípios como gestores do SUS.
NOB/SUS 01/1993	1993	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidou o processo de descentralização. - Definiu a co-gestão dos recursos financeiros e a municipalização plena. - Estabeleceu o conceito de “Gestão Plena da Atenção Básica”.
NOB/SUS 01/1996	1996	<ul style="list-style-type: none"> - Marco fundamental da descentralização. - Instituiu as modalidades de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica, Gestão Plena do Sistema Municipal, e Gestão Avançada. - Estabeleceu o Plano Municipal de Saúde, os Relatórios de Gestão e o papel estratégico dos Conselhos de Saúde na deliberação e fiscalização.
NOAS/SUS 01/2001	2001	<ul style="list-style-type: none"> - Substituiu as NOBs anteriores com foco na regionalização. - Estabeleceu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA). - Buscou reduzir as desigualdades regionais no acesso à atenção integral em saúde. - Reforçou a atuação dos Conselhos de Saúde.
NOAS-SUS 01/2002	2002	<ul style="list-style-type: none"> - Reforça a regionalização e hierarquização da rede de serviços; - Define responsabilidades estaduais e municipais na gestão regional; - Amplia a gestão plena do sistema municipal.

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de NOB's e NOAS / Ministério da Saúde – Brasil (2025).

Esse quadro oferece um panorama conciso das principais contribuições de cada uma dessas Normas Operacionais para a estruturação e o funcionamento do Sistema Único de Saúde ao longo dos anos. Cada NOB e NOAS representou um avanço na busca pela universalidade, integralidade e equidade na saúde pública brasileira.

CAPÍTULO 3

O SUS E SUA HISTÓRIA NA BAHIA

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia é marcada por profundas transformações políticas, institucionais e sociais, inseridas no contexto nacional de redemocratização e fortalecimento das políticas públicas de saúde. Antes da criação do SUS, o modelo de atenção à saúde no estado era centrado em ações hospitalares e curativas, com forte fragmentação administrativa e exclusão de parcelas da população dos serviços básicos de saúde. Paim (2008) destaca que esse modelo era restrito aos trabalhadores formais e altamente medicalizado, dificultando o acesso da população mais vulnerável aos cuidados essenciais.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, instituiu-se um novo paradigma, no qual a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. A Bahia inseriu-se nesse movimento de forma ativa, tendo sido uma das primeiras unidades da federação a iniciar a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde. Segundo Ávila (2013), o governo estadual elaborou o Plano Estadual de Saúde 1988–1991 com base em uma metodologia participativa, envolvendo movimentos sociais, o que resultou em uma nova concepção de saúde e no fortalecimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Esse processo inicial foi caracterizado pela criação do Conselho Estadual de Saúde, pela realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde no ano 1987, e pela adesão de 179 municípios ao sistema, além da implantação de Distritos Sanitários locais, como o de Pau da Lima, que serviram como experiências-piloto de territorialização e gestão colegiada. Essas ações demonstram que, já nos primeiros anos de implantação do SUS, a Bahia buscava formas de democratizar a gestão e integrar a população na formulação de políticas públicas em saúde.

Durante a década de 1990, a Bahia apresentou avanços significativos na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no fortalecimento da atenção básica e na descentralização da gestão municipal. Como aponta Ávila (2013) o Plano Estadual de Saúde 1996-1999 foi um documento estratégico que incorporou ações estruturantes essenciais para o desenvolvimento do SUS na Bahia. Entre as principais diretrizes, a retomada do projeto dos distritos sanitários, a intensificação da territorialização das ações

de saúde e a implementação do Programa de Saúde da Família. Este último, em sinergia com o Programa de Agentes Comunitários (PACS), tinha como objetivo ampliar a cobertura da atenção básica, buscando, por conseguinte, a redução das taxas de mortalidade infantil, priorizando os municípios com baixos indicadores sociais e de saúde.

A expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) foi acompanhada pelo fortalecimento do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ampliando significativamente a cobertura e a capilaridade das ações em saúde nos territórios mais vulneráveis. Dados do Relatório de Gestão do Governo do Estado da Bahia de 1998, apresentados por Ávila (2013, p. 152), revelavam a implantação do PACS em 396 municípios, com aproximadamente 15 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em atuação. O mesmo relatório indicava que, naquele ano, o PSF foi expandido incorporando 32 novas equipes, passando a atuar em 14 municípios. Tais avanços refletem um incremento de 131,6% no número de ACS em comparação com o ano anterior, evidenciando o compromisso do governo estadual em interiorizar a atenção básica e priorizar as regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica.

No mesmo período, a Bahia consolidou instâncias colegiadas de gestão, como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), responsável por acompanhar os processos de descentralização dos municípios e avaliar suas condições para assumir a gestão do SUS. Segundo Ávila (2013, p. 125), “[...] nessa fase inicial, a CIB era percebida por diversos atores como uma câmara técnica vinculada ao Conselho Estadual de Saúde (CES), com função predominantemente técnico-administrativa no acompanhamento da municipalização”. A autora destaca que, embora a CIB posteriormente se consolidasse como espaço de pactuação entre os entes federativos, naquele momento seu papel estava centrado na verificação das condições técnicas e estruturais dos municípios para adesão às diferentes modalidades de gestão descentralizada previstas na NOB 01/93.

Já no início dos anos 2000, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) passou por uma significativa reorganização institucional, inserida no contexto da reforma administrativa estadual. Essa reestruturação resultou na criação de quatro superintendências com finalidades específicas: a Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde (SUDESC), voltada ao monitoramento do Sistema Estadual e dos Sistemas Municipais de Saúde; a

Superintendência de Regulação, Promoção e Atenção à Saúde (SURAPS), responsável pela regulação da assistência na rede própria e conveniada; a Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), encarregada das ações de promoção e prevenção; e a Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde (SUPECS), com foco na capacitação de pessoal e difusão de informação e comunicação em saúde (Ávila, 2013). Essa reformulação refletia os esforços do governo estadual em alinhar a estrutura da SESAB às novas competências exigidas pelo processo de descentralização e aos princípios de equidade, integralidade e regionalização que regem o SUS.

Apesar dos avanços institucionais e da ampliação do acesso à saúde, a consolidação do SUS na Bahia continuava enfrentando desafios significativos no início dos anos 2000. Esses entraves já eram evidenciados no Plano Estadual de Saúde 2003–2006, conforme analisado por Ávila (2013, p. 192), que destaca “[...] a fragilidade da capacidade de gestão dos municípios como um dos principais obstáculos ao aprofundamento da descentralização”. A autora observa que muitos municípios, sobretudo os de pequeno porte, enfrentam limitações estruturais, políticas e técnicas para exercer plenamente as novas atribuições atribuídas pela reforma sanitária, o que demandava maior apoio da esfera estadual. Tal cenário reforça a importância da formulação de políticas públicas territorializadas e sustentáveis, capazes de reduzir as disparidades e garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Nos anos mais recentes, a Bahia adotou estratégias voltadas à modernização da gestão e à regionalização da atenção à saúde. O Telessaúde Bahia teve início em 2011, entretanto, obteve maior visibilidade a partir de 2013, quando ocorreu aumento significativo na adesão dos profissionais de saúde, entendendo o potencial que esse instrumento representa na qualificação de suas ações junto às Equipes de Saúde da Família (EqSF), superando as distintas características geográficas em todo o território baiano (Piropo, Thiago; Amaral, Helena, 2015). O Telessaúde Bahia, disponível no sítio eletrônico telessaude.saude.ba.gov.br, oferece serviços de teleconsultoria, segunda opinião formativa, tele-educação e telediagnóstico, fortalecendo a resolubilidade da Atenção Básica e qualificando tecnicamente os profissionais nos 417 municípios baianos.

A partir de 2015, também foram estabelecidos Consórcios Intermunicipais de Saúde em parceria entre o Estado da Bahia e os municípios, com foco na gestão compartilhada das Policlínicas Regionais de Saúde. Segundo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em março de 2025 existiam 24 consórcios ativos, envolvendo 412 dos 417 municípios baianos (mais de 98% do total), com 24 policlínicas regionais em funcionamento. Esses consórcios têm promovido uma estrutura de cooperação interfederativa que ampliou significativamente o acesso à atenção especializada no interior do estado. De acordo com boletim publicado pela SESAB, em abril de 2024 essas 24 policlínicas atendiam 411 municípios, alcançando quase 99% da cobertura territorial da Bahia (Bahia, 2024; Bahia, 2025).

Essas iniciativas refletem um esforço contínuo da gestão estadual para promover eficiência administrativa, equidade no acesso e redução das desigualdades territoriais por meio da modernização, regionalização e cooperação entre entes federativos.

Por fim, é importante ressaltar que a trajetória de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia foi fortemente influenciada pela mobilização dos movimentos sociais, pela atuação dos conselhos de saúde e pelo engajamento de gestores comprometidos com os princípios da Reforma Sanitária. Um dos marcos dessa participação foi a criação do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, com composição paritária entre representantes da sociedade civil e do poder público, sendo 15 membros de cada segmento. De acordo com Ávila (2013, p. 99), “[...] esse colegiado representou uma experiência pioneira e exemplar, tornando-se referência para a implantação dos Conselhos Municipais e Comunitários de Saúde, bem como de conselhos vinculados a hospitais e centros de saúde”. Sua estrutura e funcionamento contribuíram de forma decisiva para institucionalizar a participação popular nos processos de formulação, planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde no estado, fortalecendo o controle social e a democratização da gestão do SUS na Bahia.

3.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONSELHOS DE SAÚDE NA BAHIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO CONTROLE SOCIAL

A participação popular é um dos pilares mais importantes do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidada como diretriz constitucional desde 1988. O princípio do controle social garante que usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores componham espaços voltados à fiscalização e à formulação das políticas públicas. No esta da Bahia, essa participação se concretiza principalmente por meio dos conselhos e conferências de saúde, distribuídos entre os níveis estadual e municipal.

De acordo com Coelho e Veríssimo (2004, p. 105-106), “[...] o Brasil possui uma legislação que permite à sociedade civil participar da definição e gestão das políticas públicas”. Os autores afirmam que os defensores dessa legislação tinham como objetivo incluir setores que, tradicionalmente, eram excluídos do processo, tornando as políticas mais abertas às demandas da população e ao controle social.

Quando falamos de participação social no SUS, os conselhos de saúde ganham destaque como espaços legítimos onde a população pode opinar, fiscalizar e propor melhorias para os serviços de saúde.

O Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA), criado no ano de 1991, é um órgão colegiado integrante da estrutura administrativa da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). Foi criado pela Lei estadual nº 6.074, de 22 de maio de 1991 e atualmente se encontra regulamentado pela Lei estadual nº 12.053, de 07 de janeiro de 2011, fortalecido com um regimento próprio, representando esse espaço no nível estadual. Composto por representantes do governo, dos trabalhadores de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviço, respeitando o princípio da paridade, o conselho busca refletir a diversidade dos sujeitos que constroem o SUS (Bahia, 2011).

O CES/BA desempenha um papel fundamental na articulação entre o poder público e a sociedade. Sua estrutura é composta por diferentes câmaras e grupos de trabalho, buscando garantir uma representação diversificada dos interesses da população baiana.

O CES/BA é composto por com 64 (sessenta e quatro) representantes, distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de representação estadual de usuários do SUS;
- b) 25% de entidades de representação estadual dos trabalhadores na saúde;
- c) 25% de representação de governo (federal, estadual e municipal) e prestadores de serviços públicos e/ou privados, conveniados ou sem fins lucrativos.

Em seu art. 1º, parágrafo único, o Regimento Interno do CES/BA

[...] consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social, sendo assim integrado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários do SUS (Bahia, 2014, p. 1).

Apesar da sua estrutura formalmente garantida, o CES/BA enfrenta limites importantes em sua atuação. Pesquisas nacionais mostram que muitos conselhos de saúde operam com baixa capacidade deliberativa, funcionando predominantemente como espaços de ratificação de decisões administrativas previamente definidas.

