

**FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO**

CELY MARIA DE SOUZA SILVA

**MEMÓRIAS E NARRATIVAS DE UMA MILITANTE E
TRABALHADORA DO SUS: CAMINHOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CAMAÇARI – BA.**

Camaçari
2021

CELY MARIA DE SOUZA SILVA

**MEMÓRIAS E NARRATIVAS DE UMA MILITANTE E
TRABALHADORA DO SUS: CAMINHOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CAMAÇARI – BA.**

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Ms. Renan Vieira de Santana Rocha

Camaçari
2021

Ficha Catalográfica

SILVA, Cely Maria de Souza

Memórias e Narrativas de uma militante e trabalhadora do SUS: Caminhos no Conselho Municipal de Saúde de Camaçari / Cely Maria de Souza Silva. Salvador: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas f.: 77

Dissertação Magister em Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientador: Prof^o Ms. Renan Vieira de Santana Rocha

Cely Maria de Souza Silva

**MEMÓRIAS E NARRATIVAS DE UMA MILITANTE E
TRABALHADORA DO SUS: CAMINHOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CAMAÇARI – BA.**

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em 14 de dezembro de 2021.

Prof. Ms. Renan Vieira de Santana Rocha – Orientador
FLACSO

Prof./Profa. Dra. Beatriz Borges Brambilla
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Conceição da Silva
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Prof. Dr. Fernando Pessoa de Albuquerque
Universidade de São Paulo (USP)

Dedico em nome da minha querida mainha Glicéria Maria de Souza Silva, em meio as adversidades da vida criou nove filhos e sempre acreditou no poder transformador da educação, à todas as mulheres fontes de inspiração nesta jornada de lutadoras e sonhadoras de dias melhores para suas filhas e filhos. Mulheres que abriram caminhos para este universo das causas populares na construção da sociedade da ternura, da esperança e do bem viver. Mulheres que seguram com firmeza as mãos umas das outras, abraçam forte, cantam cirandas, cantigas populares que incentivam seguir o caminho sem medo por um mundo justo, democrático, solidário e participativo. Mulheres simples, fortes, determinadas, ternas, dedicadas e arretadas que foram na contramão da história e ousaram a dizer não a ordem pré-estabelecida em tempos sombrios.

AGRADECIMENTOS

São tantos os agradecimentos para com os familiares, professores e professoras, amigas e amigos, companheiros e companheiras que de alguma forma participaram desta trajetória e realização do sonho.

À força divina que habita em mim e me permitiu trilhar o caminho até aqui, em tempos tão difíceis, principalmente neste período pandêmico a superar a ansiedade e o medo.

Aos meus irmãos e irmãs, pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu sobrinho Artur, tão presente nos momentos do estudo me socorrendo no desafio do uso das tecnologias.

Meus professores/orientadores, Renan Vieira e Beatriz Brambilla, neste período tão desafiador, agradeço por tudo, pelo ensinamento e aprendizado, atenção e compreensão, incentivo e carinho, dedicação e paciência.

A Fundação Perseu Abramo, a Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais e ao Partido dos Trabalhadores e das Trabalhadoras pela aposta no processo de formação de seus militantes para construir uma sociedade possível para todos e todas.

As companheiras e companheiros de caminhada, que fazem da paixão política força impulsionadora na resistência e na luta por dias melhores neste mundo.

Muito Obrigada!

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda Yamamoto

RESUMO

Os movimentos sociais nos anos 80 foram fundamentais no processo de redemocratização do país, na luta por direitos e na construção do sistema de saúde público, universal e com participação popular, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e consagrado na Constituição Federal de 1988. A presente pesquisa se propõe a descrever e analisar a participação popular na gestão participativa e no controle social da política pública de saúde, tendo como referência o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari – Bahia. Para tanto, partirá de uma pesquisa bibliográfica e documental acerca da participação popular e do controle social, com o objetivo de conceituá-la, e será completada a partir da memória e narrativa da pesquisadora baseada na sua trajetória e vivência em espaços de participação popular, visando contribuir para a importância da participação da sociedade civil nas instâncias participativas, e que ocupe de forma efetiva esses espaços para o fortalecimento e consolidação da política pública.

Palavras-chave: Conselho Municipal de Saúde; Movimentos Sociais; Participação Popular; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

Social movements in the 1980s were fundamental in the country's redemocratization process, in the struggle for rights and in the construction of a public, universal health system with popular participation, which culminated in the creation of the Unified Health System (SUS) and enshrined in the Federal Constitution of 1988. This research aims to describe and analyze popular participation in participatory management and social control of public health policy, having as reference the Municipal Health Council (CMS) of Camaçari – Bahia. To do so, it will start with a bibliographical and documentary research about popular participation and social control, with the objective of conceptualizing it, and will be completed from the memory and narrative of the researcher based on her trajectory and experience in spaces of popular participation, aiming to contribute to the importance of civil society participation in participatory instances, and to effectively occupy these spaces for the strengthening and consolidation of public policy.

Keywords: Municipal Health Council; Social Movements; Popular Participation; Unified Health System (SUS)

ILUSTRAÇÃO

Figura 01	Localização da Região Metropolitana de Salvador	40
Figura 02	Localização do Município de Camaçari	41

TABELAS

Tabela 01	Unidades de Atendimento do SUS Camaçari	51
Tabela 02	Dados de Casos Confirmados de Covid 19 em Camaçari.....	53
Tabela 03	Linha do Tempo das Conferências Municipais de Camaçari	55
Tabela 04	Composição do Conselho Municipal de Saúde de Camaçari	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAs – Áreas de Proteção Ambiental
APITO – Associação Paulo Tonucci
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBs – Comunidades Eclesiais de Bases
CF – Constituição Federal
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
EC – Emenda Constitucional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INOCOOP – Instituto de Orientação às Cooperativas Habitacionais
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PHOC – Programa Habitacional Organizado de Camaçari
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações não-governamentais
OP – Orçamento Participativo
PT – Partido dos Trabalhadores
RMS – Região Metropolitana de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. MOVIMENTOS SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	17
2.1. Movimentos Sociais e a Política de Saúde	17
2.2. Movimentos Sociais de Saúde	21
2.3. Movimento da Reforma Sanitária	23
3. DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E PARTICIPAÇÃO POPULAR	25
3.1. Participação e Controle Social no SUS	25
3.2. Conselho e Conferências Instâncias de Participação Popular no SUS.....	30
4. METODOLOGIA	35
5. RESULTADOS DO ESTUDO: CAMINHOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI	37
5.1. Janela da Memória da Árvore que Chora: Camaçari	37
5.2. Camaçari: As Metamorfoses da Árvore que Chora	40
5.3. Camaçari e o Processo de Construção Cidadã: Narrativas da Participação Social.....	44
5.4. A Saúde Pública no Município de Camaçari	50
5.4.1. A Saúde de Camaçari em Tempos de Pandemia	52
5.5. Conferências Municipais de Saúde	54
5.6. Participação Popular: Caminhos no Conselho Municipal de Saúde	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73

1. INTRODUÇÃO

A partir de 1980, entre as várias lutas sociais e protestos, o povo conseguiu consolidar e ampliar uma série de conquistas, principalmente no que tange a participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas ao longo das últimas três décadas. No campo da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira reuniu diversos setores da sociedade, que questionaram as condições de saúde da população brasileira, no intuito de constituir um sistema de saúde de caráter universal, descentralizado e com a participação popular na formulação e acompanhamento da política de saúde. Neste sentido, o setor saúde se destaca nesse processo, não apenas pelo fato de institucionalizar os espaços participativos como também estender para todo o território nacional, de forma mais descentralizada.

A participação, como é compreendida na atualidade, é fruto das lutas populares que envolveram os movimentos sociais, sindicatos, igrejas, associações e tantas outras organizações da sociedade para atender as demandas da população com relação as deficiências dos serviços públicos prestados pelo Estado. Foram promovidas reformas para tornar o Estado mais eficiente na prestação de bens públicos e foram sendo criados espaços para envolver a sociedade civil na deliberação democrática da coisa pública.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco ao instituir a participação social na gestão das políticas públicas. Portanto, como direito a participação da população na definição e na fiscalização das políticas públicas implantadas pelo Estado brasileiro foi definida na CF/1988, batizada de Constituição Cidadã e regulamentada por leis específicas, no caso da saúde, a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e a Lei 8142/90. Segundo Milani (2008), nos anos 90 tornou-se um dos princípios organizativos aclamado por agências nacionais e internacionais nos processos de formulação e deliberação de políticas públicas no âmbito local.

A institucionalização da participação social no sistema de saúde, que se materializa nos Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Ao influenciar nas políticas públicas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma relação de corresponsabilidade para que prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os sujeitos e que seja baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade.

No Brasil, com a abertura política conquistada através da Constituição Cidadã de 1988, foram criadas as instâncias participativas e de controle social com vistas a promover em um ambiente democrático participativo a efetiva atuação cidadã. Dessa forma, se instituiu enquanto espaços públicos de participação os conselhos, os fóruns, as conferências, audiências públicas dentre outros, com o interesse de atrair a participação popular para assumirem o papel de corresponsabilidade com as políticas sociais.

A participação social sendo inserida na constituição, aponta para a importância da inserção da sociedade civil organizada na definição das políticas públicas e das instâncias participativas no planejamento, acompanhamento, fiscalização e controle das ações do Estado. Portanto, participar pode ter diversos sentidos, a depender dos sujeitos que a definem, podendo ir desde uma simples presença até a deliberação sobre os programas e projetos das políticas públicas. De acordo com Milani (2008), a participação social, dos cidadãos, popular, democrática e ou comunitária, atualmente são termos utilizados para se referir à inclusão dos cidadãos e das organizações da sociedade civil no processo decisório e de formulação das políticas públicas.

A participação popular foi institucionalizada no Brasil na década de 80, mesmo sendo garantida na Constituição Federal de 1988, ela não estava sendo efetivada. Foi nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) que a participação popular ganhou relevância, o diálogo foi aberto com os espaços de controle social. A valorização dos espaços públicos de controle social foi determinante para se estabelecer uma nova relação entre o governo e as organizações da sociedade civil, visando o atendimento das demandas da população e a democratização do Estado. Em Camaçari, a implantação e implementação de canais de diálogo com a população, a exemplo do Orçamento Participativo (OP), acontece a partir de 2005 com o governo do Partido dos Trabalhadores.

Ao longo dos últimos anos, os conselhos gestores legalmente instituídos no Brasil, foram gradativamente sendo formados nos municípios e vêm alcançando as mais variadas experiências em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas atribuições legais. No processo de institucionalização, estes representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática em que se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania.

Segundo Tatagiba (2002), os conselhos gestores de políticas públicas são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais.

Sua instituição indica uma importante vitória na luta pela democratização nos processos de decisão do Estado.

Diante do processo de democratização instalado no país por meio da valorização de iniciativas associativas e da participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas é importante fazer a análise da participação popular nos processos de tomada de decisão e fortalecimento do SUS. Estudar a participação popular no SUS tem como objetivo contribuir para o processo de qualificação do sistema de saúde e, também, para a construção da cidadania a partir da mudança do processo de democracia representativa para uma democracia participativa. Em tempos atuais, em que a participação popular está tão ameaçada pós Golpe de 2016, é imprescindível.

Após trinta anos em que a Constituição Cidadã foi promulgada e consagrada a participação popular no processo decisório das políticas públicas, é no Golpe de 2016, no governo Michel Temer, e agora no governo ultraconservador de Jair Bolsonaro, que está sobre forte ameaça. No governo Bolsonaro o descaso com o direito a participação política ocorre logo no início de 2019, onde por meio de medida provisória extinguiu uma série de conselhos. O que demonstra completa aversão ao diálogo com as organizações da sociedade e as instâncias participativas.

Estudar sobre este fenômeno torna-se urgente e, neste caso específico, reflete uma história pessoal como militante e trabalhadora do SUS, além de usuária e atuante, diante do exercício do direito a Participação Política nos espaços de controle social ao longo de boa parte da minha vida. Por estas experiências, compreendo o quanto é importante a participação nos conselhos gestores de políticas públicas. Estes espaços, com seus acertos e erros, garantem a aproximação das demandas sociais, qualificam o planejamento dos serviços e a execução das políticas públicas, de modo especial, os conselhos municipais, porque é no território onde se reúne as condições favoráveis de respostas mais rápida para os anseios da população.

De acordo com Leão (2016) as narrativas e histórias de vida são fontes geradoras de conhecimento, pois trazem para a pesquisa o conhecimento vivido, as experiências, em seus dramas, contratempos e dificuldades. Pois, a memória é algo vivo, em permanente mutação, construído tanto localmente como globalmente, aberto e conectado em todos os seus pontos. Face a essa perspectiva, esta pesquisa tem um formato de memorial narrativo, é fruto das experiências e vivências da pesquisadora com participação popular. Assim, o esforço foi na produção de um material científico que, apesar de sua característica singular, também pudesse ser reconhecido como uma produção articulada e coerente, tendo como principal fio

condutor a Participação Popular no Conselho Municipal de Camaçari. Portanto, esta pesquisa é um documento narrativo, interpretativo e científico que descreve as memórias da trajetória de vida pessoal, cultural e profissional que visa contribuir com o olhar histórico da participação popular na gestão da coisa pública.

O caminho deste estudo é reflexo da experiência da pesquisadora em espaços de participação popular e no Conselho Municipal de Saúde de Camaçari. Além do encontro com minha própria história de vida, com minha identidade pessoal e social. Construí minha identidade com o SUS estando conselheira de saúde, logo em seguida na minha vida profissional como agente comunitária de saúde e atualmente como assistente social na UBS. Esta trajetória me faz reconhecer que os trabalhadores e os usuários são os pilares da democracia em disputa na participação social e na consolidação do SUS e de políticas públicas.

Este é um estudo escrito em forma de narrativa/relato de experiência da narradora-pesquisadora. Que descreve a trajetória da participação popular no CMS, numa cadeia temporal que se inicia nos anos 1990 e viaja até nossos dias.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos. O capítulo 2 apresenta a importância dos Movimentos Sociais na luta pela cidadania e na construção do sistema de saúde. No capítulo 3 descreve-se sobre a Participação Popular como ela vem ocorrendo e os caminhos percorridos para a consolidação da Participação Popular no Sistema Único de Saúde, os Conselhos e as Conferências de Saúde, a partir da Constituição Cidadã de 1988. Já o capítulo 5 é dedicado ao resultado do estudo: a contextualização do município de Camaçari, sua trajetória de participação popular, a participação popular no SUS os Caminhos do Conselho Municipal de Saúde, o objeto deste estudo. Por fim, são apresentadas as considerações finais do estudo.

2. OS MOVIMENTOS SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

2.1. Movimentos Sociais e a Política de Saúde

Historicamente o que se observa é que os movimentos sociais têm contribuído para organizar e conscientizar a sociedade, a partir do seu poder de pressão e de mobilização são capazes de chamar atenção do Estado e da sociedade para as suas demandas. Eles, muitas vezes, são os interlocutores entre a sociedade e o Estado na perspectiva da construção de uma sociedade inclusiva, justa e democrática. Os movimentos sociais geralmente se organizam em torno de interesses comuns, para lutar por direitos, por mudanças sociais. Segundo Gohn (2010), os movimentos sociais são manifestações coletivas, organizadas, de reivindicação, de protesto, de luta, como pode ser também um processo educativo e de aprendizagens.

Na segunda metade da década de 1970, com o acirramento das contradições da ditadura civil militar, o desmonte do mito do milagre econômico e o agravamento da crise do capitalismo, os movimentos populares reorganizam-se a partir do movimento de mulheres, do movimento pela anistia, do movimento estudantil, do movimento operário, do movimento contra a carestia, do movimento de saúde. O fim da ditadura militar, o processo de redemocratização do país e a Constituição Federal de 1988 foram marcados pela forte presença da participação popular e dos movimentos sociais. De acordo com Gohn (2010), os movimentos sociais se constituem como um dos sujeitos sociopolíticos presentes no associativismo brasileiro, porque eles foram, e ainda são, as bases de muitas ações coletivas a partir de 1970.

Os movimentos sociais são promotores de saberes e aprendizagens significativas para seus participantes em sua maioria excluídos da sociedade, atuam de forma coletiva e mobilizam as pessoas para reivindicarem mudanças na comunidade local que reverberem em toda a sociedade. Eles são fontes de inovações e mudanças sociais, na sua prática cotidiana promovem ações para chamar atenção dos cidadãos e dos governos para as situações de injustiças e desigualdades sociais. Neste início do século os movimentos sociais anti ou alterglobalização, locais, regionais, nacionais ou transnacionais, organizados e articulados em redes se constituíram como uma grande novidade, no que se refere a retomada das ações coletivas e de lutas (GOHN, 2010).

Para Vasconcelos (2007), os movimentos sociais podem favorecer a ampliação e alargamento das práticas democráticas no tecido social, na medida em que evidencia as contradições sociais em forma de denúncias e reivindicações na esfera pública, propondo

soluções que resultam no aprofundamento da mudança social, como expressão de “socialização da política da igualdade social”.