Um estudo qualitativo realizado em Porto Alegre, por exemplo, identificou que os conselhos locais se tornaram ambientes pouco eficazes para influenciar decisões governamentais, com pouca autonomia para planejar ou executar políticas públicas (Cechinel *et al.*, 2020). Essa fragilidade no poder de decisão compromete a credibilidade desses espaços como instrumentos democráticos de controle e participação.

Outro aspecto desafiador diz respeito à representatividade nos conselhos de saúde, especialmente no segmento dos usuários. A mesma pesquisa identificou problemas como ausência de vínculos dos conselheiros com as comunidades representadas, descrédito no impacto das decisões tomadas nos conselhos, dificuldades de acesso a informações e carência de infraestrutura.

Essas limitações dificultam o cumprimento efetivo do conselheiro como ponte entre a população e a gestão pública (Cechinel *et al.* 2020). Além disso, há uma carência crônica de infraestrutura nos conselhos. Muitos não possuem sede, acesso adequado a internet, suporte técnico ou dotação orçamentária própria.

Outro desafio está relacionado à realização das conferências de saúde, que, em muitos municípios, não ocorrem de forma regular ou efetiva. Uma metassíntese de experiências nas conferências municipais entre 1986 e 2016 identificou como principais obstáculos: ausência de monitoramento das resoluções pelos conselhos correspondentes, falta de

priorização clara das propostas, baixa articulação com o planejamento e a gestão estadual/municipal e precariedade nos processos de organização e condução. Essas fragilidades resultam na transformação das conferências em eventos pouco atraentes e desmobilizadores para a sociedade civil (Ricardi; Shimuzu; Santos; 2020).

Mesmo com dificuldades, há iniciativas exitosas que merecem destaque. Um bom exemplo é o Conselho Comunitário de Saúde do Hospital Regional Costa do Cacaú, criado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) com o objetivo de estreitar o diálogo entre a gestão hospitalar e a comunidade usuária do serviço e promover uma escuta ativa das necessidades da população (Bahia, 2024). Essa experiência mostra que é possível ampliar a atuação do controle social para além dos conselhos formais, promovendo um modelo de gestão mais próximo do cotidiano da população.

Correia (2000) afirma que o Conselho de Saúde é um órgão permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Sua principal função é atuar na formulação de estratégias e fiscalizar a execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros.

Outra estratégia fundamental é investir na formação permanente dos conselheiros, oferecendo-lhes ferramentas técnicas, jurídicas e políticas para exercerem com autonomia e responsabilidade seu papel de representação social. O Ministério da Saúde (Brasil, 2011) destaca que os conselheiros devem ser preparados para interpretar dados, analisar orçamentos e participar ativamente do planejamento em saúde.

Além dos conselhos, a Bahia dispõe de um instrumento importante para o exercício do controle social que é a Lei Estadual nº 12.618/2012, que assegura o direito de acesso à informação pública permitindo à sociedade acompanhar os gastos públicos, a execução orçamentária e a implementação das políticas públicas de saúde. A norma obriga o Estado a manter a transparência ativa sobre recursos, programas e ações de saúde, reforçando o papel fiscalizador dos conselhos e da sociedade civil como um todo (Bahia, 2012).

Como destaca Gomes e Orfão (2021), o controle social no SUS deve ser compreendido como uma construção política contínua que vai muito além da presença física nos conselhos. Requer, sobretudo, a criação de condições reais para a participação ativa, como infraestrutura adequada, capacitação dos conselheiros, democratização da informação,

valorização das vozes populares e compromisso institucional com a democracia participativa.

Embora persistam entraves à participação popular efetiva, também existem caminhos possíveis e experiências inovadoras, como a experiência baiana revela. O fortalecimento dos conselhos de saúde passa, sobretudo, pela valorização dos sujeitos que o compõem e pelo reconhecimento de que a democracia se constrói cotidianamente, com escuta, debate, autonomia e corresponsabilidade.

CAPÍTULO 4

O PLANEJAMENTO NO SUS: ESTRATÉGIAS E DESDOBRAMENTOS FEDERATIVOS

A saúde, consagrada como direito universal e dever do Estado pela Constituição Federal de 1988, impõe ao Brasil o desafio permanente de construir e consolidar mecanismos eficazes de gestão e planejamento. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu um marco civilizatório ao estabelecer os princípios da universalidade, equidade e integralidade, contudo, sua efetivação plena requer um processo contínuo, coordenado e intersetorial de planejamento entre as esferas federal, estadual e municipal.

Compreender as dinâmicas institucionais, os marcos regulatórios e os desafios enfrentados no processo de planejamento do SUS é essencial para identificar os avanços alcançados e as limitações persistentes à concretização do direito à saúde em sua totalidade.

O planejamento em saúde no Brasil é regulamentado por um conjunto normativo que inclui a Constituição Federal de 1988, as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o Decreto nº 7.508/2011 e diversas portarias ministeriais. A Constituição, ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelece a necessidade de ações organizadas em rede, planejadas e integradas entre os entes federativos. O planejamento, portanto, torna-se um instrumento essencial à organização dos serviços de saúde, permitindo o alinhamento entre necessidades da população e os recursos disponíveis.

A Lei nº 8.080/1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define o planejamento como uma das diretrizes da organização do SUS, vinculando-o à regionalização e à hierarquização dos serviços. A Lei nº 8.142/1990, por sua vez, reforça o papel da participação social e do financiamento vinculado aos instrumentos de planejamento. Já o Decreto nº 7.508/2011 introduz a lógica das Regiões de Saúde e dos contratos organizativos da ação pública, exigindo uma articulação interfederativa para o planejamento das ações e serviços.

O planejamento deve ocorrer de forma ascendente, do nível local ao federal, garantindo a participação da sociedade civil, por meio dos conselhos de saúde, e promovendo o controle social sobre as políticas públicas. Os princípios da equidade e da integralidade devem guiar as metas e ações propostas nos planos, considerando as diversidades territoriais, epidemiológicas e socioeconômicas.

4.1 FUNDAMENTOS NORMATIVOS E OPERACIONAIS NO PLANEJAMENTO: PLANOS, PROGRAMAS, RELATÓRIOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

O SUS conta com instrumentos específicos para orientar, monitorar e avaliar a gestão pública em saúde: o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Estes instrumentos são de elaboração obrigatória pelos três entes federativos e estão previstos na Portaria GM/MS nº 2.135/2013.

O Plano de Saúde é o principal instrumento de planejamento estratégico da saúde para um período de quatro anos, devendo estar alinhado ao Plano Plurianual (PPA) do respectivo ente federativo. Nele são definidas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde. A PAS é um desdobramento anual do plano, detalhando as ações, os serviços e os recursos orçamentários a serem empregados. O RQPC, é o instrumento que acompanha e monitora a execução da PAS, no qual é demonstrada a execução das metas e dos recursos orçamentários e financeiros anualizados na PAS a cada quadrimestre e é elaborado nos meses de maio, setembro e fevereiro. O RAG, por sua vez, tem função avaliativa, permitindo a prestação de contas e o monitoramento dos resultados alcançados.

Estes instrumentos devem dialogar com os instrumentos de planejamento governamental mais amplos (PPA, LDO e LOA), além de estarem vinculados às pactuações feitas nas comissões intergestores. A integração entre planejamento, orçamento e controle social é condição essencial para uma gestão eficaz e transparente no SUS.

Quadro 2 - Instrumentos de Planejamento do SUS

Instrumento	Periodicidade	Finalidade Principal	Nível de Detalhamento	Participação Social
Plano Nacional de Saúde (PS)	Quadrienal	Definir diretrizes, metas e objetivos para a Saúde em âmbito nacional	Abrange o macrocenário da saúde. É estratégico.	Alta (Conselho de Saúde)
Programação Anual (PAS)	Anual	Operacionalizar o Plano de Saúde	Tático/Operacional	Alta
Relatório Quadrimestral de Prestação de Conta (RQPC)	Quadrimestral	Monitorar o PAS	Avaliativo	Alta

Relatório de Gestão (RAG)	Anual	Avaliar execução das ações e resultados	Avaliativo	Alta
---------------------------	-------	---	------------	------

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado do Ministério da Saúde – Brasil (2025).

O quadro destaca que os instrumentos de planejamento do SUS – Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e Relatório Anual de Gestão (RAG) – formam um ciclo contínuo e interconectado essencial para a efetividade das políticas de saúde. Importante salientar que esse ciclo de planejamento e gestão também se replica na esfera estadual e municipal.

O Plano Nacional de Saúde serve de referência e define a direção estratégica de longo prazo para os Planos Estaduais e Municipais. Assim, o que é definido em nível nacional é desdobrado, detalhado e adaptado à realidade de cada estado e município, que elaboram suas próprias PAS, RQPC e RAG com foco em suas necessidades locais e regionais. Essa estrutura garante que as diretrizes do SUS sejam seguidas, ao mesmo tempo em que permite a flexibilidade necessária para que estados e municípios respondam às particularidades de suas populações. O controle social, exercido pelos respectivos Conselhos de Saúde em cada nível, assegura a transparência e a participação da comunidade em todo processo (Luchese *et al.*, 2023).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é elaborado pelo Ministério da Saúde e estabelece as diretrizes estratégicas para o SUS em nível federal. Ele deve ser compatível com o Plano Plurianual da União e articulado com as necessidades identificadas em nível estadual e municipal. O PNS orienta a formulação de políticas públicas de saúde, definindo metas e indicadores nacionais.

A elaboração do PNS transcende a mera formalidade; ele é intrinsecamente articulado com o Plano Plurianual (PPA) federal, que é o instrumento macro de planejamento governamental. Essa conexão garante que as políticas de saúde estejam em sintonia com as demais políticas públicas do país, refletindo uma visão integrada do desenvolvimento nacional. O Decreto nº 7.508/2011 sublinha essa interdependência, ao estipular que o planejamento da saúde deve ser um processo ascendente e complementar, onde o PNS serve de referência e baliza para os planos de saúde elaborados pelas esferas estaduais e municipais (Brasil, 2011).

Além de definir o PNS, a esfera federal detém a prerrogativa de normatizar os processos de planejamento em saúde para todo o país. Isso inclui a criação de diretrizes para a elaboração dos planos, a definição de critérios para o financiamento federal do SUS e o estabelecimento de políticas nacionais para áreas estratégicas. Tais políticas podem abranger desde a vigilância em saúde e a atenção primária até a alta complexidade, assegurando a coesão do sistema e o cumprimento do direito à saúde em âmbito nacional, independentemente da localização geográfica do cidadão (Brasil, 2011).

É possível afirmar que o planejamento federal é o coração pulsante do SUS, responsável por manter a unidade e a direção de um sistema tão vasto e complexo. Ele não só define o "onde queremos chegar", mas também o "como vamos chegar lá" em termos de políticas e prioridades nacionais, pavimentando o caminho para que os direitos à saúde sejam efetivados em todas as esferas de governo. Os Planos Estaduais de Saúde têm o papel de intermediar as diretrizes nacionais com as necessidades regionais, promovendo a articulação entre municípios e governo federal.

No patamar intermediário do SUS, o planejamento estadual da saúde assume um papel vital na ponte entre as diretrizes federais e as necessidades locais dos municípios. O Plano Estadual de Saúde (PES), também com vigência quadrienal, é o instrumento-chave nesse nível. O PES se constitui como o instrumento de gestão no qual está expressa a Política de Saúde do estado para um quadriênio, contendo as orientações para a implementação de todas as iniciativas de gestão do SUS, no âmbito do seu território.

Desse modo, o documento explicita os compromissos do governo para o setor saúde, as iniciativas estratégicas e as respectivas ações, tendo como alicerce a análise de situação de saúde, as necessidades da população e a capacidade de oferta dos serviços.

O PES guarda consonância com outros instrumentos de planejamento como o Plano Plurianual – PPA, respeitada suas especificidades metodológicas, os Relatórios da Conferência Estadual de Saúde, o Plano de Desenvolvimento Integrado, dentre outros instrumentos de governo que subsidiem estratégias de ações para a saúde (Bahia, 2025).

O PES, portanto, não é apenas um documento burocrático; ele é um guia para a alocação de recursos estaduais e federais, e para pactuação de responsabilidade entre os entes federados; ele é um guia para a alocação de recursos estaduais e federais, e para a

pactuação de responsabilidades entre os entes federados. Ou seja, a regionalização da saúde, prevista no Decreto nº 7.508/2011, confere aos estados o papel de coordenadores das Regiões de Saúde, sendo responsáveis por estruturar redes regionais e integrar serviços. Ele orienta onde e como os investimentos em saúde devem ser feitos, buscando complementar as ações municipais e assegurar a integralidade da assistência em todo o território estadual (Brasil, 2011).

O planejamento municipal é a linha de frente do SUS, o ponto de contato direto com a população. Ele traduz as grandes diretrizes em ações concretas, adaptadas à realidade local, e é o espaço privilegiado para a participação cidadã, garantindo que o direito à saúde seja construído e vivenciado por todos, de perto.

No nível mais capilar do Sistema Único de Saúde, o planejamento municipal é a base sobre a qual se concretiza o direito à saúde para cada cidadão. O Plano Municipal de Saúde (PMS), também com vigência de quatro anos, é o instrumento pelo qual cada município define suas prioridades, metas e estratégias para atender às necessidades específicas de sua população. É aqui que as particularidades locais ganham voz, permitindo que as ações de saúde sejam desenhadas e adaptadas à realidade geográfica, social, cultural e epidemiológica de cada comunidade (Soder; Machado; De Carli, 2022).

A elaboração do PMS é um processo intrinsecamente ligado à participação social, um dos pilares fundamentais do SUS. A Lei nº 8.142/1990 e o Decreto nº 7.508/2011 são claros ao estabelecer que os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, que contam com a representação de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e gestores, devem participar ativamente da construção, do acompanhamento e da fiscalização desses planos (Brasil, 1990b; Brasil, 2011). Essa participação cidadã garante que o planejamento reflita as reais demandas da população e que haja acompanhamento na gestão dos recursos e serviços.

É no âmbito municipal que a Atenção Primária à Saúde (APS), a porta de entrada preferencial do SUS, é planejada e implementada. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes de Saúde da Família são o coração desse nível de atenção, responsáveis por resolver a maioria dos problemas de saúde da população, promover a saúde, prevenir doenças e ser o ponto de partida para o acesso a outros níveis de complexidade. O PMS,

portanto, detalha como esses serviços serão organizados, onde novas unidades serão construídas e como as equipes serão capacitadas para atender às necessidades locais, conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017).

Quadro 3 – Planos De Saúde Federal, Estadual e Municipal

Federação	Responsável	Enfoque Principal	Órgão de participação	Exemplo de metas (Hip.)
Federal	Ministério da Saúde	Definir diretrizes e prioridades nacionais para a saúde, alinhando as políticas de longo prazo.	Conselho Nacional de Saúde	Ampliação da APS, redes de urgência, vacinação
Estadual	Secretarias Estaduais de Saúde	Traduzir diretrizes nacionais para a realidade do estado, organizando redes regionais de saúde e serviços de média/alta complexidade e articulação intermunicipal	Conselhos Estaduais de Saúde	Redução da mortalidade materna, regionalização
Municipal	Secretarias Municipais de Saúde	Detalhar ações para a população local, com foco na atenção primária , vigilância em saúde e acesso a serviços básicos.	Conselhos Municipais de Saúde	Cobertura de ESF, indicadores locais de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado do Ministério da Saúde – Brasil (2025).

O Quadro evidencia a estrutura tripartite do planejamento em saúde no Brasil, demonstrando como cada esfera de governo – federal, estadual e municipal – possui responsabilidades específicas e complementares no processo de formulação e implementação dos planos de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) assume um caráter diretivo e normativo, estabelecendo diretrizes amplas e metas estratégicas de abrangência nacional. Os Planos Estaduais de Saúde (PES), por sua vez, exercem a função articuladora entre a política nacional e as peculiaridades regionais, operando sob a lógica da regionalização e da coordenação das redes assistenciais. Já os Planos Municipais de Saúde (PMS) são responsáveis por

concretizar as ações de saúde no território, adaptando os objetivos nacionais e estaduais às realidades locais.

A existência de conselhos de saúde nas três esferas reforça o papel do controle social na legitimidade e no acompanhamento dos processos de planejamento. Dessa forma, o quadro demonstra não apenas a distribuição de competências, mas a necessidade de integração vertical e cooperação federativa, aspectos fundamentais para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde em um país marcado por desigualdades regionais.

CAPÍTULO 5

EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA

5.1 HISTÓRICO DEMOGRÁFICO E CONTEXTO DE CAMAÇARI-BA

Camaçari, localizado na Região Metropolitana de Salvador, apresenta uma trajetória marcada por profundas transformações socioeconômicas e urbanas nas últimas décadas. Sua origem remonta ao século XVI, com a fundação da Aldeia do Divino Espírito Santo pelos missionários jesuítas, voltada à catequese dos povos indígenas tupinambás (Prefeitura de Camaçari, 2025). Durante o período colonial e imperial, manteve caráter predominantemente rural, com economia centrada na agricultura e na pesca, preservando um núcleo urbano reduzido até meados do século XX (IBGE, 2025).

O marco decisivo para a mudança estrutural ocorreu em 1978, com a criação do Polo Industrial de Camaçari, o maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul, concentrando atividades químicas, petroquímicas, metalúrgicas e de bens de capital (COFIC, 2025). Esse processo desencadeou acelerada urbanização, diversificação econômica e forte migração, alterando o perfil ocupacional e aumentando a pressão sobre a infraestrutura urbana, ambiental e de serviços públicos, especialmente saúde.

O crescimento populacional é indicativo desse processo: em 2010, o município contava com 242 984 habitantes¹. Já em 2022, a população atingiu 300 372 habitantes, representando um aumento de 23,3% em doze anos². A estimativa mais recente, de 2024, projeta 319 394 habitantes³ (IBGE, 2025). Tal expansão demográfica reforça a necessidade de planejamento urbano e social articulado às demandas da população.

As transformações estruturais decorrentes da industrialização — somadas à rápida urbanização e ao aumento das demandas por serviços — exigiram maior complexidade

¹ IBGE. Censo Demográfico 2010: população residente no município de Camaçari-BA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/camacari.html>>. Acesso em: 09 ago. 2025.

² IBGE. Censo Demográfico 2022: população residente no município de Camaçari-BA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/camacari.html>>. Acesso em: 09 ago. 2025.

³ IBGE. Estimativa populacional 2024: população residente no município de Camaçari-BA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/camacari.html>>. Acesso em: 09 ago. 2025.

administrativa e uma estrutura robusta de políticas públicas. No campo da saúde, as mudanças provocaram desafios como ampliação da rede assistencial, fortalecimento da vigilância epidemiológica, controle ambiental e regulação dos impactos industriais sobre a saúde coletiva.

É nesse cenário que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari assume centralidade como órgão deliberativo, fiscalizador e de controle social, previsto na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua atuação, entre 2018 e 2023, precisa ser compreendida à luz desse contexto histórico e socioeconômico, considerando a pressão demográfica, os impactos da industrialização e a importância de garantir a participação social e a efetividade das políticas públicas de saúde.

5.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo — nacional, estadual e municipal — formam os pilares institucionais do controle social no SUS. A esfera nacional, representada pelo Conselho Nacional de Saúde, estabelece diretrizes gerais, articula políticas intergovernamentais, aprova normas e supervisiona a atuação dos conselhos estaduais e municipais. Nos estados, os Conselhos Estaduais de Saúde adaptam essas diretrizes à realidade regional, articulam políticas e supervisionam os conselhos municipais, além de contribuir com o planejamento integrado da política de saúde.

Na esfera municipal, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) são protagonistas na gestão local e no enfrentamento dos desafios sanitários cotidianos. Sua natureza deliberativa e sua composição paritária (entre governo, trabalhadores e usuários) são instrumentos fundamentais para promover a democracia participativa, fortalecer a *accountability* e garantir que os recursos de saúde reflitam as necessidades da comunidade⁴. No âmbito municipal, o papel dos Conselhos de Saúde é especialmente relevante, pois operam no nível mais próximo dos cidadãos. São responsáveis por deliberar sobre o plano municipal de saúde, aprovar a programação orçamentária e financeira junto

⁴ BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

ao Fundo Municipal de Saúde, e fiscalizar sua execução. Essa atuação permite uma efetiva observação sobre os serviços, a transparência das gestões e a resposta ágil às demandas locais, especialmente em contextos de crise, como a pandemia de COVID-19. Quando estruturados com a economia, acesso à informação e apoio técnico, os CMS podem transformar-se em verdadeiros instrumentos de participação cidadã e controle social democrático sustentável.

5.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA

O Conselho Municipal de Saúde de Camaçari-BA (CMS-Camaçari) foi formalmente instituído pela Lei Municipal n.º 1.086, de 2010, que o criou como órgão colegiado, permanente e deliberativo, conforme determina a Lei Federal n.º 8.142/1990, respaldando-se nos princípios do SUS e no artigo 218 da Lei Orgânica Municipal.⁵ A iniciativa materializou o compromisso do município com a institucionalização do controle social e com o fortalecimento da participação comunitária nas decisões sobre saúde, desempenhando um papel estratégico na gestão da saúde local, sendo responsável por deliberar sobre planos, fiscalizar recursos e promover o diálogo entre gestão e sociedade.

Quadro 4 - Síntese: Atribuições do CMS

Atribuição	Periodicidade	Instrumento Legal/Referência
Aprovar Plano Municipal de Saúde	4 anos	Lei nº 8.142/90 Federal e Lei 10.186/2010 Municipal
Aprovar Relatórios de Gestão	Anualmente	Lei nº 8.142/90 Federal e Lei 10.186/2010 Municipal
Acompanhar execução orçamentária	Mensal ou bimestral	Lei 10.186/2010 Municipal
Realizar reuniões ordinárias	Mensal	Lei 10.186/2010 Municipal
Realizar Conferências Municipais	A cada 4 anos ou por determinação legal	Lei nº 8.142/90 Federal e Lei 10.186/2010 Municipal

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado da Lei 8.142/90 (Federal) e Lei nº 10.186/10 (Municipal) (2025).

A composição do CMS-Camaçari segue o princípio da paridade, previsto na legislação nacional: representa usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%) e governo e

⁵ Lei Municipal n.º 1.086, de 2010, que institui o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari-BA, em conformidade com o art. 218 da Lei Orgânica Municipal e a Lei Federal n.º 8.142/1990.

prestadores (25%), com indicações de titulares e suplentes para cada segmento⁶. Essa configuração assegura que a maior representatividade seja da sociedade civil usuária - fortalecendo seu papel de proposição, acompanhamento e fiscalização, enquanto os trabalhadores e prestadores incluem vozes profissionais e técnicas, e os gestores garantem interlocução com a estrutura pública de saúde. O regimento interno e atos normativos municipais complementam essa composição, definindo critérios de escolha e mandato, conferindo legitimidade ao CMS⁷.

O processo de eleição dos conselheiros, como ocorrido para o biênio 2019/2020, que foram empossados em 16/01/2019⁸, ocorre em plenárias setoriais convocadas por edital, organizadas por uma Comissão pró-Conselho, assegurando a representatividade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços. Nessas plenárias, cada segmento escolhe seus titulares e suplentes, cujos nomes são encaminhados ao Poder Executivo para nomeação por decreto, com mandato de dois anos e possibilidade de recondução. Após a posse, o colegiado elege, entre seus membros, o Presidente e o Vice-Presidente, também para mandato de dois anos.