No final da década de 1970 e parte dos anos 1980, os movimentos organizados da sociedade civil desempenharam um grande papel na luta contra o regime militar e a retomada da democracia, destaca-se os movimentos de base cristãos, importantes agentes no enfrentamento a ditadura militar e por trazerem para o centro das discussões o povo, os excluídos do poder dominante. A participação popular neste período foi animada pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Igreja Católica, inspirada pela Teologia da Libertação espalhadas em todo o Brasil e na América Latina, imprimindo um novo jeito de ser igreja enraizada na realidade do povo e nas lutas sociais. Este clima de participação gerado pelas CEBs foram a porta de entrada nos movimentos sociais urbanos de luta por creches, transportes, postos de saúde, moradia etc. (GOHN, 2011).

Assim como no Brasil, em toda a América Latina, os movimentos sociais tiveram uma grande participação na luta pela redemocratização, pela ampliação da cidadania e a consolidação dos direitos civis, políticos e sociais. Neste período, os movimentos sociais denunciavam o regime ditatorial e a profunda desigualdade social existente na sociedade brasileira e latino-americana. No Brasil dos anos 1970 e 1980, os movimentos sociais organizados nas cidades e no campo reivindicavam por melhores condições de vida, moradia, transporte, saúde, educação, emprego, terra, alimentação. Os movimentos lutavam para ter “direito a ter direitos”. Segundo Dagnino (2004) a luta pelo direito a ter direitos que marcou os anos 1970 e 1980, colocou a construção da cidadania no centro das reivindicações dos movimentos sociais que surgiram nesta década.

O processo de construção democrática enfrenta hoje no Brasil um dilema cujas raízes estão na existência de uma confluência perversa entre dois processos políticos distintos. De um lado, um processo de alargamento da democracia, que se expressa na criação de espaços públicos e na sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões e políticas públicas. O marco formal desse processo é a Constituição de 1988, que consagrou o princípio de participação da sociedade civil. As principais forças envolvidas nesse processo compartilham um projeto democratizante e participativo, construído desde os anos oitenta ao redor da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia. Esse projeto emerge da luta contra o regime militar empreendida por setores da sociedade civil, entre os quais os movimentos sociais desempenharam um papel fundamental (DAGNINO, 2004, p. 93).

A noção de cidadania se refere a direitos e deveres que vinculam os cidadãos ao Estado. São direitos e deveres, consagrados constitucionalmente, que se dividem nas dimensões civil, política e social. Para Carvalho (2004), o processo de cidadania se inicia

quando se adquire os direitos civis, pois, o indivíduo de posse desses direitos tem liberdade para pensar, agir e manifestar suas opiniões e escolhas, que o leva a exercer seus direitos políticos e participar das decisões que afetam sua vida e da sociedade e a participação política permite ao indivíduo reivindicar os direitos sociais, para reduzir as desigualdades sociais e melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade.

Na década de 1980 e 1990 a relação do Estado com os movimentos sociais vai se modificando, de um lado o Estado passa a reconhecer os movimentos como interlocutores coletivos, atendendo algumas de suas demandas, por sua vez, os movimentos sociais admitem dialogar e negociar com o Estado. Neste período os movimentos sociais tiveram papel importante na luta pelas Diretas Já e na construção do projeto democrático participativo, alterando as políticas públicas vigentes.

Para Dagnino (2002), os anos 1990 são marcados pela democratização do Estado, pela revitalização da sociedade civil, com possibilidade de uma atuação conjunta entre o Estado e a sociedade civil. Tal processo consagra-se na Constituição Federal de 1988, que instituiu a participação popular na gestão das políticas públicas.

Os movimentos se organizam em torno das lutas por direitos sociais, políticos, econômicos e culturais (mulheres, negros, indígenas, quilombolas, pessoas com necessidades especiais) que denunciavam a exclusão e a invisibilidade dessas minorais da sociedade. Gohn (2010) refere a um período denominado de políticas de identidades, em que programas e projetos foram criados e desenvolvidos no interior das políticas públicas de saúde, educação, assistência social, para estes segmentos populacionais.

Nos anos 1990 e 2000 mudanças importantes ocorreram e surgiram novas formas de organização e configuração dos movimentos sociais. De acordo com Gohn (2010), os movimentos sociais passaram a se organizar em redes, fóruns e outras experiências organizativas locais, regionais, nacionais e transacionais, movimentos antiglobalização, como o Fórum Social Mundial, movimento a agenda política do enfrentamento da desigualdade social, visando construir ações conjuntas que promovam um outro tipo de sociedade baseada no respeito as diferenças culturais e solidariedade entre os povos.

A partir dos fóruns se estabeleceu agendas de encontros nacionais, onde eram realizados diagnósticos dos problemas sociais, definindo metas e objetivos para solucioná-los. Surgiram, neste período, várias iniciativas de parceria entre sociedade civil organizada e poder público, a exemplo do Orçamento Participativo, um importante instrumento para reconhecer as necessidades da população, com enfoque na participação popular na gestão dos recursos públicos.

Nos anos 90, com a reforma do Estado, também criou uma nova forma de relacionamento com a sociedade civil organizada através de parcerias para gerir recursos públicos, principalmente nas áreas sociais (saúde, educação e assistência social), que gerou o crescimento acelerado, o fortalecimento e o novo papel desenvolvido pelas ONGs – Organizações Não Governamentais. Esse processo contribuiu para a desorganização, enfraquecimento e redefinição da prática de atuação dos movimentos sociais, as lutas e ações coletivas com caráter reivindicativo e crítico dá lugar ao ativo e propositivo. Muitos movimentos sociais se transformaram em ONGs ou se incorporaram aquelas que os apoiavam, houve uma inversão de papéis, as ONGs são que fazem a organização popular e as mobilizações sociais, não mais os movimentos sociais. Mesmo com essa inversão de papéis e fortalecimentos das ONGs os movimentos sociais continuam atuando no cenário social político brasileiro.

Ghon (2010) evidencia como um movimento social aquele sujeito coletivo integrante da sociedade civil que a partir das suas diferentes motivações e horizontes, orienta suas ações conforme o seu perfil ou a sua identidade (sempre em construção/formação), visando alcançar os seus objetivos de manter, reforçar ou mudar, em parte ou no todo, a ordem estabelecida. Assim, podemos dizer que os movimentos sociais foram decisivos na consolidação da participação da comunidade nos conselhos e colegiados das políticas públicas.

Na atualidade, os movimentos sociais têm ressignificado os ideais clássicos de igualdade, fraternidade e liberdade. Hoje as agendas de discussões têm primado por justiça social, solidariedade, autonomia e inserção na sociedade. Por fim, eles tematizam e redefinem a esfera pública, realizam parcerias com outras entidades da sociedade civil e política, tem grande poder de controle social e constroem modelos de inovações sociais.

Nos anos 90, além dos movimentos sociais, novos atores entram em cena, as ONGs e a pressão agora é para participação da sociedade civil na gestão e controle social das políticas públicas. Nos anos 2000, no meio urbano a luta por moradia popular coloca em cena o movimento por moradia como um dos mais organizados e suas mobilizações e reivindicação no centro das discussões e ganham o olhar da mídia. Portanto os movimentos sociais e seus participantes no processo de luta e mobilizações tem produzido novos saberes e aprendizagens de acordo com contexto e a conjuntura social política que atuam, geram consciência e possibilidade de entendimento na busca da transformação social.

Para Gohn (2010) os movimentos sociais sempre existiram, e sempre existirão, porque enquanto houver situações de desigualdades, de exclusão e de opressão, as forças

organizadas da sociedade constroem ações coletivas que fazem resistência ao modelo excludente de sociedade e lutam por uma sociedade inclusiva e democrática. Trata-se de instrumentos de mobilização, organização e reivindicação de condições de vida dignas e livres, nossa história como povo brasileiro é expressão da luta e resistência dos movimentos sociais rumo ao enfrentamento às formas históricas de exploração e dominação marcados por nossa formação social.

2.2. Movimentos Sociais de Saúde

Como vimos, a presença dos movimentos sociais é uma constante na história política do nosso país, suas forças sociopolíticas e suas ações coletivas são capazes de promoverem diversas mudanças sociais (GOHN, 2010). A articulação dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada foram decisivos no sentido de construir a esfera pública de participação, base fundamental da democracia. É na esfera pública, que a sociedade civil organizada estabelece sua relação com o Estado e exercita a democracia participativa.

Podemos dizer que os movimentos sociais foram e ainda são responsáveis pelas várias mobilizações e lutas sociais que marcaram a história política, social e econômica brasileira, com iniciativas inovadoras que vão de atos de resistência pacífica a desobediência civil.

Gohn (2011) com o avanço dos movimentos sociais, surgem novas formas de organização e exercício da cidadania, instituindo novas formas diretas e descentralizadas de participação que questionam o autoritarismo do Estado e que reivindicam maior participação e respeito à vontade popular nas decisões da coisa pública. Sendo assim, os movimentos sociais propõem o desafio de construir uma esfera pública que amplie o espaço de participação e decisão da sociedade civil organizada na perspectiva de uma nova ordem política verdadeiramente democrática. Trata-se da construção de espaços públicos onde as diferentes forças sociais e políticas se encontrem e dialoguem em defesa do interesse público e da coletividade.

A importância da sociedade civil se faz nesse contexto não apenas para ocupar espaços antes dominados por representantes do capital financeiro, instalados nos aparelhos do Estado, mas para democratizar a gestão pública, para inverter as prioridades da administração no sentido de políticas que atendam às demandas da sociedade e não ao apelo dos interesses econômicos, com poucos recursos destinados às áreas sociais. Os novos atores que emergiram na cena política necessitam de espaços na sociedade civil para participarem de novos pactos políticos que redirecionem o modelo da política vigente.

O caráter criativo e revolucionário dos movimentos sociais está exatamente em colocar na agenda de discussões temas que valorizam a vida e estimulam o exercício da liberdade, como direitos humanos, igualdade, fraternidade, solidariedade, justiça, respeito à dignidade humana, respeito às diferenças etc.

Com maior ou menor poder de atuação, os movimentos sociais provocam mudanças na sociedade. Nos anos 80 os movimentos populares organizados construíram uma nova trajetória na área da saúde, graça aos conselhos populares de saúde organizados nas comunidades foi possível construir uma política de saúde inclusiva, universal e para todos.

Segundo Gohn (2010), a área da saúde foi umas das primeiras a se organizar e aponta os vários movimentos identificados nas lutas de saúde:

1. Movimento ao redor da questão do SUS;
2. Movimento das conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde;
3. Movimento dos agentes comunitários de saúde;
4. Movimento dos portadores de necessidades especiais;
5. Movimentos dos portadores de doenças específicas: insuficiência renal, lúpus, Parkinson, Alzheimer, câncer, doenças do coração etc.

Esperidião (2010) destaca que os movimentos sociais na saúde podem ser dirigidos ao acesso ou à prestação de serviços de saúde, à luta por uma doença ou deficiência em particular e às iniquidades de saúde e iniquidades em relação a raça, etnia, classe, gênero e/ou sexualidade. São constituídos por um conjunto de organizações formais e informais, apoiadores, redes de cooperação e mídia. Assim identificados:

1. Movimentos sociais voltados ao acesso equitativo e à melhoria dos serviços de saúde (movimentos que visam a reforma do sistema de saúde);
2. Movimentos sociais “incorporados” (movimentos ligados aos grupos de patologias e à experiência do adoecimento);
3. Movimentos sociais de base constitucional (visam o combate as iniquidades em saúde e desigualdades de raça, etnia, classe, gênero e/ou sexualidade).

Os movimentos sociais no campo da saúde representam uma grande força política na luta pela saúde pública no Brasil de qualidade e com acesso garantido para todos. Nos últimos anos, novos sujeitos entraram nessa luta como os conselhos de gestores da saúde CONASS e CONASEMS, e as várias associações de usuários e familiares ligados aos diversos agravos em saúde.

Para efetivação legal da participação social na saúde, podemos citar o Movimento da Reforma Sanitária que se constituiu como importante frente política democrática pelo direito

à saúde no país. A Reforma Sanitária Brasileira, buscava uma transformação da relação entre Estado, classe e grupos sociais, visando ao acesso universal e gratuito de um serviço público e nacional de saúde, que teve sua expressão popular na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo relatório deu origem ao artigo 196 da Constituição Federal (CF), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, e o artigo 198 que contempla o direito da “participação comunitária”.

2.3. Movimento da Reforma Sanitária

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social é uma das proposições do Movimento da Reforma Sanitária, que foi consagrado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado, em 1990, pela Lei 8080/90.

O Movimento da Reforma Sanitária defendeu e incorporou a concepção de participação comunitária vinculada à democratização. É por isso que a participação social é tida como fundamental no processo de produção de saúde, surge como um princípio para o novo modelo proposto aliada à universalidade e integralidade, referida, respectivamente, a noção de direito à saúde e de qualidade do processo de cuidado. Nessa perspectiva, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho da população, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; na nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, de acordo com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização e participação popular.

A Reforma Sanitária vem sendo implementada desde a década de 1970 com perspectivas de maior envolvimento dos usuários isoladamente e/ou organizados em seus movimentos na formação e acompanhamento da política de saúde brasileira, da forma mais descentralizada possível.

Segundo Paim (2009), foi organizado um movimento social na segunda metade da década de 1970, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema. Dessa forma, o Movimento da Reforma Sanitária nasceu da luta popular, reuniu diversos setores da sociedade civil na VIII Conferência Nacional de Saúde, que questionaram as condições de saúde da população brasileira, no sentido de transformá-la em um modelo universal, descentralizado, participativo, público e de qualidade, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representa uma conquista do povo brasileiro, faz parte da seguridade social, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes

públicas e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

O Movimento da Reforma Sanitária, que influenciou a formação do SUS tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais, e conseqüentemente, em garantir o direito a saúde. A proposta tinha como fundamentos a democratização do acesso, a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços; com a adoção de um novo modelo assistencial baseado na integralidade e equidade das ações; na democratização das informações; na transparência no uso dos recursos públicos; na descentralização e com controle social. Além de defender a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

A Constituição Federal de 1988 consagrou mudanças no papel do estado e alterou o arcabouço jurídico institucional do sistema de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo. A saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas. O fato inegável é que os movimentos sociais dos anos 1970/1980, no Brasil, contribuíram decisivamente, via demandas e pressões organizadas, para a conquista de vários direitos sociais, que foram inscritos em leis na nova Constituição Federal de 1988 (GOHN, 2011). Constitucionalmente, são direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Os movimentos sociais foram importantes no estabelecimento de espaços de decisão e poder das políticas públicas, bem como o surgimento de novos agentes públicos e sociais nos anos 1990, que reorientaram suas práticas para ocupar os espaços de participação popular, persistem na luta cotidiana, em ampliar espaços e fronteiras, no esforço permanente de construção e consolidação do SUS e de uma nova ordem social.

3. Democracia Participativa e Participação Popular

3.1. Participação Popular e Controle Social no SUS

O Estado brasileiro historicamente se caracteriza de forma elitista, autoritário e centralizador. Tal conformação tem orientado suas ações pela dinâmica do processo econômico, atuando sempre em favor da reprodução do capital e como controlador das legítimas reivindicações dos trabalhadores e das classes populares. Tendo como um dos mecanismos para exercer esse controle as políticas públicas, de modo particular as políticas sociais vistas como concessões e não como direitos conquistados na base de muitas lutas.

O controle social foi exercido pelo Estado durante o longo período de regime ditatorial que viveu a sociedade brasileira, marcado pela repressão, cerceamento de liberdade, autoritarismo, centralização das decisões e do poder. Durante esse período, a ausência de interlocução com a sociedade civil organizada e a proibição da sua organização foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu poder.

Na década de 1980, com o processo de democratização do país, de efervescência política, de pressão dos movimentos sociais e do advento da Constituição Federal, batizada de Constituição Cidadã (CARVALHO, 2004), se consagrou os direitos e deveres dos cidadãos e se estabeleceu uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil. Esses avanços e conquistas foram possíveis graças à forte mobilização da sociedade civil que, de forma organizada, participou ativamente do processo constituinte, apresentando propostas e pressionando os constituintes para que estas fossem incorporadas ao texto final da Constituição.

A Constituição de 1988 adota o princípio da democracia participativa e abre caminhos para a participação da comunidade nos espaços públicos de decisão. Os espaços de deliberação e controle das políticas públicas estão previstos na CF/88 e regulados por diversas leis, como as conferências, os conselhos, os fóruns, os orçamentos participativos e outros. Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercida pela sociedade civil organizada sobre as ações do Estado. Portanto, o processo de revitalização da sociedade e democratização do Estado, tem como marco fundamental a possibilidade de uma atuação conjunta entre sociedade civil e Estado, expressa paradigmaticamente na bandeira da “participação da sociedade civil” (Dagnino, 2002).

O termo controle social, tradicionalmente, é utilizado pela Sociologia para designar os diferentes processos de influência e vigilância do Estado sobre o indivíduo. No entanto, quando utilizado para se referir aos conselhos de forma geral a expressão adquiriu o significado do exercício do controle público pelo cidadão e pela sociedade civil organizada sobre o Estado, visando assegurar que este esteja a serviço do interesse público.

Para conceituar o controle social, Correia (2008) recorreu a análise da relação Estado/sociedade civil em Gramsci que afirma que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa de poder. É a partir desta concepção de Estado – com a função de manter consenso além da sua função coercitiva – quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de forças existentes entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil.

Segundo Correia (2008), o controle social, na perspectiva das classes subalternas, visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

O controle social tem sido discutido também como sinônimo de participação social nas políticas públicas. Durante o período ditatorial a participação popular, representada pelos estudantes, intelectuais e profissionais, foi duramente reprimida, o controle social da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário e repressor.

De acordo com Gohn (2006),

No contexto dos anos 1990, a participação passou a ser vista sob o prisma de um novo paradigma – como Participação Cidadã, baseada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado. A participação passou a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública, porque as políticas públicas ganharam destaque e centralidade nas estratégias de desenvolvimento, transformação e mudança social (GOHN, 2006, p. 07).

Os movimentos sociais, em particular na área da saúde, vêm construindo todo um trabalho de participação institucional. Vale lembrar, a saúde foi pioneira em criar e organizar

os conselhos gestores e a construção do SUS é resultado de um amplo processo participativo, político e social da luta democrática no Brasil, materializado na VIII Conferência Nacional de Saúde. A 8ª Conferência foi o grande marco que deu bases para a reforma sanitária, para a criação da Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e a Lei 8142/90. A Lei 8.142/90 representou um marco para a efetivação da participação social na saúde, criando os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses a instância de formulação, fiscalização e deliberação das políticas de Saúde (BRASIL, 1990).

De acordo com Carvalho (2007), o SUS é um projeto político e social de alcance relativamente extenso. Isso porque, de um modo geral, “canaliza” demandas e, em torno delas, a organização de “lutadores” que atuam de uma forma articulada e permanente. E isso só é possível porque “unifica” em torno de ideais minimamente reconhecidos e aceitáveis, mais ou menos coesos. O que é fundamental para um processo de consolidação de visões de mundo, de sociedade e de ser humano, com vistas à afirmação de um projeto social e político capaz de dar identidade a uma sociedade. Vale ressaltar que a criação do SUS é a mais importante reforma política e a maior política de inclusão social implantada no país.

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal, trata-se de um projeto democrático- participativo-inclusivo, visando garantir o direito à saúde de toda população, que prevê a democratização do acesso, a universalização das ações, a melhoria da qualidade dos serviços, modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações, a democratização das informações e transparência no uso de recursos públicos, a descentralização com participação social. Paim (2009) afirma:

Pelo caráter democrático, participativo e voltado para reforço da cidadania, a Constituição de 1988 tem sido reconhecida com *Constituição Cidadã*. Antes mesmo de estabelecer artigos relacionados com a saúde, apresentava como fundamental o princípio da dignidade da pessoa humana. Isso significa que a dignidade da pessoa humana deve anteceder quaisquer questões na sociedade brasileira, sejam econômicas, políticas ou ideológicas. Nesse contexto, a saúde foi concebida como um direito social, inerente à condição da cidadania (Paim, 2009, p.51).

De acordo com Correia (2008), a participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos – , acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de

governo, e através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde). Sendo assim, controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população

Para Carvalho (2007), o enfoque no controle social deve ser mudado. Deve se enfatizar o termo-mãe Participação da Comunidade, como consta na CF/88 e na Lei Orgânica da Saúde – LOS (8080/90). Este termo tem conteúdo muito mais amplo, abrangente e profundo que o de simples controle social, o qual trata apenas de uma das funções da participação. Ainda segundo o autor, o termo controle social não existe na legislação geral e nem do SUS, onde se fala em participação popular e em participação da comunidade, com o objetivo de democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde.

A participação da comunidade na saúde, preceito constitucional, precisa ser proposta, estimulada e garantida pelos dirigentes de saúde nas três esferas de gestão. Ela é um direito de cidadania, e tudo começa no primeiro artigo da CF/88, em seu parágrafo único: Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente.

Segundo Carvalho (2007), a participação comunitária no SUS deve ser encarada como prioridade, pois, o conceito é bem mais amplo que o de fazer apenas o controle social. A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde. Toda a formulação de estratégias de saúde precisa passar pelo Conselho. Todo o Plano de Saúde tem que passar pelo Conselho. No conselho a comunidade participa prepositivamente contribuindo e aprovando o Plano de Saúde.

A participação da comunidade no SUS é considerada umas das formas mais avançadas de democracia, pois confere uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil, de modo que as decisões relacionadas na área da saúde deverão ser dialogadas e negociadas com os representantes da sociedade, de maneira que atendam às demandas da comunidade. Já que os representantes da comunidade são aqueles que conhecem as reais necessidades de saúde que afetam a população.

A participação da comunidade nas diversas instâncias ligadas a área de saúde (conselhos e conferências), foi um dos eixos dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi institucionalizada pela Lei 8.142/90, que prevê a atuação

compartilhada entre gestão e sociedade no processo de construção da política pública de saúde.

A participação popular na gestão do SUS está prevista no artigo 198 da CF/88, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Criou as instâncias deliberativas na organização e funcionamento das políticas públicas, denominadas de Conselhos e Conferências de Saúde, cuja composição prevê usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços. Segundo Paim (2009):

No caso brasileiro, a participação da comunidade era, também, um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e práticas de saúde desde os governos militares, criando espaços para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS. Assim, a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde (PAIM, 2009, p. 51).

A Lei 8.142/90 regulamenta a participação popular na gestão da saúde, ela acontece nas conferências de saúde que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e nos conselhos que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativas em todas as esferas de gestão, de composição paritária entre os representantes de usuários/sociedade civil organizada (50%), representantes dos trabalhadores da saúde (25%) e representantes dos prestadores de saúde público e privados (25%), com o objetivo de propor, formular, fiscalizar e monitorar as ações do governo.

A participação com seus limites e possibilidades aponta caminhos, pois cidadãos ativos, na esfera pública e nos espaços institucionalizados de participação, como os movimentos sociais, as ONGs, os conselhos, as conferências, os fóruns são capazes de oferecer resistência ao autoritarismo e podem influenciar na formulação de políticas pública mais eficazes no combate às desigualdades sociais. A participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com seus limites e possibilidades, é de grande relevância social e política. É necessário cada vez mais priorizar a gestão participativa como caminho viável para a democratização e partilha do poder na gestão da saúde.

De acordo com Gohn (2010), a importância da participação da sociedade civil se faz não apenas para ocupar espaços nas novas esferas públicas, antes dominadas por representantes de interesses econômicos, enclavados no Estado e seus aparelhos. A importância se faz para democratizar a gestão da coisa pública, para se ter controle social e inverter as prioridades das administrações no sentido de políticas que atendam não apenas às questões emergenciais, mas políticas que contemplem o crescimento econômico com o

desenvolvimento autossustentável das populações atendidas, assim como respeitem os direitos dos cidadãos e cidadãs.

3.2. Conselhos e Conferências: Instâncias de Participação Popular no SUS

A história nos apresenta diversas experiências de conselhos como instrumento de gestão pública ou como forma de organização da sociedade civil, os mais conhecidos foram: a Comuna de Paris, os conselhos soviéticos russos, os conselhos de operários de Turim, os conselhos na Alemanha, dentre outros. No Brasil, as experiências com os conselhos vêm desde o tempo do império. Nos anos 1970 foram criados os conselhos comunitários pelo poder público para mediar sua relação com os movimentos e organizações populares; no final dos anos 70, e parte dos anos 80, os conselhos populares criados por iniciativa da sociedade civil visando estabelecer negociação com o poder público, além do controle sobre recursos e instituições; nos anos 90 os conselhos gestores.

Na década de 1980, período marcado pela democratização do país em uma conjuntura de forte pressão política, muito se discutia a respeito da ineficácia dos serviços prestados pelos governos e a necessidade de a sociedade civil participar da definição desses serviços, de modo que eles atendessem suas reais necessidades. As várias iniciativas de conselhos populares surgem como mecanismo de luta e de organização popular na busca por melhores condições de vida e de oposição ao regime ditatorial. Os conselhos populares de saúde, neste período, foram aqueles que mais se destacaram e deram base para o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Já os anos 1990, a grande novidade foi a institucionalização dos conselhos gestores, fruto das grandes mobilizações sociais e do anseio popular que marcaram a década de 1980 pela redemocratização do país.

Costa e Vieira (2013) consideram que foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que o então Ministro da Saúde, Roberto Santos, afirma que a participação social vem em resposta “a concentração de poder político, econômico e administrativo” de governos anteriores, acentuando as expectativas em seu discurso das futuras mudanças que viriam na ordem jurídico legal, proporcionada pela assembleia constituinte, após a prolongada permanência dos militares no poder.

A década de 90 se caracterizou pelo debate sobre a participação popular, na perspectiva de controle social sobre as ações do Estado. Os conselhos gestores estão inscritos na CF/88, têm o papel de ser instrumentos de interlocução na relação sociedade civil e Estado.

A Constituição Cidadã adotou como princípio geral à cidadania e estabeleceu instrumentos para seu exercício através da democracia participativa. Assim, a participação e o controle social da política, passam a ser questão de princípios, deveres constitucionais, e não apenas opção política de um ou outro governo e devem se dar por meio dos conselhos e das conferências.

Segundo Gohn, 2006, os conselhos como forma de gestão pública não é uma novidade, eles já vêm de longas datas e são tão antigos como a própria democracia participativa. Eles são um instrumento de exercício da democracia e de gestão pública. Para os liberais são pensados como mecanismo de colaboração e, para esquerda, como possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder.

Os conselhos de políticas são espaços de composição paritária, onde representantes do Estado e da sociedade civil encontram-se para dialogar demandas, estabelecer acordos, estipular normas e regras, negociar o formato das políticas públicas e controlar sua implementação e seus resultados. São, portanto, ao mesmo tempo, espaços de deliberação, normatização e controle de políticas públicas.

Os conselhos surgem com a perspectiva de aproximar a sociedade civil das decisões do Estado, atuar diretamente no planejamento e execução das políticas públicas, de maneira que atenda às necessidades da população e a transparência nos gastos públicos. A participação cidadã nos espaços institucionais atuando no planejamento, execução, controle e fiscalização, provocaria um tensionamento e mudança na relação do Estado com a sociedade civil, tornando-as mais responsáveis e transparentes. Ao mesmo tempo que essa participação atuaria de forma educacional para o exercício da cidadania (TATAGIBA, 2002).

Sendo assim, os conselhos são espaços públicos onde Estado e sociedade civil compartilham o poder de decisão acerca de questões que afetam diretamente a vida das pessoas, influenciando as decisões, ações do governo, fiscalizando e controlando. Portanto, a participação tanto da sociedade quanto do governo, nos conselhos, visa compartilhar decisões sobre a política e acompanhar a execução dessas decisões.

Com a criação dos conselhos de gestão das políticas públicas se inscreve um novo modelo na relação entre Estado e sociedade, porque eles garantem a participação da população na formulação, planejamento e execução das políticas públicas e favorecem o acesso da comunidade nos espaços públicos de controle social. São instâncias colegiadas fundamentais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais. Para Gohn (2006), os conselhos gestores trata-se de um novo padrão de relações entre Estado e

sociedade, porque eles viabilizam a participação de segmentos sociais e possibilitam à população o acesso aos espaços em que se tomam as decisões políticas.

De acordo com Tatagiba (2002), na trajetória brasileira temos alguns formatos de Conselhos como: os Conselhos de Programas, destinados a acompanhar determinados programas do governo federal; os Conselhos Temáticos, não estão previstos na lei, mas são vinculados a temas ou ideais, de setores específicos, são de iniciativas locais. Os Conselhos de Políticas, previstos em legislação nacional, ligados as políticas públicas estruturadas e concretizadas em sistemas nacionais, com atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e implementação das políticas na respectiva esfera de governo. Dizem respeito à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia do exercício desses direitos. São os Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Educação, de Direitos da Criança e do Adolescente.

Na área da saúde estes espaços de participação se configuraram nos conselhos e nas conferências. A concretização destes espaços se deu a partir da promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990 (Lei 8.080/90), onde os conselhos foram instituídos nas três esferas de governo. Passando a atuar no processo de deliberação, planejamento e execução da política de saúde. A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e a participação popular pode se dar de duas formas: nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde.

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado (CNS, 2013).

Segundo Correia (2008), vale destacar o aspecto contraditório desses mecanismos de participação institucionalizados na área da Saúde, pois, apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas, também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia.

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas com objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo, devem ser convocadas a cada quatro anos. Segundo Paim (2009), não cabe a conferência formular políticas, mas sim propor as diretrizes para a formulação, com base na

análise da situação de saúde e compete aos governos democraticamente eleitos formular as políticas de saúde.

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, composto por governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. O Conselho de Saúde não é responsável pela gestão ou prestação dos serviços, sendo competência exclusiva dos gestores públicos, ao conselho compete fazer a apreciação dos atos da gestão através dos planos, programas, orçamentos e fiscalizar a execução dos serviços de saúde prestados à população. Sendo assim, é importante que o conselho na sua interação com o gestor público tenha bem claro a diferença de papéis de cada um: ao gestor cabe a execução das ações que darão a efetividade da política e ao conselho cabe propor, acompanhar e fiscalizar a execução dessas ações.

O Conselho de Saúde, por se tratar de um órgão permanente, a sua criação é prevista na forma de lei federal, estadual, distrital ou municipal, a Resolução do CNS 453/2012 que substituiu a resolução 333/2003 define as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Com relação a sua composição, o conselho de saúde é aquele que mais se distingue dos demais conselhos que prevê a representação paritária dos usuários em relação ao número dos outros segmentos. Os representantes da sociedade civil que compõe o conselho são escolhidos por seus representantes em fóruns específicos. As reuniões do conselho são públicas e abertas para a comunidade que tem direito a voz, mas, não tem direito a voto. O conselho deve elaborar seu regimento interno que regule as normativas para o funcionamento. A função de conselheiro é considerada de relevância pública, portanto, sua atuação enquanto conselheiro não deve ser remunerada. As decisões tomadas pelo conselho são transformadas em Resolução e publicada no Diário Oficial, que apontará as considerações do debate e a decisão do Conselho.

Os conselhos gestores de políticas públicas são, portanto, espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais (...) A competência legal de deliberar sobre políticas públicas é a principal força dos conselhos enquanto espaços potencialmente capazes de induzir à reforma democrática do Estado (TATAGIBA, 2002).

A grande novidade introduzida pelos conselhos gestores de política pública, portanto, é o seu caráter deliberativo e a sua dimensão política institucional, ou seja, eles são criados por lei específica e fazem parte do sistema que regula a política pública. Portanto, além de serem espaços de participação, os conselhos são espaços de decisão política acerca da gestão de políticas públicas, suas decisões giram em torno da gestão de bens públicos, do estabelecimento de diretrizes e estratégias de ação, das definições de prioridades, da regulação e normatização das ações de determinada área de política pública.

Nesse sentido, os conselhos gestores de política pública são importantes colaboradores no processo de democratização do Estado. Vários estudos já realizados apontam as diversas potencialidades desses espaços de participação popular, como a possibilidade de compartilhamento do poder entre governo e sociedade civil e a descentralização de poder nas tomadas de decisões.

4. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-narrativo, com abordagem qualitativa, no qual foi realizado um relato de experiência da pesquisadora-narradora sobre a participação popular no Conselho Municipal de Saúde de Camaçari, no sentido de gerar conhecimento sobre o objeto de estudo, trilhar novos caminhos que possibilite fazer descobertas, encontrar novos significados a respeito da temática estudada, discutir e avaliar alternativas ou confirmar o que já é conhecido, reconhecendo o conhecimento como algo não acabado, ou seja, como uma construção que se faz e se refaz continuamente, pois o sujeito pesquisador-observador-narrador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado.

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se como fonte de informação um conjunto de estudos voltados à compreensão da participação popular e controle social; bem como a memória da pesquisadora-narradora. A pesquisa bibliográfica, que analisou estes estudos em sua maioria, sob a forma de artigos, teses ou dissertações relacionadas com a temática da participação popular nos conselhos, de modo específico na área de saúde. A revisão bibliográfica realizada sobre a temática possibilitou o aprofundamento teórico e a construção argumentativa de questões relevantes para o desenvolvimento do trabalho. Além da pesquisa bibliográfica, também foi realizada análise documental e observação não participante (interrompida devido a situação de Covid 19).

A composição deste estudo em forma de relato de experiência memorial-narrativo se deu em virtude da situação de emergência em saúde pública provocada pela pandemia do Covid-19 que perdura até os dias atuais, e interferiu de forma direta no desenvolvimento das atividades do objeto de estudo, o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari/BA.

O memorial, por ser um documento narrativo, interpretativo e científico que descreve as lembranças, memórias da trajetória de vida pessoal, social, cultural e profissional de quem o escreve se tornou a técnica mais adequada para a conclusão da pesquisa. Trata-se de uma proposta interessante sem perder a cientificidade do estudo, poder escrever a partir das percepções, vivências e da memória da pesquisadora, contendo aspectos reflexivos e narrativos, analíticos e críticos que a pesquisa exige.

Nesse sentido, este relato de experiência traz para o concreto as constatações, percepções e observações vivenciadas pela pesquisadora nos processos de discussão no CMS com relação a participação popular e a gestão da política pública de saúde. De acordo com Abrahão (2003), nesta tradição de pesquisa a pesquisadora não pretende estabelecer

generalizações estatísticas, mas, sim compreender o fenômeno em estudo, o que lhe pode até permitir uma generalização analítica.

Tenho consciência das limitações que esse tipo de estudo apresenta. Tendo como fonte exclusiva de informação estudos já realizados que abordam a temática da participação popular nos conselhos gestores de políticas públicas e a memória da experiência da pesquisadora. Não é um amontoado de informações, é um estudo com um jeito diferente, carregado de memória que permearam a caminhada da pesquisadora-narradora nos espaços de participação comunitária.