O debate é a essência do trabalho dos conselhos municipais de saúde. As reuniões ordinárias e extraordinárias são os momentos em que as deliberações acontecem, sendo nelas que as propostas de ações, planos e a prestação de contas são analisadas e votadas.

É a partir do diálogo entre conselheiros que se busca construir o consenso e tomar decisões que impactem positivamente a vida da população. A transparência e a publicidade dessas reuniões são fundamentais para que o controle social seja efetivo e a sociedade possa acompanhar de perto o que está sendo discutido e decidido.

⁶ Percentuais de composição (usuários, trabalhadores, governo/prestadores) segundo os critérios paritários definidos na Lei Federal n.º 8.142/1990 e observados nas normativas municipais.

⁷ Lei nº 1.086, de 22 de junho de 2010. Institui o Conselho Municipal da Saúde do Município de Camaçari, e dá outras providências. Camaçari, BA, 2010.

⁸ <https://www.camacari.ba.gov.br/novos-membros-do-conselho-municipal-de-saude-sao-empossados/>, posse dos conselheiros de saúde para o biênio 2019/2020 em ato realizado na sala de reunião da Secretaria de Governo (SEGOV).

A importância do seu trabalho se manifesta diretamente no debate constante e nas reuniões periódicas que realiza. Nelas, os conselheiros, representando diferentes setores da sociedade, analisam temas cruciais como a alocação de recursos, a qualidade dos serviços prestados e a implementação de novas políticas.

Além das reuniões ordinárias e extraordinárias, o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari participa ativamente das Conferências de Saúde que ocorrem a cada quatro anos a nível nacional, e a nível Municipal e Estadual este prazo pode ser reduzido por determinação legal. A 10ª Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, organizada pelo Conselho Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria de Saúde (SESAU) do município⁹, serve como um exemplo da capacidade de mobilização social e da importância de se traçar as diretrizes para a política de saúde, pois reuniu representantes de diferentes segmentos para discutir os desafios e as perspectivas da saúde local. O debate durante a conferência e a deliberação de propostas que refletem os anseios da população local são um passo crucial para garantir que a gestão da saúde no município seja mais participativa, transparente e eficaz. A participação do Conselho nessas conferências garante que as prioridades definidas em Camaçari sejam levadas para os debates estaduais e nacionais, fortalecendo a voz do município na construção do SUS.

Quadro 5 - Frequência das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CMS-Camaçari (2018–2023)

Ano	Reuniões		Total de Reuniões
	Ordinárias	Extraordinárias	
2018	5	-	5
2019	8	1	9
2020	8	-	8
2021	12	2	14
2022	12	-	12
2023	10	2	12
Total	55	5	60

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado das atas enviadas pelo CMS de Camaçari (2025).

As atas analisadas indicam que o CMS de Camaçari-BA realiza reuniões periódicas, tanto ordinárias quanto extraordinárias, para debater temas cruciais relacionados à saúde. Essas reuniões permitem que os conselheiros participem ativamente da análise e aprovação de

⁹ <https://www.camacari.ba.gov.br/10a-conferencia-municipal-de-saude-de-camacari-comeca-nesta-quinta-feira-30/>, realizada em março de 2023 com os temas: “A saúde que temos e o SUS que queremos!” e “A saúde de Camaçari que temos e que queremos”.

instrumentos de gestão como o Plano Municipal de Saúde (PMS), e a Programação Anual de Saúde (PAS), e acompanhem os relatórios trimestrais e de gestão.

CAPÍTULO 6

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA: ATUAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A presente pesquisa, de natureza exploratória e descritiva, teve como objetivo analisar as contribuições do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari-BA para a implementação e controle social da política pública de saúde no município, no período de 2018 a 2023. A abordagem metodológica adotada combinou pesquisa bibliográfica e análise documental, buscando um aprofundamento teórico sobre o tema e a identificação de evidências empíricas nas fontes primárias.

A natureza exploratória da pesquisa se justificou pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o objeto de estudo, o CMS de Camaçari-BA, e sua atuação prática, ainda pouco documentada academicamente (Gil, 2002). A abordagem descritiva, por sua vez, permitiu caracterizar o fenômeno investigado, descrevendo a estrutura, o funcionamento e as dinâmicas de participação e deliberação do conselho, sem, no entanto, manipular variáveis ou estabelecer relações de causa e efeito (Cervo; Bervian, 2002).

A pesquisa bibliográfica, elemento central da fundamentação teórica, consistiu no levantamento e na análise de artigos, livros, teses, dissertações e publicações acadêmicas. Esse levantamento teve como foco a trajetória histórica e normativa do Sistema Único de Saúde (SUS), o papel dos conselhos de saúde como instâncias de controle social e os desafios da participação popular na gestão pública. Conforme a dissertação, a legislação infraconstitucional, como a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, foi utilizada para contextualizar a organização e a gestão do SUS e a instituição dos conselhos de saúde.

A análise documental, por sua vez, representou a etapa empírica do estudo e teve como foco as atas e relatórios emitidos pelo CMS de Camaçari/BA no período delimitado. Essa escolha metodológica, como destaca Cellard (2012), é particularmente relevante para estudos que buscam compreender a realidade social a partir de vestígios e registros produzidos pela própria sociedade, como documentos oficiais. O objetivo central foi identificar as decisões tomadas, a frequência das reuniões, os temas debatidos, o grau de deliberação, as funções exercidas (consultiva, propositiva, fiscalizadora) e o nível de participação dos segmentos representados.

Os dados coletados a partir das atas foram tratados e organizados com base na metodologia de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011). Essa técnica de pesquisa permitiu a categorização das informações em torno de dimensões temáticas, facilitando a sistematização e a interpretação dos dados à luz dos referenciais teóricos (Bardin, 2011). Foram estabelecidas três categorias centrais de análise, que se alinham diretamente com os objetivos da pesquisa: o controle social; o CMS como espaço democrático de direito; e as ações pertinentes ao fortalecimento da política pública de saúde no município.

O processo de análise de conteúdo iniciou-se com a pré-análise, etapa em que foi realizada a leitura flutuante de todo o material documental, buscando uma visão geral do conteúdo. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, com a identificação e a codificação das unidades de registro (palavras-chave, frases e temas recorrentes) que se relacionavam com as categorias de análise predefinidas. Por fim, a fase de tratamento dos resultados e interpretação inferencial permitiu a produção de um texto que sintetiza as descobertas e discute suas implicações para o campo do controle social em saúde.

Nesse sentido, a aplicação da metodologia histórico-dialética na pesquisa busca romper com a reificação, a tendência de tratar as relações sociais como coisas estáticas e naturais, e se aprofunda na compreensão dos fenômenos como construções históricas e mutáveis. Conforme Lukács (1971), o método dialético permite que a pesquisa vá além da mera aparência dos fatos e penetre em sua essência, revelando as contradições que animam a sociedade. A abordagem, assim, se torna uma ferramenta de crítica e de revelação, permitindo que o pesquisador não apenas descreva, mas interprete e contextualize o objeto de estudo em seu processo de formação e desenvolvimento, evidenciando as lutas e disputas que definem sua trajetória.

A triangulação de métodos, embora não formalmente explicitada na metodologia do resumo, foi um procedimento implícito na pesquisa, ao confrontar os dados da análise documental com o referencial teórico da pesquisa bibliográfica. Essa abordagem permitiu validar e enriquecer as interpretações, oferecendo uma compreensão mais robusta e completa do objeto de estudo.

A escolha do período de 2018 a 2023 justifica-se por abranger dois ciclos completos de gestão municipal e por incluir eventos críticos para o SUS, como a pandemia de COVID-19, que exigiram uma atuação mais intensa e estratégica dos conselhos de saúde (Minayo, 2007). A análise desse período permitiu identificar as continuidades e as rupturas nas práticas do conselho, oferecendo uma visão evolutiva de sua atuação.

Do ponto de vista ético, a pesquisa se pautou no respeito à integridade e à confidencialidade das informações contidas nas atas, que são documentos públicos. A análise se restringiu às informações pertinentes aos objetivos do estudo, sem a exposição indevida de dados pessoais ou sensíveis. A pesquisa foi realizada em conformidade com as diretrizes éticas para a produção de conhecimento científico.

Importante frisar, que no contexto do controle social, a publicidade das atas das reuniões do CMS é elemento central para garantir a transparência da gestão pública e efetivar a participação cidadã. A ata, enquanto registro formal das deliberações, posicionamentos, propostas e encaminhamentos discutidos no colegiado, materializa a memória institucional e serve como documento oficial de acompanhamento e fiscalização das ações do Conselho.

A Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde dispõe que a atuação dos conselhos de saúde, devem ser pautadas pela transparência e pela divulgação de suas decisões, recomendando explicitamente a publicação das atas, relatórios e resoluções em meios acessíveis à população, como portais eletrônicos e murais públicos. Essa diretriz reforça a dimensão pedagógica do controle social, na medida em que permite que cidadãos e organizações acompanhem, avaliem e participem ativamente das políticas públicas (Brasil, 2012).

Portanto, as atas dos Conselhos Municipais de Saúde devem ser consideradas documentos públicos de acesso irrestrito à sociedade civil, sendo sua divulgação não apenas uma obrigação legal, mas também um instrumento indispensável para assegurar a transparência, o controle social e a efetividade democrática desses espaços, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.142/1990, pela Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e pela Resolução nº 453/2012 do CNS.

A metodologia adotada, que combinou a solidez da pesquisa bibliográfica com a riqueza da análise documental, e o tratamento dos dados pela análise de conteúdo de Bardin (2011), mostrou-se adequada e robusta para cumprir os objetivos propostos pelo estudo. O alinhamento entre os procedimentos metodológicos e as dimensões centrais da pesquisa permitiu uma análise coerente e detalhada do papel do CMS de Camaçari-BA como um espaço democrático de direito, onde o controle social é exercido em defesa do fortalecimento da política pública de saúde no município.

6.1 ANÁLISE DAS RESOLUÇÕES, ATAS E DISCUSSÕES

O Conselho Municipal de Saúde de Camaçari/BA, entre os anos de 2018 e 2023, afirmou-se como instância essencial do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), deliberando sobre temas centrais para a gestão participativa e a transparência das políticas públicas. Nesse período, as resoluções, conforme quadro 6, refletiram o acompanhamento permanente dos instrumentos de planejamento, execução e avaliação, garantindo coerência entre as ações propostas e os resultados alcançados.

Em 2018, destacaram-se aprovações do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão, além da análise de prestações de contas. Em 2020, em meio à pandemia de COVID-19, foi aprovada a Programação Anual de Saúde, assegurando a adequação das prioridades às demandas emergenciais. Já em 2021, além da aprovação de contas e relatórios, houve deliberações sobre ajustes na tabela de procedimentos de ultrassonografia e a organização da 9ª Conferência Municipal de Saúde.

Nos anos seguintes, manteve-se a análise e aprovação das prestações de contas e relatórios, sempre reforçando a transparência. Em 2023, destacaram-se medidas para o enfrentamento das arboviroses, a adesão a programas de cofinanciamento para hemodiálise e a convocação da 10ª Conferência Municipal de Saúde. Essas ações demonstram que o Conselho atuou de forma contínua e estratégica, articulando respostas às necessidades da população e fortalecendo a gestão democrática da saúde.