Repensar e refletir sobre as vivências/experiências, nos permiti falar e compreender os mistérios da nossa construção histórica e dos processos que giram em torno da nossa formação enquanto indivíduos que não estão sozinhos no universo e vivem em sociedade. Ver com os olhos do tempo, abrir as janelas, visualizar e narrar o que já vivemos é um exercício de dialogar com o passado e o presente; e centrarmos nosso olhar no futuro. Como afirma Abrahão (2011), as narrativas não são apenas um constructo individual, elas adquirem real significado quando situadas no contexto histórico, sócio, político, econômico e cultural. Pois bem, vamos abrir a janela da memória e do tempo no Conselho Municipal de Saúde de Camaçari e da árvore que chora, a partir da vivência e memória da pesquisadora-narradora, numa escala temporal que se inicia nos anos 1990 e viaja até nossos dias.

5. Resultados Do Estudo: Caminhos No Conselho Municipal De Saúde De Camaçari

Algumas experiências vividas no campo da participação popular em movimentos sociais, associações, organizações do terceiro setor e conselhos de políticas públicas, atizaram o desejo da pesquisadora pela narrativa da sua vivência nestes movimentos significativos, que produziram e produzem aprendizagens, conhecimento, limites, possibilidades e perspectivas no exercício da participação comunitária e cidadã. Com enfoque nos caminhos da participação no Conselho Municipal de Saúde.

Sendo assim, para melhor entendimento da situação da participação popular em Camaçari, algumas das particularidades narradas são da percepção e vivência da pesquisadora. Portanto, este capítulo se propõe em apresentar a importância da participação popular no Conselho Municipal de Saúde Camaçari (CMS), seu processo histórico, de formação e mobilização comunitária no fortalecimento da política pública de saúde, objeto da presente pesquisa.

O resultado do estudo, está organizado em cinco partes. A primeira é a janela da memória que traz em linhas gerais um panorama do município. A segunda parte apresenta o contexto histórico, sócio, econômico e político do município. A terceira faz um relato do processo de mobilização e participação popular de Camaçari. O quarto item apresenta a situação de saúde do município. A quinta parte apresenta o processo de formação, limites e possibilidades do CMS no fortalecimento da política pública de saúde.

5.1. Janela da Memória da Árvore que Chora: Camaçari

A nossa vida é constituída de fatos passados que marcam o presente e nos fazem vislumbrar o futuro, mergulhar no passado, rebuscar na memória elementos importantes sobre a nossa adolescência, juventude, vida adulta e a militância nos movimentos sociais, religioso e sindical, bem como na vida em sociedade é uma viagem instigante, afinal tudo se inicia quando minha família migrou para Camaçari.

De origem tupi-guarani, Camaçari significa a árvore que chora, em virtude das gotas de orvalho que cobria a copa da árvore, a cidade mudou toda sua trajetória de uma cidade pacata e de veraneio, devido as suas fontes de águas hidrominerais, para se transformar na cidade industrial, gerando mudanças significativas no seu desenvolvimento social, político, econômico e cultural. Camaçari até hoje apresenta características da mistura de culturas

indígena, portuguesa e africana que lhe deram origem, seja no nome ou na preservação de manifestações culturais. É importante sinalizar que até meados dos anos 1970, Camaçari era uma cidade de pequeno porte com uma população de pouco mais de 30 mil habitantes, sua economia baseada na atividade agrícola, de comércio e serviços.

A árvore que chora, pode ser de felicidade ou de tristeza, a partir do final dos anos 1970 e toda a década de 1980, passa por um grande momento de transformação, torna-se o grande eldorado do país e do Nordeste com a instalação do maior complexo industrial integrado do hemisfério Sul. Na década de 90 uma nova onda de transformação, a implantação do polo automotivo e de pneus, chefiados pela montadora de automóveis Ford. Camaçari – a árvore que chora, passou a sofrer os problemas gerados pelo acelerado desenvolvimento industrial e econômico promovidos pela instalação dos polos petroquímico e automotivo.

Devido ao crescimento econômico ocorrido com a chegada do polo petroquímico na década de 70 e 80 ocorreu um crescimento populacional, devido ao fluxo migratório das famílias que chegavam à cidade em busca de emprego e melhor qualidade de vida. As pessoas que chegaram à procura de emprego, muitas não tiveram suas expectativas atendidas e foram ficando no município por não terem condições de retornar as suas cidades e Estados de origem, surgindo a partir daí os grandes problemas de ordem social, principalmente nas áreas de educação, saúde, transporte e moradia.

Como parte deste fluxo migratório, chegamos na cidade no ano de 1980. Ano de grande efervescência de lutas sociais e de abertura política no país e na cidade. Um fato importante e que marcou de forma significativa minha vida e inserção nos movimentos sociais, filha de mãe católica, claro que o primeiro local de encontro que se pensa em frequentar é a Igreja e aí vem a referência “o padre da igreja é vermelho”, adolescente, a princípio não entendi, com o passar do tempo foi ficando óbvio. O padre Paulo Maria Tonucci, de origem italiana, nutrido pela práxis do Nazareno e provavelmente pelos escritos de Gramsci, Karl Marx, Eduardo Galeano e da Teologia da Libertação, já que estes faziam parte da biblioteca paroquial, todos devidamente encapados com papel craft, afinal estávamos ainda na ditadura em uma cidade administrada por um militar do exército, tinha o hábito de dialogar com as questões sociais que afetavam a vida do povo com as reflexões do evangelho. Que o tornou persona non grata por muitos e admirado por outros.

Esteve presente em várias frente de lutas por melhores condições de vida e por serviços públicos (saúde, educação, moradia, saneamento). Os movimentos sociais contaram muito com o apoio do padre Paulo Tonucci e da Igreja Católica, que incentivou o trabalho

social e popular através das Comunidades Eclesiais de Base – CEBs e pastorais sociais da Igreja, onde iniciei minha militância na Pastoral da Juventude do Meio Popular.

Com relação a trajetória político, administrativa e partidária no município, podemos citar alguns fatos marcantes. A década de 70, foi marcada pelo período da ditadura militar e da instalação do polo petroquímico, o município era considerado área de segurança nacional, o prefeito nomeado pelos generais e foram 11 anos de governo autoritário.

Na década de 80, com a redemocratização do país, o grande marco na história do município, foi a eleição direta para prefeito em 1985, onde foi eleito um representante de partido de esquerda, Luís Caetano (1985-1988 pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro/PMDB).

Os anos 90 foi marcado pela instalação do complexo automotivo e de pneus, chefiados pela montadora de automóveis Ford, o município mais uma vez passa por processo de transformação sócio, político, econômico e cultural.

Os anos 2000 consagra-se com o retorno da esquerda na administração da cidade e, em três eleições consecutivas, colocaram no poder um partido de esquerda, 2005-2008/2009-2012/2013-2016, o Partido dos Trabalhadores (PT). Partido alinhado com ideários progressistas de desenvolvimento com inclusão e participação social.

O Partido dos Trabalhadores (PT) com uma trajetória de esquerda e com experiências exitosas em âmbito nacional com a implantação de recursos de gestão democrática, como o orçamento participativo, marcou a gestão quando em 2005 aposta num modelo de cogestão, baseado na participação popular, no planejamento participativo através dos conselhos gestores, conselhos municipais, conselhos locais e de orçamento participativo como instrumentos do modo petista de governar e legislar.

De acordo Teixeira (2000), o Partido dos Trabalhadores tem uma marca de organização de suas gestões no executivo com as experiências de conselhos populares participativos. Com a eleição de 1988, em que algumas prefeituras passaram ao controle de partidos, como o PT, a discussão se acirra, inclusive, internamente, envolvendo questões com a natureza dos conselhos, a competência, a composição, a iniciativa de criação e a relação com o Estado.

A participação da sociedade civil organizada foi de fundamental importância no processo de redemocratização e abertura política do país. A implementação da maioria das políticas públicas, bem como de serviços em todas as áreas, ampliando o atendimento à população, de modo particular, os empobrecidos, foram em grande parte, fruto das lutas de diferentes movimentos sociais por melhorias nas condições de vida.

Em Camaçari também não foi diferente, podemos dizer que as lutas sociais e populares nascem junto com a criação do Município e as suas características culturais com os povos tradicionais/indígenas, as comunidades remanescentes de quilombolas e as comunidades de pescadores, com grande movimentação com associações de moradores, associações beneficentes, grupos de mães, creches/escolas comunitárias, manifestações religiosas, manifestações culturais e formação de sindicatos, a partir do polo petroquímico.

5.2. Camaçari: As Metamorfoses da Árvore que Chora

Partindo do princípio que as características de um local e de sua população geralmente refletem e explicam as escolhas feitas pelos indivíduos, assim como os processos sociais que neles se desenvolvem. Nessa perspectiva faremos uma breve narrativa sobre o município de Camaçari, local de morada da pesquisadora, ativista, militante e trabalhadora do SUS, com destaque para os aspectos socioeconômicos, a organização social e a participação popular.

O município de Camaçari é um dos 13 municípios que compõe a Região Metropolitana de Salvador (RMS), região economicamente mais importante do Estado. Está localizado a 40 km de Salvador, capital do estado da Bahia. Segundo Cunha (2008), a região metropolitana de Salvador ocupa uma posição de destaque no cenário metropolitano nacional, sendo a 8ª região metropolitana brasileira em população. O crescimento econômico, urbano e populacional da região metropolitana de Salvador, ocorreu nos anos 50 em virtude da descoberta e exploração de petróleo no Recôncavo Baiano. No município de Camaçari o fluxo migratório e o crescimento populacional, ocorreu principalmente pela estruturação das atividades industriais que marcaram os anos 1970 e 1990.

Atualmente compõe a RMS os seguintes municípios: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Salvador, Simões Filho e Vera Cruz.

Figura 01: Mapa da Localização da Região Metropolitana de Salvador

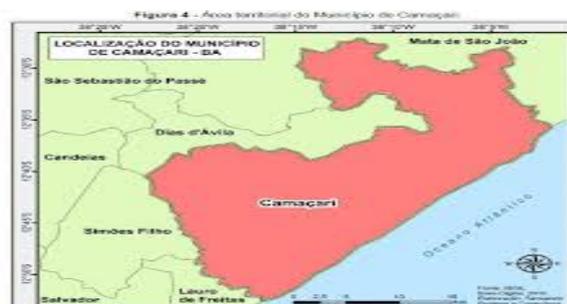


As transformações na composição da população, na definição das condições socioeconômicas e no uso do território do município se inicia na década de 70, com a criação do Polo Petroquímico de Camaçari e a chegada das indústrias químicas e petroquímicas. A implantação do Complexo Petroquímico de Camaçari (COPEC) não só impulsionou o crescimento da economia local, como modificou a situação da economia regional, tornando-se essencial para o desenvolvimento da Bahia e do Nordeste. A cidade despontou como o novo eldorado e atraiu pessoas de várias partes do país e do interior do Estado na busca do tão sonhado emprego e da melhoria na qualidade de vida. Muitos ficaram no meio de caminho e não conseguiram pisar no chão das fábricas devido à baixa escolaridade e qualificação profissional.

Camaçari, a árvore que chora, vê a história se repetir com a criação do polo automotivo chefiado pela montadora de automóveis FORD na década de 1990. A cidade recebeu, nesse processo, diversos grupos populacionais que chegaram em busca de oportunidades de empregos e melhores condições de vida. O crescimento populacional gerado pela oferta de trabalho, a ocupação irregular levou a construção de um ambiente marcado por fortes diferenças socioeconômicas gerando impactos significativos sob os recursos naturais e a estrutura de oferta dos serviços públicos básicos, como transporte, moradia, saneamento, educação e saúde.

O município de Camaçari tem uma área de 784,7 km², a cidade é a mais extensa da Região Metropolitana de Salvador (RMS), faz divisa ao norte com os municípios de Mata de São João e Dias D'Ávila; ao sul com Lauro de Freitas; a oeste com Simões Filho e a leste são 42 km de faixa costeira banhados pelo Oceano Atlântico, a maior faixa litorânea da Bahia.

Figura 02: Mapa da Localização do Município de Camaçari



Fonte: www.camacari.ba.gob.br/acessadoemdejulho 2021

O primeiro grupo de habitantes que deu origem ao município abrangia terras ocupadas por indígenas e aldeados pelos jesuítas. Com o objetivo de catequizar os índios, em 1558

fundaram a aldeia do Divino Espírito Santo e construíram a primeira igreja na localidade. A Igreja do Divino Espírito Santo compõe o marco histórico da cidade e recentemente foi tombada como Patrimônio Histórico do Município. O município é composto por três (03) distritos: Camaçari (sede), Abrantes e Monte Gordo

Camaçari, em termos populacionais, é a segunda maior população da RMS e a quarta do Estado da Bahia (depois de Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista), com uma população de 242.970 (IBGE, 2010) habitantes e uma estimativa de 304.302 (IBGE, 2019) habitantes em 2020, apresentando IDH-M/2010 0,694 (4º maior da RMS atrás de Salvador, Lauro de Freitas e Madre de Deus). É importante sinalizar que o crescimento urbano e populacional no município aumentou consideravelmente entre as décadas de 1970 e 1980, período da instalação do COPEC e início do processo de industrialização de Camaçari, e logo em seguida nos anos 1990 e 2000 com a instalação de novas plantas operacionais.

Em relação ao PIB, dados indicam R\$ 81.105,66 per capita (IBGE, 2018), é a segunda maior economia do Estado, produziu R\$ 23,8 bilhões em riquezas, o que representa 8,32% de participação no Produto Interno Bruto (PIB) do estado (depois de Salvador, sendo também o 6º maior da Região Nordeste e o 33º maior do País).

Camaçari é sede do maior complexo industrial integrado do hemisfério Sul, abriga os polos Químico, Petroquímico, Plástico e Automotivo, com destaque para empresas do porte da Braskem (3ª companhia privada do país); Continental, Bridgestone Firestone (líderes na produção de pneus), a Ford (montadora de automóveis) e outras. A Ford, única montadora de automóveis do Norte/Nordeste, após 20 anos de isenção fiscal em pleno ano pandêmico, de crise econômica, política e sanitária, encerrou suas atividades no município no início de janeiro de 2021. Decisão que irá impactar mais uma vez em mudanças no quadro socioeconômico e na prestação de serviços básicos no município, principalmente nas áreas de educação e saúde.

Herança das culturas negra, indígena e portuguesa, o município apresenta inúmeras manifestações culturais, festas populares e religiosas, tais como: boi reisado, boi mirim, boi janeiro de Parafuso, marujada, chegança, samba de roda, maculelê, capoeira, puxada de rede, lavagens e festas de padroeiros (santos da igreja católica) nas diversas localidades do município. Camaçari também possui três (03) Áreas de Proteção Ambiental (APAs): APA do Rio Capivara, APA Lagoas de Guarajuba e APA Joanes-Ipitanga.

A cidade se destaca pelo grande potencial econômico e com gritantes contradições sociais. É importante destacar que existe um distanciamento entre o crescimento econômico da cidade e o desenvolvimento da cidade, principalmente ao acesso aos serviços públicos de

qualidade para toda a população. A orla e a zona rural do município de Camaçari destacam-se por um cenário de desigualdade e injustiça social com acentuação da exclusão territorial.

Devido à proximidade com a capital baiana, aos seus 42 quilômetros de orla e belas praias; e também aos grandes conglomerados hoteleiros instalados no Litoral Norte da Bahia, a cidade tem atraído empresas ligadas no ramo de turismo e hotelaria.

Outro dado importante a destacar é que a população do município está envelhecendo, de acordo com o IBGE (2019), entre 1991 e 2010 a faixa etária entre 60 anos acima cresceu de 3,1% para 5,9%. São aspectos que necessitam ser considerados para o planejamento da política pública de saúde, pois fazem parte dos determinantes sociais de saúde que influenciam na qualidade da saúde e sinalizam como e onde os serviços devem estar organizados.

Entre os serviços públicos básicos prestados no município que mais impactam na política de saúde, destacamos que aproximadamente 98% da população tem abastecimento de água potável. A coleta de lixo se aproxima a quase 100% da população e aproximadamente 64,8% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado.

Na educação, a rede municipal possui 102 instituições de ensino fundamental, 11 instituições de ensino médio, 01 Instituto Federal da Bahia (IFBA). Em relação ao ensino superior, o município conta com 01 campus da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), 01 campus da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e uma instituição privada, a Faculdade Metropolitana de Camaçari (FAMEC). De acordo com os dados do IBGE (2019), como resultado da oferta de educação básica pelo município, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi de 5,1 nos anos iniciais, e 4,2 para os anos finais.

Camaçari fez sua travessia de cidade pacata para cidade industrial, passando por períodos bem marcantes que modificaram toda a sua configuração social, econômica, cultural e política. Nos anos 70, a instalação do polo petroquímico; ainda nos anos 70, uma administração militar com forte poder de concentração sobre as decisões afetas ao desenvolvimento da cidade; nos anos 80, o processo de redemocratização do país, fim do governo militar e eleição de um partido de esquerda para governar a cidade; nos anos 90, a implantação do polo automotivo e de pneus com destaque para a montadora de automóveis Ford; ano 2005, eleito o representante do Partido dos Trabalhadores para administrar o município; 2020, em pleno ano pandêmico encerramento das atividades da Ford e da maioria das empresas que formam o complexo da montadora na cidade gerando um novo ciclo de transformações que irá impactar de forma direta na prestação dos serviços públicos como saúde, educação e assistência social.

5.3. Camaçari e o Processo de Construção Cidadã: Narrativas da Participação Social

Como já mencionado, a escolha do município de Camaçari, como local de desenvolvimento dessa pesquisa, se justifica por ser onde se deu as experiências e vivências da pesquisadora em movimentos sociais, em conselhos e outros espaços de participação. Vale ressaltar ainda que tal escolha também ocorreu devido a trajetória da pesquisadora em diversas experiências de participação e de formação junto aos movimentos populares de saúde, de educação e sindical.

Oriunda das CEBs e pastorais sociais da igreja católica (PJMP, JOC, Pastoral da Saúde e da Criança), também com participação no movimento sindical, logo construí minha trajetória como assistente social no movimento de luta em defesa da educação infantil e da saúde, participando da Associação de Agentes Comunitários de Saúde, do Grupo de Saúde de Volta as Nossas Raízes, da Associação Paulo Tonucci (APITO) e do Coletivo das Escolas e Creches Comunitárias de Camaçari. Participamos dos conselhos gestores de políticas públicas como representante não governamental no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e no Conselho Municipal de Saúde de Camaçari (CMS).

O histórico político brasileiro é marcado por uma relação de distanciamento entre a sociedade civil e o Estado. Durante o período da ditadura militar, todo e qualquer tipo de participação popular nos espaços públicos de discussão e decisão não era permitida, seja de forma individual ou coletiva. Ainda assim, nos anos 70 e 80, os movimentos sociais não deixaram de atuar mesmo que fosse na clandestinidade e na luta pela redemocratização do país, pela anistia, pela liberdade de expressão, se posicionando contrários ao regime autoritário e na busca da transformação socioeconômica e política. Foram várias manifestações na luta pela redemocratização com justiça social, de forma a priorizar a defesa de direitos sociais, econômicos e culturais como direito das minorias, assim como se buscou repensar o modelo de desenvolvimento com base na superação das desigualdades.

Neste período, os movimentos sociais da cidade também pediam eleições diretas para prefeito já que este era indicado pelos militares por se tratar de uma cidade considerada de segurança nacional.

Segundo Correia (2003), a relação do Estado com os movimentos sociais vai mudando na década de 80, de um lado o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas, e de outro lado, os movimentos sociais presentes na sociedade civil admitem negociar com o Estado rompendo

a posição “de costas para o Estado”. Nesta perspectiva, os movimentos sociais admitem uma interação com o Estado, este é permeado por contradições das lutas políticas entre as classes sociais, podendo incorporar as demandas das classes populares ao implementar políticas públicas.

Desde a instalação do polo petroquímico, o município era governado pelo mesmo grupo político com governos marcados por péssimas condições de acesso a serviços públicos, centralizador e com pouco diálogo com os movimentos sociais.

Vale destacar, a Igreja Católica, inspirada na Teologia da Libertação que tanto contribuiu para o resgate dos direitos políticos, humanos, sociais e da cidadania do povo brasileiro e latino-americano. Presença marcante na luta contra a ditadura militar e pela redemocratização do país, também com forte atuação em Camaçari nos anos 80 e 90, contribuindo de forma direta através do trabalho das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), das pastorais sociais e da educação popular para a redução dos danos sociais gerados pela instalação do polo petroquímico e da montadora de automóveis FORD. Além das várias iniciativas de trabalho popular junto as comunidades para o exercício da cidadania e maior envolvimento dos cidadãos e cidadãs nos processos participativos e decisórios na sociedade.

Como parte integrante do fluxo migratório que se instalou no município nos anos 80, a porta de entrada da pesquisadora-narradora nas lutas democráticas e de mobilização popular foi a igreja católica, com destaque para duas pastorais neste período: a JOC (Juventude Operária Católica), a responsável por aguçar o olhar crítico da realidade, reconhecer e compreender os interesses e conflitos que compõem o mundo do trabalho dos jovens operários da cidade industrial. A PJMP (Pastoral da Juventude do Meio Popular), com o objetivo de estimular a construção coletiva, valorizar as diferentes contribuições e saberes dos jovens da cidade e daqueles vindos dos vários rincões do país acompanhados de suas famílias, na tentativa de se inserirem no mercado formal de trabalho.

Nossa militância nas lutas populares, se deu na PJMP que agregava jovens oriundos das Comunidades Eclesiais de Base, do movimento estudantil e outras organizações, jovens empregados e desempregados que alargavam sua atuação inserindo-se nos movimentos sociais e nas lutas populares por moradia, transporte, saúde, educação, trabalho e lazer.

A PJMP propiciava aos jovens momentos de formação, de diálogo e troca de experiência, para construir um projeto político e de vida em abundância para os jovens da cidade. Os jovens foram grandes idealizadores de estratégias de comunicação para atrair o público para as questões sociais que afetavam o município, dentre elas podemos citar a encenação nas praças e igreja do poema Operário em Construção, de Vinicius de Moraes.

Foram também grandes mobilizadores na luta por moradia, destaque para a ocupação de uma área urbana denominada bairro de Fátima, onde as ruas foram nomeadas por personalidades e locais que fizeram parte da história do povo oprimido (Rua Emiliano Zapata, Maria Meire, Chico Mendes, Paranapanema etc.), hoje atual bairro da Nova Vitória.

Neste período, a jovem operária de uma indústria de plástico, localizada no polo petroquímico, encontrou na militância pastoral e nas lutas populares da cidade o grande combustível para não adoecer mentalmente e fisicamente em um trabalho mecânico e repetitivo, como bem apresentado no filme *Tempos Modernos*, de Charles Chaplin. Fazer parte da militância pastoral foi uma experiência rica e proveitosa.

Parafraseando Gilberto Gil, a CEBs inspiradas na Teologia da Libertação foi quem me deu régua e compasso para o envolvimento com os movimentos sociais, sindical e de participação nos espaços públicos de decisão da política pública, e consequentemente vinculação partidária com o Partido dos Trabalhadores. Segundo Boff (2018), as Comunidades Eclesiais de Base não entraram no PT, as CEBs fundaram as células do PT e grupos como instrumentos para a realização do sonho do governo que cuida de seu povo, onde o povo é chamado a discutir e decidir junto com seus representantes o que é melhor para o país.

A influência da Igreja Católica, na pessoa do Pe. Paulo Tonucci, como já vimos, era muito forte na cidade, sempre procurou aglutinar o maior número de pessoas e movimentos sociais para as lutas populares. Camaçari, por ser um município de base industrial, a forma de organização dos trabalhadores é em sindicatos, destes o padre se aproximou para fazer do 1º de maio dia dos Trabalhadores e Trabalhadoras uma atividade conjunta que congregasse os movimentos sociais, religioso e sindical. Era um dia para se refletir sobre as questões do mundo do trabalho e do Cristo operário e trabalhador, marcado pela manifestação das lideranças sindicais, dos trabalhadores e trabalhadoras; e culminava com a celebração da missa campal na Praça da Igreja Matriz (Desembargador Montenegro). A partir dessas mobilizações para a construção do ato celebrativo, nos aproximamos do movimento sindical e do Partido dos Trabalhadores. Vale lembrar, para além do movimento sindical e religioso, a cidade apresenta outras formas de organização da sociedade civil.

Segundo Cunha (2008), a partir de um levantamento feito pela UOSCC (União das Organizações Sociais e Culturais de Camaçari) relata que o município conta com diversas entidades da sociedade civil que se dividiam em: cooperativas, fundações, sociedades beneficentes, associações de moradores, associações culturais, comunitárias e grupos

produtivos. Muitas instituições, embora existam oficialmente, em sua maioria estão inativas sem inserção nos espaços públicos de decisão do município.

Nos anos 90, com a nova política de distribuição e gestão de recursos públicos, em parceria com as organizações sociais implementada pelo governo Fernando Henrique Cardoso, muitas organizações surgem com o intuito de pleitear esse tipo de parceria, mas, nem todas dispõem de quadro e capacidade técnica. Essas organizações quando não conseguem ver suas demandas atendidas, no caso específico, a parceria com o setor público, tende a se afastarem dos espaços públicos.

Destacamos alguns movimentos que fizeram parte das lutas sociais e políticas no município, com o recorte da memória da pesquisadora: como já mencionado, a Igreja Católica e suas pastorais (CEBs, JOC, PJMP, Pastoral da Criança, Pastoral da Saúde, etc), o movimento sindical (Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Sindicato dos Químicos e Petroleiros, Sindicato dos Professores, Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil, Sindicato dos Trabalhadores de Refeição Coletiva, Sindicato dos Bancários), as associações de moradores e grupos de mães que reivindicam por melhores condições de vida e acesso a serviços públicos.

A principal consequência da instalação do Polo Petroquímico e da montadora FORD no município foi alterar bruscamente o crescimento populacional da cidade, vários fluxos migratórios chegaram à cidade na busca pelo emprego de carteira assinada e com todos os direitos garantidos, esse anseio para muitos não foi concretizado, que gerou o processo de ocupação desordenada dos espaços público e ausência de pertencimento à cidade. Essa ausência de pertencimento é típica de cidades com população flutuante, que cresceram rapidamente sob o prisma da promessa de emprego. Mesmo diante deste cenário é possível se escutar de moradores o termo “sou nativo”.

A definição do ser nativo, está relacionada a demarcação de nascimento no território e ter presenciado todas as transformações oriundas da instalação do polo petroquímico, enquanto não ser nativo é o desconhecido que chega e quer ocupar o espaço, muitos não ocuparam o espaço laboral, mas, criaram vínculo com a cidade. Na atualidade, se tem poucas famílias nativas e uma nova geração está nascendo na cidade, filhos e filhas dos indivíduos que decidiram ficar e abraçar a cidade e daqueles que não conseguiram retornar para suas cidades de origem.

Segundo Cunha (2008), os efeitos de uma industrialização intervencionista em uma economia baseada no setor primário foram delineados pelo sentimento que permeava aqueles que se viram invadidos por um arsenal capitalista e socialmente opressor. O Polo inibiu a

participação da população camaçariense no exercício do poder e nas decisões inerentes ao município e à comunidade. Houve um distanciamento no processo decisório sobre as estratégias econômicas estruturantes, entre os responsáveis políticos (e os segmentos econômicos empresariais) e os atores locais da sociedade civil.

Apesar dessa realidade, o movimento social em Camaçari acompanhou a dinâmica do país de luta por democracia, materializada na busca de acesso a políticas públicas em todas as áreas, destacando-se os movimentos de luta por moradia, saúde e educação. Com destaque para a Associação Paulo Tonucci (APITO), constituída, no final dos anos 90, para manter o legado e a memória do Padre Paulo Maria Tonucci, referência na luta e no desenvolvimento da práxis de uma educação infantil de qualidade e integral. Além do serviço educativo popular, a instituição despertou o compromisso com os empobrecidos e a militância sociopolítica na construção de uma sociedade inclusiva em suas frentes de atuação com os grupos de mulheres, jovens, adolescentes e crianças.

A partir do ano de 2002, se configura um novo cenário socio, político, econômico, administrativo e participativo no país, com as vitórias eleitorais do Partido dos Trabalhadores, a eleição do presidente Luís Inácio Lula da Silva e da presidenta Dilma Rousseff, que procuraram exercer outro diálogo com a sociedade e as instâncias de participação popular. De acordo com Boff (2018), o PT se propunha a realizar a missão histórica de inaugurar uma ruptura instauradora em benefício dos esquecidos e feitos invisíveis no Brasil. Com a eleição e posse do presidente Lula e Dilma Rousseff as demandas e reivindicações históricas da classe trabalhadora passam a ser valorizadas e colocadas na agenda do governo.

Os governos progressistas de viés popular de Lula e Dilma foram os que mais inclusão social realizou, vale destacar as políticas sociais dos governos do PT vieram ao encontro dos mais necessitados do país. O Programa Bolsa Família promoveu uma significativa transferência de renda para a população mais vulnerável que retirou 42 milhões de brasileiros da linha da pobreza, também promoveu a saúde e educação como condicionalidades, garantindo o atendimento e acompanhamento sistemático das famílias. Além de garantir renda, segurança alimentar, aquecer a economia local. Na área da saúde, foram implantadas e implementadas ações como a Política de Saúde Bucal (Brasil Sorridente); Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); Programa Farmácia Popular; ampliação da Estratégia Saúde da Família; Política de Atenção à Saúde Mental e o Programa Mais Médicos.

Neste mesmo período, muitos estados e municípios passaram a ser governados pelo PT, mantendo-se firmes no propósito de fazer política com participação popular e voltados para as demandas dos empobrecidos. A valorização das instâncias de participação popular foi determinante na nova relação estabelecida entre os governos do PT e a sociedade civil organizada.

Em Camaçari, as eleições de 2005 marcaram uma nova trajetória política no município, o grupo político que estava no poder há quase duas décadas perde as eleições, tendo como resultado a eleição do candidato do Partido dos Trabalhadores (Luís Caetano) para o executivo. Entre as primeiras medidas do novo governo, destaca-se a decisão de governar com ampla participação da sociedade. Assim, já no primeiro ano foi implantado no município o Orçamento Participativo (OP) que era uma marca do jeito Petista de governar.

O OP se configurou como um grande canal de diálogo, o que foi de grande importância para a comunicação da gestão com a população, uma vez que o município tem uma grande extensão territorial e uma dificuldade na oferta de serviços para as comunidades localizadas na orla e zona rural. Infelizmente este instrumento de gestão e aproximação da comunidade com o governo não se estendeu nos anos seguintes da administração.

Esse período se caracterizou pela ampliação da participação da comunidade na gestão, outros conselhos municipais foram criados e consagrou o movimento das escolas e creches comunitárias como um novo sujeito coletivo com participação de várias organizações sociais do município de Camaçari. O Coletivo de Escolas e Creches Comunitárias de Camaçari é composto por 11 (onze) organizações sociais de várias denominações, dentre elas a Associação Paulo Tonucci (APITO), surge para reivindicar não só melhorias na educação infantil, mas para estabelecer uma nova relação com o governo na perspectiva de gestão participativa e compartilhada.

Em 2017, com o Golpe de 2016, jurídico-parlamentar-midiático produzido pela elite conservadora deste país, destituíram Dilma Rousseff a primeira mulher eleita presidenta deste país, acabando com ciclo de governos progressistas de viés popular. Como reflexo do golpe o resultado das eleições municipais no país foi a volta de grupos de partidos de direita ao poder e Camaçari seguiu a cartilha, elegendo o representante do Partido Democratas para administrar a cidade. Logo em seguida o governo Bolsonaro (2019-2022), que acirra o desmonte das políticas públicas, descaracteriza a concepção de política pública de saúde, desmonta programas como Mais Médicos, desvaloriza os processos democráticos e desqualifica as instâncias de participação popular.

5.4. A Saúde Pública no Município de Camaçari

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, muitas vezes sendo referência de modelo para outros países. O SUS foi criado em 1988 com o advento da Constituição Federal (CF), tendo como base o conceito ampliado de saúde pública, visando garantir o direito à saúde de toda população. Foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, pela Lei 8080/90, que define o seu modelo operacional, propondo a sua forma de organização e funcionamento.

O SUS tem como conceito básico a universalização do atendimento. O que quer dizer que “a saúde é direito de todos”, como estabelecido na CF. Seu propósito é que toda a população tenha acesso ao atendimento público de saúde. Para implementar de maneira organizada o acesso aos serviços de saúde, o SUS possui políticas e programas em todas as esferas governamentais. Ou seja, ele é considerado um sistema único, pois a mesma doutrina e os mesmos princípios são válidos em todo o território nacional.

De acordo com Costa e Vieira (2013), a década de 90 foi marcada pelo processo de descentralização e municipalização da saúde, em acordo aos preceitos do SUS. Em Camaçari, não foi diferente, o processo de municipalização do sistema de saúde inicia em 1996, a cidade assume a gestão plena do seu sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito municipal.

Camaçari, atualmente conta com uma extensa rede de serviços, instâncias de gestão e controle social, processo iniciado na década de 1990. A partir de 2005, iniciada uma nova gestão político administrativa, tendo à frente o PT, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) adotou como prioridade a ampliação da rede de serviços, a reforma da gestão e do modelo de prestação de serviços de saúde. O município, através da SMS, incorporou novos arranjos, princípios e dispositivos na organização e gestão dos serviços de saúde como: Clínica Ampliada, Cogestão, Equipes de Referência, Apoio Matricial e Apoio Institucional. Iniciando uma reformulação no modelo de atenção ampliado e investindo na ampliação da atenção primária à saúde, porta principal de entrada do usuário no sistema de saúde, para que esta seja a coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Sendo caracterizada por ações de saúde de caráter individual ou coletivo, que vai desde a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos até a redução de danos, dessa forma contribuindo para a manutenção da saúde da população.

De acordo com dados da SMS (2021), 85,95% da população é coberta pela atenção básica, ou seja, é atendida em unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde.

Para fins de planejamento, organização e gerenciamento, o município encontra-se dividido em Distritos Sanitário e Regiões de Saúde. Atualmente são dois (02) Distritos Sanitários de Saúde (DSS), um localizado na Sede do município conta com seis (06) regiões de saúde e outro na Costa com três (03) regiões.