Quadro 6 - Resoluções CMS/BA – Período de 2018 a 2023

Ano	Resolução Nº	Assunto
2018	002	Aprovação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021
	003	Aprovação Prestação de Contas 2º Quadrimestre 2017
	004	Aprovação da Programação Anual de Saúde 2018
	005	Aprovação do Relatório anual de Gestão de 2017
2019	001	Aprovação da Programação Anual de Saúde 2019
	002	Aprovação da Prestação de Contas 2018
	003	Aprovação do Relatório anual de Gestão de 2018
	008	Aprovação da Prestação de contas do 2º quadrimestre de 2019 e do Relatório quadrimestral de 2019.
2020	001	Aprovação da Programação Anual de Saúde de 2020
2021	001	Aprovação da Prestação de Contas do ano de 2020 e do Relatório Anual de Gestão de 2020 da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari
	003	Aprovação do Regimento da 9ª Conferência Municipal de Saúde
	004	Dispõe sobre alteração de valores da tabela de procedimentos de ultrassonografia
	005	Aprovação da Prestação de Contas do 2º quadrimestre do ano de 2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-Ba
2022	002	Dispõe sobre aprovação da Prestação de contas de 2021 e do Relatório Anual de Gestão de 2021
	005	Aprovação da Prestação de Contas do 1º quadrimestre do ano de 2022 da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-Ba
	007	Aprovação da Prestação de Contas de 2º quadrimestre de 2022 e do 2º Relatório Quadrimestral de Gestão de 2022
2023	001	Convoca a 10ª Conferência Municipal de Saúde e dá outras providências
	004	Aprovação da Programação Anual de Saúde de 2023
	005	Dispõe sobre aprovação da Prestação de contas e do Relatório Anual de Gestão de 2022
	006	Aprovação da adesão do município de Camaçari ao Programa de Cofinanciamento à Hemodiálise Ambulatorial e Acessos Vasculares
	007	Aprovação do Plano de Contingência das arboviroses 2022-2024 do município de Camaçari
	008	Dispõe sobre aprovação da Prestação de Contas e do Relatório do 1º quadrimestre de 2023 da Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado das Resoluções enviadas pelo CMS de Camaçari (2025).

O conjunto de resoluções sistematizado no Quadro 6 evidencia a centralidade do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari-BA como instância deliberativa e fiscalizadora. O conselho é responsável por validar instrumentos de planejamento, acompanhar a execução orçamentária e orientar os ajustes necessários na gestão municipal de saúde. Essas deliberações, que abrangem desde a aprovação de planos e relatórios até decisões sobre

conferências e serviços específicos, demonstram o papel estratégico do colegiado na condução das políticas públicas e no fortalecimento da transparência.

Cada resolução é uma resposta institucional aos desafios do período analisado, refletindo tanto as prioridades locais quanto os condicionantes externos, como a necessidade de reorganização da rede de saúde em face de crises sanitárias. Tais deliberações revelam o impacto concreto do conselho como uma instância de controle social e um espaço democrático de decisão, motivadas tanto por exigências legais quanto pelas necessidades impostas pela realidade local.

Analisando as atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari-BA, de 2018 a 2023, buscou-se compreender as contribuições do colegiado para a implementação e o controle social das políticas públicas de saúde. A análise documental procurou identificar as ações do conselho, evidenciar a dinâmica do controle social e avaliar sua atuação em relação à legislação que o rege, proporcionando uma compreensão detalhada da participação popular no contexto local.

Foram analisadas 60 atas de reuniões ordinárias e extraordinárias ao longo dos anos citados, buscando identificar as ações do Conselho Municipal de Saúde em momentos diversos, incluindo o ano de 2020, em que a participação social cumpriu um objetivo precípua de acompanhar as políticas públicas numa circunstância atípica de pandemia.

Seguindo a metodologia de Bardin (2011), os dados obtidos foram tratados a fim de sistematizar e interpretar as informações coletadas à luz dos referenciais teóricos sobre controle social e políticas públicas de saúde. O estudo se baseou em uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, fundamentada em levantamento bibliográfico e análise documental de leis, atas e relatórios emitidos pelo CMS de Camaçari/BA.

6.2 ATUAÇÃO DO CMS DE CAMAÇARI-BA: AÇÕES E DELIBERAÇÕES

A análise das atas, cobrindo o período de 2018 a 2023, permitiu identificar uma série de ações cruciais exercidas pelo CMS de Camaçari-BA, atuando como um fórum ativo de deliberação e fiscalização. O conselho aborda questões que vão desde a macrogestão da

saúde até os problemas mais pontuais do cotidiano dos serviços. A sua atuação, em sintonia com o Plano Municipal da Saúde (PMS), conforme preconizado pela legislação, demonstra a sua centralidade na operacionalização da política pública no contexto local.

O CMS exerceu seu papel deliberativo ao aprovar diversos instrumentos de gestão, demonstrando sua função de instância controladora e legitimadora das ações da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU). As atas registram a deliberação sobre a Prestação de Contas do 1º quadrimestre de 2018, que, embora aprovada, gerou três abstenções, indicando um processo de análise crítica por parte dos conselheiros. A aprovação unânime do credenciamento de novas equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, em julho de 2018, e a validação do termo de compromisso para a UPA de Arembepe em 2019, reforçam a função do conselho como instância deliberativa para a operacionalização da saúde no município. Em 2020, o CMS aprovou a Programação Anual de Saúde (PAS) e a revisão de metas do SISPACTO por unanimidade. A aprovação de instrumentos de gestão em 2022 e 2023, como o Relatório Anual de Gestão e a Prestação de Contas, com algumas abstenções, sinaliza a manutenção de um processo deliberativo genuíno, onde a aprovação não é meramente protocolar.

O engajamento do CMS no acompanhamento das finanças e do orçamento público é uma de suas funções mais proeminentes. Em 2022, a diretoria de planejamento apresentou o Relatório Quadrimestral de Atividades, e o conselho sugeriu a criação de uma comissão para analisar os documentos. A Prestação de Contas de 2022 foi aprovada com duas abstenções, o que demonstra um processo deliberativo crítico. Em 2023, a aprovação da Prestação de Contas e do Relatório Anual de Gestão de 2022 por unanimidade foi acompanhada de questionamentos sobre o excesso de terceirização e a necessidade de detalhamento das despesas, evidenciando a busca por maior transparência e controle sobre a alocação de recursos. Além disso, a reprogramação dos saldos remanescentes de contas antigas para custear cirurgias eletivas foi aprovada por unanimidade, demonstrando a capacidade do conselho de validar a alocação de recursos para atender a demandas reprimidas.

O engajamento do CMS na gestão de crises e emergências de saúde pública foi notável. Em 2019, o conselho questionou a insuficiência de repelentes e protetores para os agentes de endemias durante um surto de Dengue e Chikungunya, demandando ações concretas

da gestão. Durante a pandemia de COVID-19, de 2020 a 2023, o acompanhamento da situação epidemiológica foi recorrente. As atas registram apresentações da equipe de vigilância em saúde sobre casos, óbitos e vacinação, e o conselho questionou sobre a testagem de pacientes sintomáticos e a ocupação de leitos. Em 2023, o conselho também aprovou por unanimidade o plano de contingência das arboviroses, reiterando seu papel proativo no planejamento e fiscalização de ações de saúde pública.

O monitoramento de projetos e serviços específicos é uma função contínua do CMS. Em 2022 e 2023, o conselho acompanhou de perto a implementação de projetos como o "SESAU Fila Zero", analisando a execução das atividades e os números de atendimentos. O conselho questionou a isenção no processo de agendamento, mas um dos membros observou que o projeto estava atendendo pessoas "não conhecidas", o que demonstrou a transparência do processo. O conselho também debateu a desmobilização do Programa de Residência em Camaçari, com a gestão apresentando as razões, como atrasos na prestação de contas do convênio.

A atuação do conselho estendeu-se à fiscalização da infraestrutura e dos recursos humanos, atuando como um termômetro da saúde municipal. Em 2018, o conselho solicitou a requalificação do PSF Parque Florestal devido à possibilidade de queda de um muro. Em 2022 e 2023, a má qualidade de reformas em algumas unidades foi questionada, e a situação de uma reforma na UBS de Camaçari de Dentro foi cobrada, o que levou a gestão a informar que estava em reunião com a segunda colocada na licitação para tentar convencer a empresa a assumir a obra e evitar um novo processo licitatório. A falta de água na USF do CAIC também foi denunciada em 2022. Essas ações, que demandam respostas e providências da gestão, evidenciam a proatividade do CMS em monitorar a infraestrutura da rede de saúde, em consonância com as suas atribuições legais.

A situação do serviço de odontologia foi recorrentemente pautada. Em 2020, o conselho cobrou uma resposta urgente sobre a retomada dos atendimentos, pois os conselheiros haviam sido informados de que os profissionais estavam se recusando a trabalhar, mesmo com as medidas de segurança disponíveis. Em 2022, a gestão informou que a empresa de manutenção de equipamentos odontológicos não havia cumprido o contrato, o que levou ao debrato e à convocação da segunda colocada na licitação. A coordenadora do distrito

da sede ressaltou que a SESAU havia conseguido um técnico temporário para realizar as manutenções mais urgentes, mas a situação persistiu em 2023.

Questões relacionadas a recursos humanos foram recorrentemente debatidas. O conselho cobrou a realização de concurso público e discutiu a diferença salarial entre contratos temporários (REDAs), pois os vencimentos de um novo processo seletivo eram superiores aos do anterior. A situação da UPA pediátrica foi denunciada em 2023, questionando a carga horária de uma médica plantonista e a falta de experiência da equipe de enfermagem. A gestão, em resposta, informou que o problema estava sendo averiguado com o conselho de medicina.

O monitoramento de projetos como o "Marcação Integrada" e a situação da Policlínica Regional foram temas frequentes em 2023. A gestão detalhou a baixa adesão dos municípios ao serviço e a reprogramação das vagas do consórcio. Em uma reunião, a gestão informou que a Policlínica Regional estava com um baixo índice de utilização, de cerca de 40%, o que levou o município a redesenhar o convênio e diminuir o custeio repassado. O CMS monitorou a qualidade do atendimento prestado por clínicas conveniadas e a postura de profissionais nas unidades de saúde, cobrando que a gestão apurasse denúncias de mau atendimento e falta de informações.

A análise das atas revela que as ações do CMS de Camaçari-BA são multifacetadas e abrangentes, atuando como um verdadeiro termômetro da saúde municipal. As ações identificadas refletem um conselho que, além de deliberar sobre propostas, fiscaliza a qualidade dos serviços, cobra por transparência e atua como uma voz ativa da comunidade junto à gestão pública. O rol de ações documentadas nas atas confirma o papel estratégico do CMS na operacionalização da saúde no município, conforme previsto na legislação e nos planos de saúde.

6.3 CONTROLE SOCIAL E SUA EFETIVAÇÃO: DESAFIOS E LIMITAÇÕES DA FISCALIZAÇÃO

A participação popular, um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), encontrou sua expressão mais concreta nas reuniões do CMS de Camaçari-BA entre 2018 e 2023. As atas documentam uma série de intervenções diretas dos conselheiros, que frequentemente

levam denúncias e questionamentos sobre o cotidiano dos serviços de saúde à plenária. A atuação do CMS configura-se como a materialização do controle social, onde a sociedade civil, representada no conselho, não apenas reage a problemas, mas também participa de forma propositiva na construção de soluções. O conselho é um espaço privilegiado para a participação cidadã, no qual se buscam influenciar a gestão e vocalizar as demandas da população.

As atas de 2018 a 2023 registram a materialização do controle social, onde a sociedade civil, representada no conselho, não apenas reage a problemas, mas também participa de forma propositiva na construção de soluções. Um exemplo contundente da participação cidadã é registrado na ata de 22 de agosto de 2018, onde o presidente do CMS denunciou uma clínica por procedimentos realizados por um profissional não qualificado. A denúncia, motivada pelo relato de uma paciente que teve de assinar três guias em branco, demonstra o papel do conselho na fiscalização de prestadores de serviço conveniados. O presidente informou que já havia prestado queixa na ouvidoria e solicitará uma auditoria, reforçando o caráter fiscalizador do CMS.

A gravidade das denúncias levadas ao conselho e a reação da gestão a elas são evidenciadas na reunião de 22 de maio de 2019. Na ocasião, uma conselheira relatou o caso de um paciente que, precisando de um exame de colonoscopia e após aguardar na fila, veio a falecer sete dias depois. Esse episódio ressalta a importância do CMS como um fórum onde as falhas mais críticas do sistema são expostas e debatidas. A direção da regulação, em resposta, explicou que a demanda por esse tipo de procedimento era alta e a oferta de vagas limitada, mas o caso mostra como as denúncias de usuários se tornam pauta para cobranças e discussões dentro do conselho.