Na saúde, os serviços são organizados em rede de atenção. Na rede de atenção primária são 42 unidades que prestam atendimento, das quais 35 Unidades de Saúde da Família (USF) com 63 Equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 72,6% da estratégia Saúde da Família e 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As UBSs têm funcionamento com AB tradicional, com atendimentos médicos, de enfermagem e outras especialidades para determinada área de abrangência; conta também com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As USFs funcionam com a Estratégia Saúde da Família composta por médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem, cirurgião (ã) dentista, auxiliar de saúde bucal e uma equipe de agentes comunitários de saúde.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é formada por: 01 Hospital Estadual, 03 Pronto Atendimento (PA), 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e SAMU. Em relação a rede de atenção psicossocial 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compõe a rede.

Tabela 1: Unidades de Atendimento do SUS Camaçari

Unidades	Distrito Sanitário Sede	Distrito Sanitário Costa
07 UBSs	04 (Camaçari de dentro, Gleba B, Gleba E e Gravatá).	03 (Abrantes, Arembepe e Monte Gordo).
35 USFs	22 (Buri Satuba, Dois de julho, Ficam, Gravatá, Jardim Limoeiro I, Jardim Limoeiro II, Lama Preta, Nova Aliança, Novo Horizonte, Nova Vitória, Parafuso, Parque das Mangabas, Parque Florestal, Parque Verde I, Parque Verde II, Phoc/Caic, Phoc III, Piaçaveira, Ponto Certo, Santo Antônio, Verde Horizonte I e Verde Horizonte II.	13 (Areias, Barra de Jacuípe, Barra do Pojuca, Buris de Abrantes, Cachoeirinha, Caminho do Mar, Cajazeiras de Abrantes, Catu de Abrantes, Coqueiro de Monte Gordo, Fonte das Águas, Fonte da Caixa, Machadinho e Pé de Areias.
02 UPA	01 (Gleba A/Gravatá)	01 (Arembepe)
03 PA	01 (Pediátrico/Nova Aliança)	02 (Abrantes e Monte Gordo)
04 CAPS	03 (Caps ia e Caps Ad – Inocoop, Caps III – Phoc I)	01 (Caps II - Buris de Abrantes)
01 Hospital Estadual	01 (Jardim Limoeiro)	

Fonte: produzida pela autora com base no site da Prefeitura Municipal de Camaçari e Diário Oficial do Município (www.camacari.ba.gov.br/portal/saude, www.camacari.ba.gov.br/portal/dom).

Além destes serviços, o município possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de referência (Anemia falciforme, ISTs, HIV/Aids, Oncologia, Reabilitação e de Saúde do Trabalhador), Policlínicas (Sede e Pediátrica), Multicentro de Atendimento

(Costa), Academias da Saúde (Sede e Costa) e NASF (Sede e Costa) que completam a rede de serviços de saúde do município.

Há também atendimentos realizados por meio de convênios com o setor privado cujo papel é de caráter complementar à rede pública, que vem crescendo muito nos últimos anos. O que significa baixo investimento na ampliação dos serviços públicos.

Já em relação a gestão participativa e os espaços de cogestão no sistema público de saúde, o município vem construindo canais abertos de diálogos e negociações com os usuários, profissionais e gestores de saúde, como: colegiado gestor, Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho Locais de Saúde (CLS), a Ouvidoria e as Audiências Públicas.

Geralmente, quando se fala do SUS, logo se associam situações relacionadas com problemas de acesso, longas filas, infraestrutura inadequada, o sistema não responde as necessidades de saúde dos cidadãos e cidadãs, dentre outros. As críticas são importantes e necessárias para que possam ser questionadas e enfrentadas. No entanto, é preciso compreender que o SUS precisa ser visto do ponto de vista da amplitude das ações que ele engloba, como as de promoção, prevenção e assistência à saúde da população.

Em tempos de pandemia, onde milhares de vidas foram ceifadas, precisamos nos organizar para colocar a saúde no centro do debate. Convocar a sociedade como um todo para as discussões que afetam diretamente o funcionamento do Sistema Único de Saúde, com a Emenda Constitucional 95 que congela por 20 anos o repasse de recursos financeiros para as políticas sociais, que significa o sucateamento e desmonte da saúde pública.

Frente a situação sanitária da pandemia de Covid-19 e toda crise da institucionalidade, defender o SUS é prioridade, pois sem ele não teríamos a capacidade de enfrentar a maior pandemia da contemporaneidade. Hoje a principal bandeira dos usuários e trabalhadores da saúde é fazer a defesa intransigente dos direitos que estão sendo atacados e resistir para continuar garantindo os direitos mínimos da população.

5.4.1. A Saúde de Camaçari em Tempos de Pandemia

O novo coronavírus surge pela primeira vez no continente asiático no final de 2019 e em poucos dias levou milhares de pessoas à morte. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em fevereiro de 2020 denomina o novo coronavírus como Covid-19, e logo em seguida março de 2020, caracterizou o Covid 19 como pandemia, pois se trata de uma doença respiratória aguda causada pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que se espalha e afeta um grande número de pessoas em todo o mundo em um curto espaço de tempo. É uma pandemia em

curso que afetou diversos países do mundo, promovendo o agravamento das questões sociais, econômicas e sanitárias.

No Brasil, em março de 2020, ocorreu os primeiros registros da doença e o Ministério da Saúde declarou que a Covid 19 já se configurava como transmissão comunitária em todo território nacional. O cenário brasileiro da pandemia se tornou mais desastroso, com um governo negacionista e genocida operando contrário as normas sanitárias recomendadas pela OMS. Promoveu aglomerações, foi contra o uso de máscara e defendeu o uso de medicamentos não comprovados cientificamente. A situação ficou polarizada entre grupos políticos, religiosos e econômicos, de um lado aqueles que defendiam as medidas sanitárias recomendadas pela OMS e entidades científicas para preservação da vida, e de outro lado aqueles que contrários a adoção das medidas sanitárias para que não afetasse o desenvolvimento da economia.

No texto de Yazbek, Bravo, Silva e Martinelli (2021), as autoras ressaltam a completa falta de compromisso do governo brasileiro em atuar para reduzir os danos com a situação da pandemia.

No início de 2020, a pandemia encontrou o país em meio a uma profunda crise, caminhando para o retorno ao mapa da fome, com gastos públicos congelados e, conseqüentemente, mais precarização das políticas sociais e privatização de serviços, com uma reforma da Previdência que aniquila direitos do trabalho. O negacionismo da doença pelo governo federal faz parte de uma estratégia governamental, mesmo que isso custe muitas vidas, ou seja, tem um propósito político que inclui lidar com a doença, promovendo praticamente o genocídio dos mais frágeis (2021, p. 7).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde Camaçari (2021), o primeiro registro de caso de Covid-19 em Camaçari foi em março de 2020, e até julho de 2021 apresentou um registro acumulado de 23.723 casos da doença. Diante do registro de casos da doença e da confirmação da pandemia de Covid 19 na cidade. O município adotou medidas de isolamento social, passando a funcionar os serviços essenciais da saúde, na área de alimentação, da assistência social, segurança pública, coleta de lixo e transportes de emergência.

Tabela 2: Dados de casos confirmados de Covid 19 em Camaçari

Anos	Casos confirmados	Frequência de óbitos	Taxa de letalidade	Distribuição por sexo	
				M	F
2020	7713	151	2,0%	49,8%	50,2%
2021	16010	447	2,8%	51,3%	48,7%
Total	23723	598	2,5%		

Fonte: Planilha do CIEVS /DIVISA/SESAU

Camaçari não foi diferente do resto do país, para dar resposta a situação da pandemia de Covid 19, numa corrida contra o tempo os gestores da saúde procuraram estruturar os serviços do SUS, numa relação de parceria com o serviço privado. No primeiro momento se investiu no atendimento hospitalar. Foi feita a montagem e contratação de leitos hospitalares para atender os usuários com quadros mais graves da doença; foram estruturados 02 centros de atendimento para pessoas com Covid-19, também se contratou 10 leitos de UTI em uma unidade privada de atendimento, sendo a referência no primeiro atendimento a UPA Gleba A/Gravatá.

É necessário continuar fortalecendo e divulgando as medidas sanitárias orientadas pela OMS e entidades científicas, como as práticas de higiene (álcool gel, lavagem das mãos, uso de máscara), isolamento, distanciamento social e monitoramento dos casos ativos. A campanha de vacina contra Covid 19 iniciou no município em fevereiro de 2021, seguindo a ordem cronológica idosos, adultos, jovens até chegar ao alcance das crianças.

Para garantir atendimento ao usuário, outras estratégias foram sendo adotadas, foi disponibilizado o serviço online, ainda na atenção ao usuário foi necessário definir os fluxos e protocolos de testagem para identificação dos casos e a taxa de transmissibilidade do vírus. No segundo momento a rotina na APS foi sendo reordenada para os atendimentos aos usuários que viu sua rotina de trabalho e vida serem alteradas, seja pelo isolamento ou distanciamento social. A ESF continua fazendo o atendimento os usuários, por estar localizada no território é onde o usuário chega primeiro e deve ser atendido, mantendo o contato e o vínculo, oferecendo toda orientação necessária para o seu cuidado.

Com um governo que atua deliberadamente pela falência de múltiplos órgãos do SUS, durante este ano pandêmico o que seria do povo brasileiro se não fosse o SUS, que a todo momento sofre ataques do sistema financeiro com a política de austeridade fiscal e redução dos recursos financeiros.

5.5. Conferências Municipais de Saúde

As Conferências de Saúde surgem como instâncias nas quais se abre espaço para que a participação social ocorra na formulação das políticas. Enquanto os Conselhos de Saúde têm a função de formular as estratégias e controlar a execução das políticas.

As Conferências acontecem nas três esferas de governo periodicamente, a cada quatro anos, convocadas pelos respectivos Conselhos de saúde ou pelos gestores, onde a população

tem a oportunidade de avaliar, planejar e estabelecer metas a serem alcançadas no próximo quadriênio, bem como fortalecer a participação popular e o controle social.

Como já vimos, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a primeira do regime democrático, foi o grande marco na história da política de saúde no Brasil. Onde foram aprovadas propostas que deram base para a construção do novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e foram inseridas na Constituição Federal de 1988. Neste modelo é assegurada a participação social instituída por lei através da realização de conferências e criação de conselhos composto por representantes governamentais e da sociedade civil nas três esferas de governo. As Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde, estão previstos como instrumentos de participação popular no SUS, de acordo com a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Foram realizadas nove (09) Conferências Municipais de Saúde em Camaçari, geralmente com grande participação da comunidade, dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde, e dos gestores e prestadores; com o objetivo de avaliar e construir propostas para uma política de saúde de qualidade e democrática.

É importante ressaltar que, no período que estamos vivendo, marcado pela pandemia de Covid 19, pela crise econômica-política-social, pelo distanciamento social, pelas constantes ameaças ao sistema público de saúde e a Emenda Constitucional 95; as Conferências tem um grande desafio que é, dialogar e discutir com a sociedade como aprimorar e fortalecer o sistema, instituindo assim um sistema de saúde forte com capacidade de atendimento a toda à população.

Tabela 03: Linha do tempo das conferências municipais de saúde

Ano	Tema
1ª 1996	SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida
2ª 2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
3ª 2003	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
4ª 2007	Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento
5ª 2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro
6ª 2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro
7ª 2017	SUS Uma Construção de Todos
8ª 2019	Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS
9ª 2021	A Defesa do Sistema Único de Saúde Para Além da Pandemia – SUS Para Todos

Fonte: produzida pela autora com base no Caderno de Proposta da 6ª CMS, ano 2015

Foi realizada nos dias 6 e 7 do mês de outubro a 9ª Conferência Municipal de Saúde de Camaçari, com uma limitação de participantes considerando todas as normas sanitárias recomendadas pela pandemia de Covid-19. A dinâmica adotada para a realização dos trabalhos sem comprometer a saúde dos participantes, foram atividades de modo virtual e reuniões temáticas e descentralizadas visando garantir a participação dos representantes da sociedade. O desafio dessa conferência era discutir e planejar ações em meio a uma pandemia para o fortalecimento e defesa do Sistema Único de Saúde para Além da Pandemia.

Segundo as orientações para assembleias setoriais e temáticas (2021), realizou-se 02 Conferências Distritais (Sede e Costa), foi feito levantamento de propostas de modo virtual através de um link disponibilizado pela Sesau, assembleia das Redes Temáticas e Assembleias Setoriais. Nas assembleias também foram eleitos os delgados e delegadas para participarem da Conferência Municipal de Saúde. As propostas foram debatidas e organizadas em linhas de ação (1. Saúde com Qualidade ao Alcance de Todos; 2. Saúde para Viver Mais e 3. Gestão da Saúde com Qualidade) e aprovadas na Conferência Municipal. Após a realização da Conferência, as propostas, debatidas, sistematizadas e aprovadas devem ser incorporadas no Plano Municipal de Saúde.

Percebemos que, ao longo dos anos, os relatórios das conferências municipais têm apresentado uma infinidade de propostas que acabam não sendo implantadas e implementadas, pois o CMS não consegue cumprir com seu papel de operacionalizar as propostas e diretrizes aprovadas na Conferência. Geralmente, nas reuniões pós conferências, o conselho não é colocado em pauta as deliberações da conferência, o que dificulta o acompanhamento e a concretude das propostas.

5.6. Participação Popular: Caminhos no Conselho Municipal de Saúde de Camaçari

A luta pela saúde no Brasil passa e se confunde com as lutas pelos direitos sociais e pelos caminhos dos movimentos organizados por todo o país. Historicamente, os movimentos sociais e de participação na esfera institucional tem contribuído de maneira significativa na construção do sistema público de saúde brasileiro.

No Brasil, 1986 foi um ano marcante para a Saúde Pública. Onde se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema “Democracia é Saúde”, em um amplo processo de discussão, lançou as bases da proposta do Sistema Único de Saúde brasileiro. No relatório final da conferência, assume o compromisso com uma política de saúde integrada

as demais políticas sociais e econômicas e com o investimento na garantia de direitos sociais universais, cujo o exercício é indissociável da participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde.

Acreditamos que as transformações necessárias à sociedade demandam um grande esforço coletivo e para isso nos colocamos na defesa e no fortalecimento dos espaços de participação popular. Quando, ao procurarmos analisar a situação da participação popular no CMS, olhamos para o passado, a primeira imagem é a de que como foi difícil e desafiante nossa trajetória, voltando nosso olhar ao presente percebemos os avanços e desafios dos últimos anos, e se centrarmos nosso olhar no futuro merecem reconhecimento e registro das suas potencialidades.

Atuar no SUS foi uma escolha em meados dos anos 1990 e posso afirmar que, a princípio, não foi uma tarefa fácil, mas posso dizer que com o passar dos anos foi me desafiando fazer com que os usuários e críticos de plantão entendesse sua potência como política pública social, inclusiva, universal, democrática, voltada para produzir saúde como um valor social e de cidadania; e melhorar a qualidade de vida da população. Além disso, foi ficando claro a importância de utilizar o espaço público de controle social para o fortalecimento do sistema de saúde. Estudar a participação popular a partir do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Camaçari é reconhecer que existem limites e possibilidades no poder de mobilização e na luta social, individual e coletiva dos conselheiros e dos movimentos sociais, organizados ou não.

Como já citado, a escolha por Camaçari se deu em virtude de a pesquisadora-narradora morar na cidade e pela sua participação em movimentos sociais e espaços de participação popular. Sendo que, a escolha pelo CMS pelo fato de ser trabalhadora da saúde, ter atuado neste espaço de diálogo e decisão de política pública de saúde, também por entender que o controle social é imprescindível para o fortalecimento e manutenção do SUS e o quanto é importante a participação popular neste espaço com seus erros e acertos. Além disso, o CMS, em sua trajetória histórica é referência como o primeiro a ser constituído no município e na Bahia.

Os conselhos são arenas de debates, de mobilização social, de lutas pelos direitos à saúde, também são reconhecidos como espaço de aprendizagens dos movimentos sociais. O conselho de saúde é um dos conselhos mais presentes nos municípios brasileiros e de grande importância para a população por atuar diretamente com uma política pública de expressiva demanda social. Segundo Carvalho (2007), são espaços colegiados onde a comunidade participa e de forma coletiva exerce o controle.

A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência. (Carvalho, 2007, p. 22).

No estudo de Correia (2005), o Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos nele representados. Desta forma, constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos iminentes ao processo de acumulação do capital e, de outro lado, podem possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas defenderem seus interesses em torno da política de saúde.

Para Gohn (2000), os conselhos são canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos. Ainda para a autora, os conselhos são canais de participação que propiciam um novo padrão de relações entre Estado e a sociedade ao viabilizarem a participação de diferentes segmentos sociais na formulação das políticas públicas, onde possibilita-se à população o acesso aos espaços onde se tomam decisões políticas e criam-se condições para o sistema de vigilância sobre as gestões públicas, implicando em maior acompanhamento na prestação de contas do executivo. Assim, com a sociedade participando de boa parte das políticas públicas, os conselhos chegam a ser vistos como um “poder paralelo” além dos já existentes poderes legislativo, executivo e judiciário.

Como já mencionado, a CF de 1988 (BRASIL, 1988) estimulou a implantação de diversos conselhos setoriais nos estados e municípios. Os conselhos estaduais e municipais de saúde foram criados por meio de diferentes mecanismos, sobressaindo os decretos do executivo e as leis específicas aprovadas no Legislativo. De acordo com a Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta a estruturação e funcionamento das instâncias de participação na saúde, a criação do conselho dar-se-á em forma de lei e publicada em diário oficial.

Os conselhos são definidos como órgãos colegiados de natureza deliberativa e fiscalizadora, os conselhos de saúde constituem-se como espaços institucionalizados de participação popular. Portanto, é um espaço público onde se estabelece a relação Estado, sociedade civil e profissionais de saúde para dialogar e decidir sobre a política de saúde. Trata-se, portanto, de um espaço no qual as diferentes forças sociais e políticas dialogam em defesa do interesse público.

De acordo com Tatagiba (2002, p. 50):

[...] [os conselhos] são órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas leis criadoras, que devem trazer as linhas definidoras de seu campo de atuação. Não podem os conselhos deliberar sobre matérias que extrapolem os setores das políticas sociais sob sua responsabilidade, nem sobre questões que extravasem o âmbito da esfera de governo onde foram criados e das atribuições que lhes foram conferidas [...]. Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correccional das políticas sociais, à base de anulação do poder político. O conselho não quebra o monopólio estatal da produção do direito, mas pode obrigar o Estado a elaborar normas de direito de forma compartilhada [...] em cogestão com a Sociedade Civil.

Quanto a composição do conselho, deve ser especificada na lei, e obedecer aos critérios da paridade, na saúde assim definida: 50% de usuários, sendo os outros 50% divididos entre profissionais de saúde, 25%, gestores e prestadores de serviço, 25%. Entre os conselheiros usuários incluem-se as representações de diversos segmentos da sociedade civil como: religioso, moradores, sindicatos ou centrais sindicais, movimentos de mulheres, negro, pessoas com deficiências, usuários de saúde mental, entre outros. Segundo Tatagiba (2002), no caso da saúde, há uma distinção significativa em relação aos demais conselhos, uma vez que a representação paritária dos seus usuários se dá em relação ao somatório dos demais segmentos, o que significa, na verdade, uma super-representação do segmento dos usuários.

Os conselhos de saúde têm a função de planejar, formular e deliberar a política de saúde; controlar a execução dos serviços de saúde; fiscalizar o uso dos recursos financeiros; além de organizar e definir o funcionamento das Conferências de Saúde. Cabe ao conselho também definir sua estruturação e rotinas de trabalho por meio de regimento interno.

A Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 representou um marco para a efetivação da participação social na saúde, criando os Conselhos e Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses a instância de formulação, fiscalização e deliberação das políticas de saúde (BRASIL, 1990).

Para trilhar nos Caminhos do CMS de Camaçari, atenção será dada a experiência vivenciada pela pesquisadora-narradora em três períodos da sua trajetória. É possível identificar três fases de grande movimentação na sua trajetória: 1) Os anos da sua instalação e funcionamento, marcado pela ingerência, centralização do poder e também de grande atuação dos movimentos sociais, nos anos de 93 a 2000; 2) Período de mudança, liderado pelo PT, nos anos 2005 a 2016; 3) Período 2017 aos dias atuais. Então, em meados dos anos 1990, iniciamos nossa trajetória no CMS, onde a narradora-pesquisadora exerceu a titularidade como representante dos usuários/segmento religioso por dois mandatos, foi onde começamos

a nossa militância no SUS. Destacamos, que nas três administrações lideradas pelo Partido dos Trabalhadores (2005-2016) aos dias atuais, a pesquisadora-narradora, acompanhou as mudanças pelas quais passou o CMS, não mais constituída da representação de conselheira, mas como cidadã que trabalha e é usuária do sistema público de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Camaçari é considerado um dos principais e mais antigo, e de referência para muitos na cidade e em outros municípios, em virtude da forte presença dos movimentos sociais, sindicatos, associações de moradores e da igreja católica.

Segundo Cunha (2008), já no ano de 1986, a Fundação de Saúde do Município de Camaçari (FUSAMC), órgão responsável pela prestação de serviços de saúde no município, contava com uma Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde do Município de Camaçari (CIMS), que foi precursora do CMS. A CIMS tinha como membros representantes de bairro, de sindicatos, da pastoral da criança, pastoral da saúde, do Polo Petroquímico e de profissionais da área. Mais tarde essa comissão se constituiu no Conselho Municipal de Saúde. Vale destacar que já havia uma tradição de participação popular em saúde no município datada de 1983, quando se iniciou o primeiro movimento para formação do conselho da unidade de saúde da Gleba E.

Nos anos 1990, quando se inicia o processo de municipalização dos serviços de saúde, multiplicam-se os conselhos e muitos foram criados para atender o que estava estabelecido na legislação e garantir o repasse de recursos financeiros, o que se justifica pelo histórico político brasileiro com alto grau de concentração e centralização de poder político. O Estado apresenta resistência em partilhar o poder com a sociedade civil, dificultando a interlocução política e o direito de participar, influenciar nas decisões da coisa pública nos espaços públicos de poder.

Segundo Cortes (2000), um dos requisitos para que houvesse o repasse das verbas federais tanto para o nível municipal, quanto para o nível estadual, era a exigência da criação e funcionamento de Conselhos de Saúde organizado de acordo com as determinações legais. Esta exigência fez com que os Municípios e os Estados fomentassem a criação dos respectivos conselhos. Este processo resultou na criação de diferentes conselhos, desde os conselhos cartoriais a aqueles que de fato cumprem com seu papel de fiscalizador da gestão do SUS.

Criação e composição do Conselho de Saúde

Conforme citado, a instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa é fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da

sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implantação visou garantir o repasse de recursos federais. O CMS de Camaçari é um dos conselhos mais antigos do município, mas, não fugiu à regra, foi criado por meio da Lei Orgânica Municipal em 17 de maio de 1990 e atualizada em fevereiro de 2008, capítulo XII, parágrafo III, que define a participação popular, como: “[...] participação decisória dos usuários no planejamento, gestão e controle do sistema, em todos os níveis, na forma da lei” (p. 72).

Embora o CMS tenha sido criado 1990, por força das exigências da Lei 8.142/90, para garantir os repasses financeiros, a composição dos representantes do CMS era feita por indicação do gestor da pasta e ou executivo, sem obedecer ao que estava definido na legislação, sua formação se dava entre representantes governamentais e não governamentais. Durante este período o Secretário Municipal de Saúde era considerado membro nato do CMS, sendo também o presidente do Conselho, essa permanência do Secretário de Saúde na presidência interferia no processo de discussão e na autonomia do conselho.

Sua normatização de acordo com o que preconiza a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da sociedade no SUS, ocorreu em meados de 2010 quando foi regulamentado pela Lei Municipal 1.086 de 2010. De acordo com o regimento interno, o CMS definiu a paridade entre seus representantes, composto por 50% de representantes de entidades de usuários, 25% de representantes de entidades de trabalhadores na saúde e 25 % de representantes do governo e prestadores de serviços de saúde público e ou privados conveniados.

Em Camaçari a década de 1990 até final de 2004, como herança do governo militar, o município era governado pelo mesmo grupo político, avesso a qualquer tipo de participação popular nos espaços públicos de decisão, seja de forma individual ou coletiva. Para o CMS foram anos marcados por uma relação conflituosa e de distanciamento entre sociedade civil e a gestão da SMS. As atividades do Conselho aconteciam muito mais pela força e persistência dos movimentos sociais, sindical e da igreja católica. No que tange a representação não governamental, de trabalhadores e a autonomia dos conselheiros, eram constantes os casos de perseguição, cortes salariais, retirada da folha de pagamento, transferência de local de trabalho e até demissão para aqueles que divergiam das determinações do governo. Muitas vezes, as decisões eram tomadas à revelia do conselho.

Partindo da premissa que o conselho é um espaço fundamental de discussão e decisão da política de saúde, que os sujeitos políticos aí presentes devem estabelecer uma relação de diálogo para que possam construir o sistema de saúde que atenda as demandas da população. Os anos 90 e até final de 2004 foram anos de grandes dificuldades, desafios e aprendizagens

para a sociedade civil no conselho cumprir o seu papel na construção do sistema de saúde, na fiscalização das ações de saúde e de fato exercer o controle social. Isso se justifica pelo histórico de anos de governo ditatorial e com grande dificuldade em partilhar o poder com a sociedade civil. De acordo com Tatagiba (2002), os encontros entre Estado/sociedade civil nos conselhos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do Estado em partilhar o poder de decisão.

Representação dos usuários

Inicialmente, a gestão definia quais entidades podiam participar do CMS e as entidades indicavam que seria seus representantes. Este processo é alterado quando ocorre a primeira eleição para representantes da sociedade civil. A partir de 2013, e de acordo com a Resolução 453/2012 do CNS, o conselho adota a eleição como instrumento de escolha dos representantes para o CMS, garantindo um processo mais transparente e democrático.

O que podemos perceber é que as entidades que representam os usuários em sua maioria tem sido: associações de moradores, organizações sociais, sindicatos/centrais sindicais, religiosas, de portadores de deficiência ou de patologias, entre outras.

Os conselheiros, são indicados pelas entidades, em sua maioria são mulheres, com nível de escolaridade entre ensino médio e superior, geralmente sem nenhum conhecimento para participar ativamente das atividades do conselho. Nos anos iniciais do CMS, muitas vezes, para atuar de forma mais direta nas discussões no conselho o segmento dos usuários organizava sua própria formação com o apoio da igreja católica.

Como apontado em alguns estudos (Tatagiba, 2002; Gohn, 2010) há uma maior participação feminina em espaços públicos de participação como também na maioria das instâncias participativas. É importante salientar que não apenas os conselhos são considerados como Instituições participativas, porém estão assegurados como instâncias de participação em diversas políticas públicas, os conselhos se firmam como instituições democráticas mais solidas por proporcionar de forma mais direta o espaço da sociedade civil organizada sobre a cogestão das políticas públicas brasileira.

No que tange a renovação no Conselho, observamos que nos últimos anos com relação as entidades essas vêm se mantendo com algumas alternâncias, enquanto que, com relação aos conselheiros é possível constatar conselheiros com mais de uma década no CMS. Que nos permite dizer a renovação no Conselho é baixa, essa baixa rotatividade de conselheiros pode estar relacionada a “profissionalização” dos conselheiros, pelo crescente

distanciamento entre representados e representantes, e a insuficiência do exercício democrático (Cohn, 2003).

Estrutura e Funcionamento

Não muito diferente da realidade de muitos conselhos no Brasil a dificuldade com a estrutura e o apoio logístico limitava o desenvolvimento das atividades do conselho. Dificuldade que se manifesta na falta de espaço físico para o funcionamento do CMS e realização das reuniões, nem sempre o local era divulgado, os conselheiros não governamentais tinham que correr de um lado para o outro até encontrar onde a reunião estava sendo realizada e quando, por muitas vezes, realizada no gabinete do prefeito como forma de intimidar a participação popular.

Soma-se a isso a falta de formação dos conselheiros para as questões relacionadas ao setor saúde, principalmente a repasses financeiros, a visão distorcida de gestores que veem os conselheiros como oposição a gestão, sendo muitas vezes chamados de baderneiros que gostam de tumultuar e atrapalhar o andamento das reuniões do conselho. Que dificulta os gestores em reconhecerem o papel do conselho na construção e no fortalecimento da política pública de saúde.

Como podemos perceber, os anos 90, período em que a pesquisadora-narradora representou a sociedade civil por dois mandatos, foram anos de ingerência sobre o conselho. A ausência de cultura democrática e a resistência do Estado em partilhar o poder que prevaleceu na primeira década do CMS, contribuiu para estreitamento da relação das organizações sociais que procuram entre si resolverem os problemas relacionados a qualificação da participação social no CMS. Primeiro foram realizados encontros de formação organizado pela igreja católica; a partir de então constituiu grupos de trabalho com os representantes não governamentais para fazer a análise dos relatórios financeiros quadrimestrais e do relatório anual das ações da SMS.

Daí a importância da formação permanente dos Conselheiros de Saúde, que priorize a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores de saúde e governo, potencializando a autonomia dos indivíduos e coletivos para o fortalecimento das instâncias de controle social. Dessa forma, buscar a melhoria da qualidade do sistema de saúde e de vida da população.

Como salienta Dagnino:

Além da qualificação técnica, a qualificação política da representação da sociedade civil envolve um aprendizado crucial nestes novos espaços que

trazem, como parte da sua novidade, a convivência direta com uma multiplicidade de atores portadores de concepções e interesses diversos. (Dagnino, 2002, p. 285).

No que se refere à relação sociedade civil e Estado, percebe-se que, quando realizado sob a forma de cogestão, participação e controle social, existe uma maior aproximação entre a população e os gestores. Portanto, os conselhos são espaços de diálogo fundamentais para a cogestão das políticas públicas e demonstram a importância da escuta das demandas de saúde e da articulação participativa como mecanismo para construção do sistema de saúde que atenda aos interesses da coletividade.

Em 2005, a eleição do candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), para administrar Camaçari - a árvore que chora, contribuiu para que fosse possível constituir um governo democrático e com participação popular, na perspectiva do fortalecimento das instâncias de participação da comunidade e de controle social. A Secretaria Municipal de Saúde adotou o princípio da gestão participativa, criou uma Coordenação do Controle Social e colocou como prioridade o fortalecimento da participação popular nas instâncias de controle do SUS, de modo particular, o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari. Como já sinalizado, as dificuldades com a falta de o apoio logístico nas gestões passadas era um grande empecilho para a realização das atribuições do conselho. A partir deste momento a secretaria buscou garantir a estrutura necessária para o funcionamento do CMS, este passou a ocupar uma sala específica para o andamento das suas atividades, não mais o gabinete do secretário como em tempos atrás. Para o funcionamento foi destinada uma Secretaria Executiva (01 técnica, 01 assistente administrativo e 01 adolescente aprendiz) para organizar e ordenar as atividades administrativas do conselho; e dotou as dependências físicas do conselho de equipamentos de apoio (linha telefônica, computador, móveis, etc).

Como vimos, o secretário de saúde era o responsável pela presidência do conselho e foi uma luta da sociedade civil no CMS para que o presidente fosse eleito entre os conselheiros, atendendo a recomendação do CNS e primando pela autonomia do Conselho, em um governo centralizador e de pouco diálogo foi impossível o êxito. A reivindicação dos representantes da sociedade civil para que o presidente fosse eleito entre os representantes não governamentais foi referendada em 2007 com a nova gestão da SMS.

Em 2007 a composição do CMS era de 12 conselheiros governamentais e 12 não governamentais, após 17 anos de constituição do CMS, foi feita pela primeira vez a eleição entre os conselheiros para presidente e vice-presidente do CMS, sendo eleito respectivamente um usuário representante de associação de moradores (Arembepe/Orla) e uma trabalhadora

da saúde (SINDSAÚDE) para a gestão 2007/2009, rompendo com o preceito do secretário da saúde ser o presidente do conselho, uma mudança significativa para o Conselho e para sociedade civil. Foi neste período, que após a mudança de espaço e análise da documentação do CMS, se constatou que o mesmo continuava em funcionamento ainda com base na lei orgânica da saúde que instituiu o SUS lei 8080/90 e não possuía lei própria de criação do conselho, como determina a Lei 8.142/90.

Ainda em 2007, através da Coordenação de Controle Social, em parceria com o MobilizaSUS, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, foi realizada a primeira formação para os conselheiros, uma vez que, para muitos, o papel de conselheiro é muito diverso. Percebe-se que, mesmo sendo uma solicitação dos conselheiros, a participação destes nas formações é baixa, comprometendo as atividades do CMS. Iniciou-se o movimento para alteração do regimento interno, principalmente no que se refere a composição e as comissões e câmaras temáticas. Vale destacar que tantos os representantes governamentais e não governamentais apresentam dificuldades no processo dialógico e decisório do conselho. Para Tatagiba (2002), é preciso qualificar os movimentos e as entidades, combinando conteúdos técnicos e políticos, com base na premissa de que o enfraquecimento da ação dos conselheiros não governamentais não se restringe ao pouco domínio da técnica, mas também a uma grande dificuldade cultural de assumir uma postura de negociação com o Estado. A conscientização política do papel do CMS se dá via processo de formação permanente.

Em 2010 inicia uma nova gestão do CMS, sendo eleito presidente o representante dos usuários e vice-presidente o representante dos trabalhadores de saúde. Foi feita a reestruturação, o regimento interno e a lei do conselho. Lei 1086/2010, de 22 de junho de 2010, que regulamenta o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari (CMS).

Foram registradas no regimento interno toda a regulamentação para o funcionamento do conselho, além de definir sobre as comissões e câmaras técnicas que são grupos de trabalho formados por conselheiros, que tem o papel de fiscalizar, discutir e encaminhar, determinados problemas, denúncias e avaliação dos serviços, e de diminuir as dificuldades de informação do conselho. São as seguintes: Saneamento e Meio Ambiente; Participação Popular; Comunicação e Informação em Saúde; Orçamento e Finanças; Capacitação de Conselheiros e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). Muitas vezes as comissões não conseguem desempenhar o seu papel em virtude do esvaziamento dos componentes da comissão e isso dificulta o andamento das atividades do CMS.

Em 2013 foi constituída uma comissão com representantes do CMS e da Secretaria de Saúde, para organizarem o processo da primeira eleição para compor o Conselho

Municipal de Saúde gestão 2013/2015, em setembro de 2013 foi realizada a eleição dos representantes, e da mesa diretora do CMS ; nas quais foram eleitas as entidades e os respectivos conselheiros representantes dos segmentos de usuários, de trabalhadores e de prestadores de serviços privados conveniados, sendo eleito também o presidente e vice-presidente do CMS, onde foi reeleito o representante do segmento dos usuários para presidente; e sua permanência como presidente no Conselho se dá até os dias atuais.