O debate sobre a postura dos profissionais de saúde foi um tema recorrente em diversas reuniões. Em 2020, o presidente do CMS criticou a falta de compromisso de alguns profissionais, que, segundo ele, prestavam orientações inadequadas à população. Já em 2022, ele afirmou que a maior barreira nas unidades era a recepção, que, por "desconhecimento ou medo", direcionava os pacientes para outros serviços.

A falta de empatia de alguns profissionais também foi questionada. A gestão, por sua vez, reconheceu que as orientações nem sempre eram seguidas e que seriam necessárias

medidas mais duras, como a implantação de ponto eletrônico, para garantir o funcionamento dos serviços.

A articulação com outras instâncias e o fortalecimento do controle social são funções essenciais do CMS. Em 2019, o presidente do conselho denunciou a prática de "feiras de saúde" por "agentes políticos" que, sem a devida consulta profissional, ofereciam requisições de exames à população. A plenária, por unanimidade, aprovou a denúncia ao Ministério Público, o que demonstra o poder de deliberação do CMS para combater práticas que considera "desserviço para a sociedade de Camaçari". Em 2023, a questão do tratamento com cannabis medicinal foi levada à plenária, com a participação de um representante de uma associação de apoio ao tratamento, que agradeceu o empenho da SESAU em estudar a incorporação de novas indicações para a substância.

A participação popular no CMS de Camaçari não se restringiu apenas às denúncias; ela também se manifestou na aprovação e deliberação de propostas de políticas de saúde. A ata de 11 de julho de 2018 relata a apresentação e a aprovação, por unanimidade, do projeto de implantação de novas equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, além de NASFs e uma Academia da Saúde. Embora a aprovação tenha sido unânime, o debate que a precedeu foi crítico e aprofundado, com conselheiros questionando a capacidade de implementação da proposta. Essa intervenção demonstra que os conselheiros, mesmo em processo de aprovação de propostas, atuam com um olhar crítico e fiscalizador, buscando garantir a efetividade das ações propostas pela gestão.

A discussão sobre as condições de trabalho e a qualidade dos serviços prestados foi um dos focos da participação cidadã. Em 2023, uma usuária do serviço UNIFAL relatou problemas de comunicação com a coordenação e pediu que a gestão olhasse com atenção para o atendimento da unidade. A falta de clareza sobre o fluxo de atendimento em casos de urgência foi outro ponto levantado, com conselheiros questionando a gestão sobre como os pacientes egressos das UPAs são priorizados na marcação de exames e consultas, pois, na prática, enfrentavam dificuldades para ter suas demandas atendidas.

O CMS se mostrou um espaço de articulação entre diferentes segmentos, buscando o fortalecimento do controle social. Em 2023, a questão do tratamento com cannabis medicinal foi levada à plenária com a participação de um representante de uma associação

de apoio, que agradeceu o empenho da SESAU em estudar a incorporação de novas indicações para a substância. A discussão sobre a situação da UPA pediátrica em 2023, com o sindicato de enfermagem denunciando a carga horária de uma médica e a inexperiência da equipe, exemplifica como o conselho se tornou um fórum para a gestão e a sociedade civil discutirem problemas que afetam diretamente o serviço.

A eleição da mesa diretora, registrada na ata da primeira reunião ordinária de 23 de janeiro de 2019, evidencia o caráter democrático e plural do conselho. O processo, que contou com a inscrição de duas chapas e a votação por segmento, reflete a disputa natural de interesses e a necessidade de representatividade dos diferentes grupos que compõem o CMS. O resultado da votação, com a vitória de uma chapa por uma margem de 14 a 6 votos entre os usuários, e 5 a 5 entre os trabalhadores, mostra que a composição do conselho busca equilibrar diferentes vozes e perspectivas sobre a gestão da saúde.

As discussões registradas nas atas, portanto, vão além de uma mera formalidade. Elas constituem a materialização do controle social, onde a sociedade civil, representada no conselho, não apenas reage a problemas, mas também participa de forma propositiva na construção de soluções. O conselho se configura como um verdadeiro "espaço democrático de direito", onde os membros buscam, através do diálogo e da crítica, fortalecer a política pública de saúde no município.

A análise desses registros mostra que o CMS de Camaçari é um ator político relevante na gestão da saúde municipal. Através de denúncias, questionamentos e propostas, os conselheiros cumprem o seu papel de fiscalizar e garantir que as políticas de saúde sejam implementadas de forma transparente, equitativa e eficaz, em consonância com os princípios do SUS.

A função de fiscalização e controle social é uma das mais importantes atribuições do Conselho Municipal de Saúde, conforme estabelecido pela Lei nº 8.142/1990. As atas do CMS de Camaçari-BA demonstram um exercício ativo desse papel, onde os conselheiros agem como guardiões da política de saúde, monitorando desde a execução orçamentária até a qualidade do atendimento prestado à população. Eles não se limitam a reagir a problemas, mas também buscam responsabilizar a gestão e os prestadores de serviço por eventuais falhas.

O CMS demonstrou seriedade na análise das contas públicas, um elemento central da sua função fiscalizadora. Em 2022, a diretoria de planejamento apresentou o Relatório Quadrimestral de Atividades, e o conselho sugeriu a criação de uma comissão para analisar os documentos, o que denota a busca por um controle social mais aprofundado. A prestação de contas de 2022 foi aprovada com duas abstenções, o que demonstra um processo deliberativo genuíno e a seriedade com que o conselho trata a análise dos documentos.

Em 2023, o conselho aprovou a prestação de contas e o relatório anual de gestão de 2022 por unanimidade, mas com questionamentos sobre o excesso de terceirização e a necessidade de detalhamento das despesas, evidenciando a persistência do conselho em buscar transparência.

A fiscalização da execução orçamentária foi aprofundada em 2023, quando o conselho aprovou a reprogramação dos saldos de contas antigas para custear cirurgias eletivas. Essa ação mostra que o CMS não apenas acompanha a despesa, mas também participa da tomada de decisão sobre o remanejamento de recursos, garantindo que estes sejam direcionados para demandas prioritárias da população, como o combate à fila de espera.

A fiscalização da qualidade do atendimento foi um tema recorrente, com os conselheiros agindo como uma ponte entre as queixas da comunidade e a gestão. Em 2019, o conselho questionou uma UPA que não estaria fornecendo atestado de comparecimento para as mães.

Em 2023, um conselheiro relatou um caso de mau atendimento na UPA Pediátrica e questionou o excesso de carga horária de uma médica plantonista. A gestão, em resposta, informou que o problema estava sendo averiguado com o conselho de medicina, confirmando o papel do CMS em garantir o cumprimento dos direitos e a apuração de denúncias.

O monitoramento da infraestrutura dos serviços de saúde também foi uma ação proeminente. A ata da reunião de 14 de novembro de 2018, por exemplo, registra a cobrança do conselho sobre a requalificação de uma unidade de saúde devido à possibilidade de queda de um muro. Em 2022, a má qualidade de reformas em algumas unidades foi questionada, e a falta de água em uma delas foi denunciada.

A situação da reforma da UBS de Camaçari de Dentro, que estava atrasada, foi cobrada pela gestão em 2023, que informou que estava em reunião com a segunda colocada na licitação para tentar convencer a assumir a obra e evitar um novo processo licitatório. O CMS não se limitou a fiscalizar, mas também propôs melhorias nos mecanismos de gestão e transparência.

Em 2019, o conselho sugeriu que nos próximos relatórios as metas fossem apresentadas com cores para facilitar a visualização e a fiscalização. Em 2023, um conselheiro sugeriu que o plano de carreira dos trabalhadores da saúde fosse incluído nas discussões do conselho, demonstrando uma postura propositiva que vai além da crítica e busca aprimorar a política de saúde como um todo.

A fiscalização da atuação de prestadores de serviço privados e conveniados também é uma função ativa do conselho. Um exemplo marcante é a denúncia de 22 de agosto de 2018, sobre uma clínica médica que, segundo o relato de uma paciente, a fez assinar guias em branco e utilizou um profissional não qualificado. O conselho levou a denúncia à ouvidoria e solicitou uma auditoria, mostrando que tem mecanismos para investigar e combater práticas irregulares.

Questões relacionadas a recursos humanos foram recorrentemente debatidas. O conselho cobrou a realização de concurso público para suprir a demanda da SESAU e discutiu a diferença salarial entre contratos temporários (REDAs). A situação dos serviços de odontologia foi pauta em 2020 e 2022, com o conselho cobrando uma resposta urgente sobre a retomada dos atendimentos e os problemas de manutenção dos equipamentos. Em 2023, a denúncia sobre a UPA pediátrica questionou a carga horária de uma médica e a falta de experiência da equipe de enfermagem, o que ressalta a preocupação do conselho com a qualidade dos profissionais que atendem a população.

A atuação do conselho se estendeu, ainda, à fiscalização da regulação do acesso aos serviços. Em 2019, o conselho aprofundou a fiscalização ao discutir as metas não alcançadas do Relatório de Gestão, e a coordenadora precisou esclarecer que muitas das metas estavam em andamento e, por isso, apareciam como não alcançadas. Em 2023, um conselheiro questionou a dificuldade de agendamento de exames, e a gestão admitiu que

as unidades não estavam seguindo o protocolo de encaminhar o paciente para a fila de espera quando a vaga não era encontrada.

A análise desses registros mostra que o CMS de Camaçari é um ator político relevante na gestão da saúde municipal. Através de denúncias, questionamentos e propostas, os conselheiros cumprem o seu papel de fiscalizar e garantir que as políticas de saúde sejam implementadas de forma transparente, equitativa e eficaz, em consonância com os princípios do SUS. O conselho, portanto, não é apenas um órgão consultivo, mas uma instância de controle social ativa e vigilante, essencial para a consolidação da democracia participativa no setor saúde.

Apesar da atuação vigorosa do CMS, as atas analisadas no período de 2018 a 2023 revelam uma série de desafios e limitações que dificultam o pleno exercício do controle social. A efetividade da participação social, conforme preconizado pela legislação do SUS, depende de condições que nem sempre são asseguradas, gerando tensões e frustrações entre os conselheiros e a gestão. A implementação do SUS não se deu de forma homogênea, sendo marcada por disputas políticas e limitações estruturais.

Uma das maiores limitações é a falta de capacitação técnica dos conselheiros, especialmente em temas complexos como orçamento e planejamento, que foi um problema recorrente. Um exemplo foi na ata da reunião extraordinária de 14 de novembro de 2018, o Conselho solicitou à gestão um "curso básico sobre orçamento para os conselheiros". Essa demanda, presente em outras reuniões, demonstra a percepção de que a falta de conhecimento técnico sobre a execução orçamentária pode limitar a capacidade de fiscalização e de deliberação qualificada. Sem a capacitação adequada, a análise de documentos como o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) pode se tornar superficial, comprometendo o rigor do controle social.

A comunicação entre o conselho e a gestão foi um ponto de tensão em diversas reuniões. Em 2018, o presidente relatou a ausência de um "convite formal" para um evento da SESAU, e a gestão reconheceu a dificuldade de comunicação. E em 2019, conselheiros estavam tendo "dificuldades em acessar algumas unidades, sendo barrados algumas vezes". Essa situação demonstra que, apesar de o conselho ter respaldo legal, ele nem

sempre é tratado com a devida importância pela gestão e pelos colaboradores das unidades. Uma conselheira, na mesma reunião, resumiu a situação como "lamentável", afirmando que os conselheiros, atuando como voluntários, não deveriam passar por situações "vexatórias".

O presidente do Conselho reforçou a necessidade de formalizar e credenciar os conselheiros e ressaltou que o CMS está "paralelo à Gestão e não está abaixo do secretário". Essa falta de reconhecimento e o cerceamento de acesso aos conselheiros ilustram uma falha de comunicação e um possível desrespeito à instância do Conselho.

Um dos problemas mais persistentes foi o desalinhamento entre as informações da gestão e a realidade vivenciada nas unidades. Em 2023, um conselheiro relatou que foi impedido de emitir o cartão SUS em uma unidade e foi orientado a procurar outras, que também não estavam realizando o serviço. A gestão reconheceu que as unidades não estavam seguindo as recomendações e admitiu a necessidade de uma proposta para superar esses problemas, o que demonstra uma falha na execução das políticas. Outro exemplo é o relato de uma conselheira sobre a "Marcação Integrada," onde um paciente foi para a fila de espera, mas outro que foi pessoalmente à unidade conseguiu marcar o exame mais rápido, evidenciando que a teoria no papel não se reflete na prática. Isso demonstra uma desconexão entre o fórum deliberativo e a realidade do serviço na ponta.

As relações com outras instâncias, como o sindicato, também geraram tensões. Em 2023, o presidente do conselho, em nome da mesa diretora, lamentou a "postura do sindicato" ao acusar o conselho de "omissão", uma fala pública que "ofende inclusive os seus pares de trabalhadores". Um debate sobre a composição de uma comissão para discutir a produtividade no SUS gerou atritos, com o presidente do conselho defendendo que a comissão deveria ser formada apenas por conselheiros, para seguir o regimento e evitar questionamentos de legalidade e manter a autonomia do conselho.

A rotatividade de profissionais e a terceirização foram temas de debate, pois impactavam a qualidade e a continuidade dos serviços. Em 2022, a desmobilização do programa de residência levantou a questão da contratação de pessoal, com a gestão admitindo que o processo seletivo do REDA não era atrativo para médicos, resultando em cargos sem candidatos. Em 2023, a questão do "excesso de terceirização" na secretaria,

foi levantada, com a cobrança de um maior detalhamento das despesas e questionamentos sobre a preferência por contratos terceirizados em detrimento da contratação direta.

As limitações de infraestrutura e recursos materiais nas unidades de saúde foram uma fonte constante de reclamações. Em 2023, uma agente de combate a endemias (ACE) denunciou as más condições de trabalho do ponto de apoio da USF Jardim Limoeiro, com falta de cadeiras e um espaço inapropriado. A falta de água na USF do CAIC também foi denunciada em 2022, e a má qualidade das reformas em outras unidades foi questionada, como o caso da USF Nova Vitória, onde a entrada escorregadia causou um acidente de trabalho, sendo um exemplo concreto de como a falta de infraestrutura afeta diretamente a segurança e o bem-estar dos profissionais e usuários.

Os desafios relacionados **à regulação e ao acesso aos serviços especializados** foram evidenciados ao longo do período analisado e são particularmente preocupantes. Em 2019, o conselho discutiu o caso de um paciente com neoplasia que não conseguiu agendar um exame de colonoscopia e veio a falecer. Em 2023, um conselheiro relatou a dificuldade de agendar exames para um paciente que saiu da UPA com o diagnóstico de suspeita de infarto que reforçou a necessidade de uma intervenção eficaz, por parte da gestão, que reconheceu que as unidades não estavam seguindo o protocolo de encaminhamento do paciente para a fila de espera quando a vaga não era encontrada, o demonstrando assim uma falha do sistema.

A falta de interesse ou de capacitação de alguns membros para atuar em áreas-chave também se configurou como uma limitação interna. A ausência de voluntários para compor a comissão de finanças em 2019, por exemplo, é um indicador de lacuna na estrutura e no funcionamento do conselho. Em 2023, o presidente também expressou preocupação com as instituições que não comparecem às reuniões, mas mantêm suas cadeiras, o que prejudica a legitimidade e o engajamento do colegiado.

A fragilidade da comunicação e a falta de transparência por parte da gestão também impactam a capacidade de atuação do conselho. A ausência de informação prévia sobre decisões estratégicas limita a capacidade do CMS de debater e influenciar a política de saúde de forma proativa, restringindo seu papel a uma instância reativa e fiscalizadora.

Em 25 de janeiro de 2018, o presidente do CMS falou sobre o transporte como exemplo de como o conselho era tratado em alguns setores da SESAU, não sendo prioridade nas demandas.

O debate sobre a qualificação dos gestores e a politização da gestão também é um ponto de tensão. Em 22 de maio de 2019, a observação de uma conselheira sobre a qualidade dos novos gerentes de unidades de saúde, afirmando que "sequer sabem sobre saúde pública" e agem como "perseguidores", aponta para a percepção de que a gestão, ao nomear pessoas de sua confiança política, sem o devido conhecimento técnico, estaria desconsiderando os princípios do SUS, dificultando o diálogo e a parceria com o controle social.

O período de 2020 a 2023 trouxe novos desafios e acentuou os já existentes. A falta de quórum nas reuniões foi um problema recorrente. Em 2022, o presidente do CMS desabafou sobre o fato de o quórum estar sendo garantido principalmente pelo segmento de usuários, enquanto as representações da gestão e dos trabalhadores apresentavam muitas faltas. Ele alertou que passaria a aplicar as faltas e notificar as instituições após a terceira ausência. A falta de representatividade de instituições importantes como a SEDES, SEDUC e o Hospital Geral também foi destacada.

A comunicação deficiente entre a gestão e a ponta do serviço continuou sendo uma barreira para a efetividade do controle social. Conselheiros relataram a discrepância entre o que a gestão afirmava em reunião e o que os usuários encontravam nas unidades de saúde.

A presença de abstenções e a existência de críticas em meio à aprovação de propostas, como o questionamento de conselheiros sobre o déficit de profissionais de saúde na implantação de novas equipes, sugerem que o CMS busca manter uma postura autônoma em relação à gestão, não se limitando a ser um mero órgão homologador.

Apesar das limitações, o CMS de Camaçari-BA se mostra resiliente e persistente em sua missão. A cobrança reiterada sobre a requalificação de unidades, a demanda por informações sobre as obras e a fiscalização de prestadores de serviço indicam que o conselho não se cala diante dos problemas. Ele atua como um espaço de resistência e de cobrança, buscando incansavelmente que os princípios do SUS sejam, de fato, implementados no município.

A atuação do CMS de Camaçari-BA demonstra que o controle social é uma prática política contínua. A qualidade do controle social está ligada a condições reais para a participação, como "infraestrutura adequada, capacitação dos conselheiros, democratização da informação, valorização das vozes populares e compromisso institucional com a democracia participativa". As atas analisadas apontam para a necessidade de aprimoramento em todas essas frentes para que o CMS possa, de fato, cumprir seu papel de forma plena.

A análise final, portanto, é a de que o CMS é um ator político relevante, mas cuja força e eficácia dependem do fortalecimento de sua própria estrutura e do reconhecimento de seu papel pela gestão e pela sociedade.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, buscou compreender em que medida essa instância de controle social efetiva as políticas públicas de saúde no município, a partir do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari-BA no período de 2018 e 2023. A pesquisa se propôs a identificar as ações pertinentes ao conselho, evidenciar a forma como o controle social se manifesta e avaliar sua atuação frente à legislação que o institui como um espaço democrático de direito. Os resultados encontrados, a partir da análise documental, permitem concluir que o CMS de Camaçari-BA cumpre, em grande parte, suas funções deliberativas e fiscalizadoras, mas enfrenta desafios estruturais e institucionais que comprometem a sua plena efetividade.

Em relação ao primeiro objetivo, a identificação das ações do conselho revelou um espectro amplo de atuações. As atas demonstram a participação ativa dos conselheiros em debates sobre temas cruciais para a saúde pública local, como a reorganização da rede de urgência e emergência, a implantação de novas equipes de Saúde da Família e o gerenciamento de questões como a falta de repelentes e medicamentos. A aprovação de propostas, como o credenciamento de 13 equipes de Saúde da Família e 3 NASFs, mostra que o conselho exerce um papel formal de deliberação sobre as ações de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU).

O segundo objetivo, focado em evidenciar como se dá o controle social, foi alcançado ao se constatar que a fiscalização ocorre de maneira contundente e diversificada. Os conselheiros atuam como elos entre a população e a gestão, levando denúncias de usuários e suas próprias observações sobre a precariedade dos serviços diretamente à mesa de discussão. A formalização de uma denúncia ao Ministério Público, em relação às "feiras de saúde" realizadas por "agentes políticos", exemplifica a autonomia e o caráter político do conselho em defender a integridade do SUS. A sugestão de apresentação dos relatórios de gestão por cores, para facilitar a visualização e o controle das metas, demonstra uma postura propositiva que visa aprimorar os mecanismos de transparência e fiscalização.

Contudo, a avaliação da atuação do CMS, conforme o terceiro objetivo, revela que a sua capacidade de influência é constantemente tensionada por fatores internos e externos. As atas registram a falta de capacitação técnica, com a solicitação de um curso sobre orçamento para os conselheiros, o que evidencia uma lacuna no preparo para a análise de documentos complexos e uma limitação para um controle social aprofundado. A questão da transparência é desafiada pela ausência de convites formais da SESAU para eventos e pela dificuldade de acesso dos conselheiros a algumas unidades de saúde, que muitas vezes são barrados.

As atas também indicam que a participação, embora legalmente assegurada, não é homogênea e pode ser influenciada por disputas políticas. A eleição da mesa diretora de 2019, que dividiu os votos por segmentos e resultou na vitória da chapa que incluía representantes da gestão e prestadores, sugere uma complexa dinâmica de interesses que coexistem no espaço do conselho. Além disso, a fala de uma conselheira sobre a nomeação de "pessoas de confiança" para a gestão de unidades, sem o devido conhecimento técnico, aponta para uma politização da gestão que pode minar o diálogo e a efetividade do trabalho do conselho.

A hipótese inicial da dissertação, de que o CMS é um espaço democrático de direito, se confirma em parte. Ele é, de fato, um fórum de deliberação e debate, mas sua capacidade de exercer o controle social de forma plena está diretamente ligada à garantia de condições que a própria hipótese aponta como essenciais: a capacitação técnica de seus membros, a participação genuína da sociedade civil e a transparência na disponibilização de informações. As atas mostram que essas condições são frequentemente questionadas pelos próprios conselheiros, indicando que a democracia participativa no SUS de Camaçari ainda é um projeto em construção.

O estudo das atas também revela que a gestão municipal, por vezes, se mostra receptiva às demandas do conselho, como na promessa de investigar denúncias, realinhar a distribuição de repelentes e agendar treinamentos para servidores. No entanto, a reincidência de problemas como a falta de insumos, a precariedade das unidades e a dificuldade de acesso a serviços de média complexidade, como o exame de colonoscopia, sugere que as respostas da gestão nem sempre resultam em melhorias efetivas e duradouras, o que desmobiliza a sociedade civil.

A análise reforça, portanto, que a existência legal de um conselho de saúde não é suficiente para a efetivação do controle social. É necessário um compromisso institucional da gestão em valorizar o conselho, prover-lhe as condições de trabalho e capacitação, e, sobretudo, tratar as suas deliberações e fiscalizações como elementos essenciais para a qualidade do serviço público. A experiência de Camaçari-BA demonstra que o controle social é uma prática política contínua e que a democracia na saúde exige não apenas espaços formais, mas também o fortalecimento da autonomia e do poder de intervenção de seus atores.

As limitações do estudo incluem a análise de apenas um recorte temporal e a dependência da fidelidade das atas como registro completo das discussões. No entanto, os resultados aqui apresentados oferecem uma base sólida para futuras investigações sobre a dinâmica do controle social em outros municípios e para a formulação de estratégias que possam fortalecer a atuação dos conselhos de saúde. O estudo contribui para a literatura acadêmica ao demonstrar, de forma empírica, a complexidade e os desafios da participação popular na gestão pública do SUS.

A partir dos achados e análises aqui apresentadas, recomenda-se a **criação de um plano de capacitação permanente para os conselheiros, com módulos específicos sobre orçamento, finanças e legislação do SUS**. Além disso, é fundamental que a gestão municipal estabeleça canais de comunicação mais transparentes e eficientes com o conselho, assegurando o acesso irrestrito dos conselheiros às unidades de saúde e a todas as informações necessárias para o exercício de sua função fiscalizadora. O fortalecimento dos conselhos locais de saúde, como sugerido em uma das atas, seria uma medida estratégica para ampliar a participação e a capilaridade do controle social, aproximando as decisões da realidade dos territórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, H. D. D. **A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação e consolidação (1986-2006)**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

BAHIA. Assembleia Legislativa. **Lei Estadual nº 12.618, de 28 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre o acesso à informação pública no Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-12618-de-28-de-dezembro-de-2012>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BAHIA. Conselho Estadual de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde da Bahia**. Salvador: CES-BA, 2011. Disponível em: https://www5.saude.ba.gov.br/portalcges/images/stories/arquivos/Downloads/Regimento_es_2011.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Experiência dos Consórcios Interfederativos de Saúde na Bahia é apresentada em encontro nacional de prefeitos**. Salvador: SESAB, 2025. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2025/02/13/experiencia-dos-consorcios-interfederativos-de-saude-na-bahia-e-apresentada-em-encontro-nacional-de-prefeitos/>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Plano Estadual de Saúde da Bahia**. Salvador, 2025. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/plano-estadual-de-saude-da-bahia-pes/>. Acesso em: 26 jun. 2025.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Policlínicas Regionais de Saúde já abrangem quase 99% dos municípios baianos. Salvador: SESAB, 26 abr. 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2024/04/26/policlinicas-regionais-de-saude-ja-abrangem-quase-99-dos-municipios-baianos/>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Reunião do Conselho Comunitário de Saúde do Hospital Regional Costa do Cacau evidencia avanços no atendimento aos pacientes. Ilhéus: SESAB, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2024/05/14/reuniao-do-conselho-comunitario-de-saude-do-hospital-regional-costa-do-cacau-evidencia-avancos-no-atendimento-aos-pacientes/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social: entre a proteção social e a lógica do mercado. **Serviço Social & Sociedade**, n. 65, p. 8, 2000. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/bfdaa6c0ecd6e9f622631979427c5a5a.pdf>. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Resolução n.º 258, de 7 de janeiro de 1991 – Norma Operacional Básica do SUS**. Brasília, 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990 (a) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990 (b). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumentos de planejamento do SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 96**. Brasília: MS, 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS como instrumento Gestão em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 30 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento no SUS: conceitos, métodos e experiências**. Brasília: MS, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_sus_conceitos_metodos_experiencias.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre os critérios de aplicação mínima de recursos. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Portaria n.º 234, de 7 de fevereiro de 1992** – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Brasília, DF, 1992. Disponível em:

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. **Lei Municipal n.º 1.086, de 2010**. Institui o Conselho Municipal de Saúde do Município de Camaçari-BA. Camaçari, BA: Câmara Municipal, 2010. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/c/camacari/lei-ordinaria/2010/1086/lei-ordinaria-n-1086-2010>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CAMPOS, T. L. C.; SALGADO, V. A. B. A diretriz constitucional de participação social no SUS e os conselhos de saúde. **Cadernos Prodisa**, v. 6, 2017. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1068>. Acesso em: 30 maio 2025.

CECHINEL, N. de F. R. *et al.* Participação social em saúde: limites e potencialidade de conselhos locais de saúde de uma metrópole brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 56–71, jul./set. 2020. Disponível em:

<https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/issue/view/194/22>. Acesso em: 27 jun. 2025.

COELHO, V. S. P.; VERÍSSIMO, J. Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde em São Paulo. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A participação em São Paulo**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

COFIC – Comitê de Fomento Industrial de Camaçari. **O Polo Industrial de Camaçari**. Camaçari, 2025. Disponível em: <https://www.coficpolo.com.br/pagina.php?p=39>. Acesso em: 09 ago. 2025.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Programação Anual de Saúde**. Brasília: CONASS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/programacao-anual-de-saude/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Decreto institui Contrato Organizativo para Saúde**; CNM destaca responsabilidades previstas. [S.l.], 25 abr. 2024. Disponível em: <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/decreto-institui-contrato-organizativo-para-sa%C3%BAdede-cnm-destaca-responsabilidades-previstas>. Acesso em: 28 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O que é controle social na saúde?** Brasília: CNS, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/o-que-e-controle-social-na-saude.pdf>. Acesso em: 24 maio 2025.

CORREIA, M. V. C. O controle social sobre a política de saúde. In: **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. pp. 53-86.

COSTA, N. R.; BARROS, P. L.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 32–55, 1999. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/350>. Acesso em: 24 maio 2025.

ESCÓREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lígia Valéria C. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Cebes, 2012. p. 323–363.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2025

GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199–1213, out./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Acesso em: 25 jun. 2025.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>. Acesso em: 25 jul. 2025

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados – Camaçari (BA)**. Brasília: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/camacari.html>. Acesso em: 09 ago. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **O que é a Seguridade Social**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/246-beneficiometro-seguridade-social-no-brasil/o-que-e-a-seguridade-social>. Acesso em: 26 maio 2025.

LIMA, R. C. M. C. *et al.* Conselhos de Saúde: papel pedagógico e de construção da democracia. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1109-1120, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hJ8y87zG9FqWqYd4P7v5jMh/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2025.

LUCHESE, G. R. *et al.* **Planejamento e Prestação de Contas da Saúde**. Curitiba: COSEMS-PR, 2023. Disponível em: <https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Planejamento-e-prestacao-de-contas.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2025.

MACHADO, C. V. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/democracia-cidadania-e-saude-no-brasil-desafios-para-o-fortalecimento-do-sistema-unico-de-saude-sus/19069>. Acesso em: 26 maio 2025.

MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 20 maio 2025.

MARTINS, M. **A gestão do SUS**. Curitiba: COSEMS-PR, 2023. Disponível em: <https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/03/A-GESTAO-DO-SUS-Marina-Martins.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2025.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>. Acesso em: 04 jun. 2025.

MENICUCCI, T. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 308-326, 2014.

MORITA, I. *et al.* A participação de conselheiros municipais de saúde: estudo sobre controle social no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 571–585, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rCtRfKWvQwSJ3d9QfhzrXfs/?format=pdf>. Acesso em: 10 jun. 2025.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 205–218, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 maio 2025.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, p. 1778–1797, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 02 jun. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. [S. l.]: Livros Interativos e Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/14/>. Acesso em: 28 maio 2025.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 27, n. 3, p. 701-718, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy>. Acesso em: 24 maio 2025.

PIROPO, T.; AMARAL, H. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde em Debate**, [S. l.], 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S5Ct5XWbSfTMjw3k9V8DnYr/#>. Acesso em: 30 jun. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. **Município de Camaçari**. Camaçari, 2025. Disponível em: <https://www.camacari.ba.gov.br/municipio-de-camacari/>. Acesso em: 09 ago. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI. **10ª Conferência Municipal de Saúde de Camaçari começa nesta quinta-feira (30)**. Camaçari, 2025. Disponível em: [https://www.camacari.ba.gov.br/10a-conferencia-municipal-de-saude-de-camacari-comeca-nesta-quinta-feira-30/#:~:text=Tema%201%3A%20A%20sa%C3%BAde%20que%20temos%20e%20o%20SUS%20que%20queremos!](https://www.camacari.ba.gov.br/10a-conferencia-municipal-de-saude-de-camacari-comeca-nesta-quinta-feira-30/#:~:text=Tema%201%3A%20A%20sa%C3%BAde%20que%20temos%20e%20o%20SUS%20que%20queremos!.). Acesso em: 10 ago. 2025.

RICARDI, L.; SHIMUZU, H.; SANTOS, L. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181084>. Acesso em: 28 maio 2025.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, spe4, p. 202–214, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/>. Acesso em: 04 jun. 2025.

SODER, R. M.; MACHADO, G. F.; DE CARLI, P. Os planos municipais de saúde como ferramenta de gestão e planejamento: um levantamento bibliométrico a respeito da produção acadêmica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p. 12340–12352, jul./ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-032>.

VIANA, A. L. d'A. *et al.* **Políticas de saúde e gestão municipal**: trajetórias, avanços e desafios. São Paulo: Hucitec, 2015.

ANEXO I – OFÍCIO PPGPSC- UCSAL AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI-BA



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DO SALVADOR

Avenida Prof. Pinto de Aguiar, 2589,
Pituaçu – Salvador/BA. CEP: 41.740-090

(71) 3206-7800
@ucsaloficial
www.ucsal.br

Salvador (BA) 31 de Março de 2025.

Ilustríssimo Sr. Paulo César Souza Costa,
Presidente do CMS – Camaçari-Ba

Com meus melhores cumprimentos,

Conforme alinhado com Sr. **Rodolfo Cardoso Pereira**, com matrícula regular no Mestrado de Políticas Sociais e Cidadania desta conceituada Universidade, que tem como tema de pesquisa: **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)– CONTRIBUIÇÕES, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA**, sob minha orientação acadêmica, solicitamos disponibilizar para o mesmo: **as pautas, frequências, atas e resoluções do Conselho Municipal de Camaçari/Ba, referentes ao período de 2018 a 2024.**

Em tempo coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Certos da vossa aquiescência, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA GORETE BORGES FIGUEIREDO
Data: 02/04/2025 18:55:19 -0300
verifique em <https://validar.lti.gov.br>



Esta mensagem, juntamente com qualquer outra informação anexada, é confidencial e protegida por lei, e somente os seus destinatários são autorizados a usá-la. Caso a tenha recebido por engano, por favor, informe o remetente e em seguida apague a mensagem, observando que não há autorização para armazenar, encaminhar, imprimir, usar, copiar o seu conteúdo.

ANEXO II – OFÍCIO Nº 004/2025 – CMS/Camaçari-BA



Ofício nº 004/2025 – CMS/Camaçari-BA

Camaçari, 04 de abril de 2025.

À

Universidade Católica do Salvador – UCSAL.

At.: Prof.ª Dra. Maria Gorete Borges Figueiredo

Assunto: Disponibilização de Atas, Pautas e Resoluções do Conselho Municipal de Saúde

Prezada Professora,

Em atenção ao Ofício emitido em 31 de março de 2025, referente à solicitação do discente **Rodolfo Cardoso Pereira**, regularmente matriculado no Programa de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania desta conceituada Universidade, que desenvolve a pesquisa intitulada “*Conselho Municipal de Saúde (CMS) – Contribuições, Implementação e Avaliação de Políticas Públicas de Saúde no Município de Camaçari-BA*”, vimos por meio deste confirmar que:

O acesso às **atas, pautas, resoluções e deliberações** do Conselho Municipal de Saúde de Camaçari-BA constitui-se em **direito público de acesso irrestrito** à sociedade civil, uma vez que tais documentos são classificados como de natureza pública. Sua divulgação atende não apenas a uma exigência legal, mas representa também um instrumento indispensável para garantir a **transparência da gestão pública**, o **exercício do controle social** e a **efetividade democrática** deste espaço colegiado de participação social, em conformidade com:

- A **Constituição Federal de 1988**, que consagra a publicidade e a participação como princípios da Administração Pública (art. 37);
- A **Lei nº 8.142/1990**, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS;
- A **Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação)**, que estabelece a obrigatoriedade da transparência ativa e passiva dos órgãos públicos;
- A **Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde**, que dispõe sobre a organização, funcionamento e competências dos Conselhos de Saúde.

Assim, informamos que a documentação referente ao período de **2018 a 2024** estará disponível para consulta e cópia pelo aluno, com vistas a subsidiar sua pesquisa acadêmica e contribuir para a produção científica voltada ao fortalecimento do controle social e da democracia participativa em saúde.

Renovamos nossos votos de elevada estima e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,


Paulo Cesar Souza Costa

Presidente do CMS – Camaçari-BA