Reuniões e Pautas Prioritárias

As reuniões do conselho acontecem mensalmente, marcadas previamente, com pauta definida e deve ser encaminhada para os conselheiros com antecedência; podendo haver reuniões extraordinárias com pauta de caráter urgente. Geralmente as pautas vêm prontas, não são construídas ou discutidas previamente com os conselheiros. As reuniões são públicas, abertas a participação da comunidade, que tem direito a voz. Ainda assim, a participação da comunidade para além dos representantes constituídos legalmente ainda é um desafio, ela não se faz presente. Que nos permite dizer o quão difícil é para o CMS trabalhar a comunicação de modo a estimular a participação comunitária no controle da gestão do sistema de saúde. É preciso estabelecer canais de comunicação que favoreçam a mobilização e organização da comunidade para participarem destes espaços e pressionarem o Estado por melhores condições de saúde. Portanto, a interlocução dos representantes com as comunidades e ou organizações que os elegeram para desempenhar a função de conselheiro é inexistente, as devolutivas para suas bases não acontecem.

As reuniões, por muitas vezes, acabam em discussões burocráticas e administrativas, giram em torno das demandas da SMS, muito tempo concentrado em questões pontuais (queixa e conduta) ou se limita a transmissão de informes. As questões estruturantes que é da política pública de saúde, orçamento municipal para a saúde, as deliberações das conferências municipais e o impacto das decisões deste coletivo na gestão da política de saúde não são pautadas.

Os principais assuntos discutidos nas reuniões do CMS: planos municipais de saúde, relatórios de gestão, projetos e programas de saúde, prestação de contas, organização das conferências municipais de saúde, questionamentos e reclamações sobre funcionamento e atendimento nos serviços de saúde, questionamento sobre equipamentos quebrados e infraestrutura das unidades de serviço, questionamentos sobre a Regulação e os serviços contratados e funcionamento e estrutura do conselho. Destacamos que os Relatórios de Gestão normalmente são aprovados sem ressalvas ou com alguns questionamentos que não

inviabilizam a sua aprovação. Vale lembrar a importância de publicizar e divulgar as atividades do conselho para que esta chegue ao usuário, criar canais de comunicação que aproxime o conselho e a comunidade abrindo caminho para uma gestão participativa mais efetiva.

Para Correia (2003), o conselheiro deve ter consciência da importância de seu papel representativo, entendendo que ele não representa interesses individuais e sim da coletividade. Daí a necessidade de existirem meios de comunicação e articulação entre os conselheiros e a sociedade para que haja, de um lado, a consulta, discussão e divulgação sobre o que é tratado no CMS, garantindo a representatividade do conselheiro e, de outro, a visibilidade das atividades e deliberações e do Conselho na sociedade.

Inserção e tempo de gestão

A composição atual do CMS é de 20 representantes, obedecendo ao critério de paridade entre usuários, trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços, respeitando a proporcionalidade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de governo e prestadores de serviços. Sendo 10 representantes do segmento dos usuários; 05 representantes de trabalhadores de saúde e 05 representantes de prestadores de serviços e governo.

Tabela 04: Composição atual do CMS

Representantes dos Usuários do SUS	Nº
Instituições Religiosas (Igreja Evangélica e Religião de Matriz Africana)	02
Movimento social e popular organizado (Grupo Gay de Camaçari – GGC)	01
Associações (Centro de Convivência do Idoso, UOSC e ABSTC)	03
Instituições de Pessoas com Patologias (GAAC)	01
Instituições de Pessoas com Deficiências (Pestalozzi e APAE)	02
Instituições Congregadas em Centrais e Federações de Trabalhadores urbanos e rurais (SINDITICCC)	01
Representantes de Trabalhadores de Saúde	
Instituições de entidade congregadas em Sindicatos e/ou Federações (Sindicato dos enfermeiros (as) e Sindicato dos técnicos de enfermagem)	02
Instituições de conselhos de classe e/ou demais associações profissionais (ACS, ACE e CROBA)	03
Representantes do Governo e Prestadores de Serviços de Saúde	
Representantes da Administração Pública (SESAU, SEDES e SEDUC)	03
Representante de Prestador de Serviço Público (Policlínica de Especialidades – Sede)	01
Representante de Prestador de Serviço Privado. (FISIOMED)	01
Total	20

Fonte: produzida pela autora com base na lista de presença do CMS e no site (www.camacari.ba.gov.br/portal/saude, www.camacari.ba.gov.br/portal/dom.)

Em relação a composição e a forma de inserção dos Conselheiros de Saúde conforme tabela acima, têm composição tripartite. A forma de inserção se dá por meio de eleição entre os representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviço para

um mandato de dois anos podendo haver uma recondução. O representante governamental é por indicação dos gestores. Percebemos que as instituições vêm se mantendo e a renovação dos conselheiros recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde é um outro desafio para o CMS.

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde recomenda a renovação dos conselheiros a cada eleição:

Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas (Resolução do CNS 453/2012).

Quanto ao tempo de conselheiro de saúde, a permanência prolongada no mandato tem sido uma constante e uma dificuldade na renovação do Conselho. Como já mencionado, nota-se que tem conselheiros com mais de uma década no CMS. O que nos chama atenção o caso do representante dos usuários eleito presidente em 2010 que permanece presidente nos dias atuais. O que é prejudicial no processo de renovação e autonomia do conselho. Uma consequência desastrosa para os representantes da sociedade civil no Conselho, abrindo questionamentos quanto a legitimidade das ações e a fragilidade do segmento da sociedade civil possíveis “parceiros confiáveis” (Dagnino, 2002).

Lobato (2009) destaca alguns entraves da participação social na saúde, especialmente para os Conselhos com relação a representatividade e a renovação.

A par dos avanços das Conferências e conselhos, os estudos apontam entraves importantes, em especial para os Conselhos, com mais estudos conclusivos. Entre eles, destacam-se: (1) baixa representatividade; (2) baixa renovação dos conselheiros; (3) amplitude de competências; (4) concorrência de competências com os poderes constituídos e eleitos, em especial as deliberativas; (5) falta de recursos para o cumprimento das atribuições; (6) corporativismo e (7) falta de compromisso político com os interesses coletivos (Lobato, 2009, p. 7-8).

Destacamos que durante os últimos dez anos, a representatividade do segmento dos usuários exerce a presidência no CMS, que foi um ganho nas lutas da sociedade civil no CMS, essa representação está concentrada no mesmo indivíduo, o que contraria a prática da renovação, e acaba por estimular uma atuação individual, levando a perder a autonomia em relação ao Estado. Essa permanência e baixa renovação, também pode estar relacionada com as entidades que não estimulam novas lideranças para exercerem a função de conselheiros e ou o próprio Conselho não demonstra interesse na mudança, reconhecendo como legítimo parceiro. Vale salientar que a eleição dos representantes para compor o CMS se caracteriza como um processo transparente e democrático, mas, uma vez que constatamos que a

renovação não vem ocorrendo, este instrumento pode estar sendo utilizado como forma de manipulação política.

O que se percebe, em relação a participação popular na gestão da coisa pública, é que as organizações civis presentes na esfera pública, com raríssimas exceções, atuam como parceiras ideais e vistas pelo Estado como representantes legítimos da sociedade civil como um todo. Costa e Vieira (2013), destacam que a melhoria dos serviços de saúde exige comprometimento e vontade política dos dirigentes e gestores. Todavia, a presença da sociedade civil exercendo papel ativo e propositivo deve ser valorizada na pressão necessária que esta deve fazer sobre o Estado.

Conforme o caminho feito no CMS Camaçari, a participação popular vem apresentando significativo poder de organização, com maior ou menor intensidade em determinado momento da sua trajetória que contribuiu no processo participativo e de decisão do Conselho. Ainda assim, é perceptível os limites ao seu pleno funcionamento, não basta está legalizado é necessário garantir de fato a participação popular na gestão da coisa pública. Como aponta os estudos (Dagnino, 2002; Ghon, 2010; Tatagiba, 2002) com seus limites e possibilidades, os conselhos possibilitam a ampliação do controle da sociedade sobre o Estado, estabelecendo uma nova relação entre eles; conformam-se em mediadores de conflitos e promotores de negociação entre os mais diversos atores envolvidos; inserem temáticas novas aos debates, propiciando decisões também inovadoras quanto às políticas públicas; promovem a construção de sujeitos democráticos e, portanto, de uma nova cultura política mais democrática e participativa.

Sabemos o quanto é importante as instâncias participativas para a consolidação do SUS, e após duas décadas da sua institucionalização no município, constatamos significativos avanços, conquistas e desafios que repercutem na atuação do Conselho nos dias atuais. A meu ver, com todas as possibilidades e limites a participação popular no CMS cresceu muito. Precisando neste momento estimular a renovação da representação das entidades e dos conselheiros, mobilizar a comunidade para o exercício da gestão participativa e fortalecer as instâncias de participação popular, sendo espaços possíveis de diálogo e decisão de política de saúde. Não é fácil esse trabalho, mas é necessário, pois, o tempo em que nos encontramos demanda grande esforço dos cidadãos e cidadãs que se importam com a tarefa de transformar a sociedade. Para isso, devemos defender, ocupar e atuar de forma mais efetiva nos espaços de gestão participativa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos sociais e populares tiveram um papel de relevância no processo de redemocratização do Brasil, na luta pela garantia de direitos sociais e melhores condições de vida. Dentre as várias lutas e conquistas que demandaram muito esforço dos movimentos sociais está a construção de um sistema de saúde público e com participação popular na gestão da política pública.

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal, amparado por um conceito ampliado de saúde pública, visando garantir o direito à saúde de toda população e estabelece o seu funcionamento a partir da participação popular. Nos anos 90 a aprovação da Lei Orgânica da Saúde e a criação dos Conselhos como garantia da participação popular foram fundamentais para enfrentar os desafios de construir um sistema de saúde público e universal em tempos de avanço da política neoliberal e do projeto de privatizações do governo. Nos anos 2000, nos governos do Partido dos Trabalhadores houve uma abertura para ampliação dos canais de diálogo com participação popular.

O SUS é resultado das lutas dos anos 80 pela redemocratização do país e por melhores condições de vida, que compreendiam que todo poder emana do povo. Em seus trinta anos de criação, vive em processo permanente de construção, de avanços, de lutas e derrotas. São constantes as ameaças e ataques ao sistema de saúde por parte do governo para atender aos interesses do capital e da política econômica, atualmente com a política econômica de austeridade fiscal e a EC 95 que congela por 20 anos os recursos das políticas sociais, vai demandar dos movimentos sociais e das instâncias participativas a continuidade na luta pela manutenção e fortalecimento do SUS.

Os Conselhos são parte da história da classe trabalhadora, que se materializa na Constituição Cidadã que trouxe para o centro dos espaços decisórios a participação da comunidade, são os interlocutores entre o Estado e a sociedade civil com todas as suas contradições, não deixou de ser um instrumento político necessário para avançar nas pautas e cobrar a efetivação das demandas da população por saúde e melhoria na qualidade de vida. Agora, mais do que nunca, é necessário que as instâncias participativas se articulem com demais organizações da sociedade para fazerem a diferença no diálogo com o Estado em defesa do SUS e demais políticas sociais.

A experiência da participação popular no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Camaçari acompanha a trajetória de lutas que surgiu no país nos anos 80, a princípio como uma Comissão de Saúde que depois se constituiu como Conselho. Como a maioria dos

Conselhos, foi instituído em 1990 com base na LOA, o caminho da participação popular no CMS neste período não foi diferente segundo a literatura dos demais conselhos implantados no restante do país, foram anos tortuosos, a relação da sociedade civil com Estado foi marcada pela total falta de vontade do Estado em querer partilhar o poder com a sociedade civil, anos difíceis para exercício do controle social. A partir do ano de 2005, na gestão do Partido do Trabalhadores, esta relação foi alterada e o movimento de diálogo com as instâncias participativas foi intensificado, por entender que pensar as políticas públicas significa dialogar com as necessidades e a participação direta da comunidade.

Percebe-se que, mesmo em tempos de grande tensionamento, a constituição do conselho proporcionou maior aproximação entre a sociedade civil e a gestão, que corrobora, no encaminhamento das demandas de saúde da população, como também no poder de intervir na definição das ações de saúde.

Mesmo entre erros e acertos, os conselhos favoreceram o diálogo entre a sociedade civil e a gestão, mas, a conjuntura do conselho pesquisado ainda é desafiadora, como: a participação nas reuniões, a transparência nas informações, a formação dos conselheiros e conselheiras de saúde, a efetivação da participação popular nas ações de saúde, a construção da descentralização do poder e de uma nova cidadania.

É preciso organizar um processo de formação permanente para os conselheiros e conselheiras de saúde, com ênfase na formação política que seja realizada nos primeiros dias da composição do conselho e que seja mantida no decorrer da gestão, com vistas a fortalecer o papel do conselho, qualificar as contribuições dos seus representantes para o exercício do efetivo controle social e para o fortalecimento e manutenção do SUS.

Por fim, estamos vivendo um momento de crises, social, econômica, política, ambiental e sanitária, causada pela ação nefasta de um governo negacionista, genocida e promotor de instabilidade, caos e disseminador de *fake News* que visa destruir a democracia e a soberania do país. Reconhecer as conquistas significativas dos movimentos sociais, no âmbito da participação popular na gestão das políticas públicas é de fundamental importância na atual conjuntura político democrático brasileiro. Portanto, defender todo e qualquer espaço onde a sociedade possa dialogar, planejar e decidir sobre as ações do Estado torna-se obrigatório.

Dessa forma, apontamos a necessidade de a população conhecer, ocupar e se apoderar dos espaços públicos de controle social como mecanismo para tornar o SUS popular, equânime e de qualidade. Pois, não basta fazer parte, tem que participar efetivamente, de forma consciente e crítica, com protagonismo e representatividade.

Queremos concluir que, fomentar a participação popular e cidadã visa a consolidação da democracia, para enfrentar as desigualdades e a exclusão. O que significa uma participação popular na gestão da coisa pública que amplie as possibilidades e oportunidades da democracia participativa, capaz de incluir propostas de transformação social com segmentos historicamente excluídos dos espaços de poder. A história do SUS é a própria história da participação popular e sem essa não avançaremos. O SUS é patrimônio do povo brasileiro, precisa ser mantido, defendido e fortalecido. É papel dos conselhos municipais fazerem esse diálogo com a sociedade, reafirmando a necessidade de fortalecimento de todas as formas de garantia da participação e do controle social.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, M. H. M. B. **Memoriais, narrativas e pesquisa autobiográfica**. História da Educação, ASPHE/FaE/UFPel, Pelotas, n. 14, p. 79-95, set. 2003.
- _____, M. H. M. B. **Memoriais de formação: a (re) significação das imagens-lembranças/recordações-referências para a pedagoga em formação**. Educação, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 165-172, maio/ago. 2011.
- BOFF, L. **Brasil: concluir a refundação ou prolongar a dependência?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessada em: junho de 2021.
- BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990** – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/-03/leis/18142.htm>. Acessada em: junho de 2021.
- BRASIL. **A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2002.
- BRASIL. **Para Entender o Controle Social na Saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2013.
- BRASIL. **A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2002.
- CARVALHO, G. **Participação da Comunidade na Saúde**. Passo Fundo: IFIBE, CEAP, 2007.
- CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O Longo Caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. **Análise de Conteúdo: Considerações Gerais, Relações com a Pergunta de Pesquisa, Possibilidades e Limitações do Método**. Informação & Sociedade: Estudos, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.
- COHN, A. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.
- CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social? Os conselhos de Saúde como instrumento**. 1ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CORREIA, M. V. C. Controle Social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2008. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>
- CORTES, S. M. V. Balanço de Experiências de Controle Social, Para Além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade de

Participação dos Usuários. In: **Conferência Nacional de Saúde**, 11, 2000. Brasília. Cadernos de Texto. Brasília.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. Pp. 237-271. <http://books.scielo.org>.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de M.; MARTINS, P. C. **Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 05, p. 2437-2445, 2010. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a18.pdf>

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de M.; MARTINS, P. C. **Democracia participativa e controle social em saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

CUNHA, S. S. **O perfil da participação nos conselhos municipais de assistência social (CMAS) e de saúde (CMS) em Camaçari (BA): uma análise sobre quem e como participa**. 2008. 193 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade Civil, Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. de F. A. S. **O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE**. Saúde Soc., São Paulo, v. 21, supl. 01, p. 126-137, 2012. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/11.pdf>

ESPIRIDIANO, Monique Azevedo. **Controle Social do SUS: conselhos e conferências de saúde**. p. 245-259.

FLEURY, S.; LOBATO, L. de V. C. (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

GOHN, M. da G. **Conselhos Gestores e Gestão Pública**. Ciências Sociais Unisinos, v. 423, n. 1, jan/abr. 2006.

GOHN, M. da G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção questões da nossa época; v. 84).

GOHN, M. da G. **Movimentos Sociais e Redes de Mobilizações Cívicas no Brasil Contemporâneo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

GOHN, M. da G. **Movimentos Sociais na Contemporaneidade**. Revista Brasileira de Educação, v. 16, n. 47, p. 333-361, 2011.

GOHN, M. da G. **Sociologia dos Movimentos Sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

- LEÃO, L. Memória e Método: complexidade da pesquisa acadêmica em processo de criação. In: VENTURELLI, S. e ROCHA, C. (Orgs). **Anais do 15º Encontro Internacional de Arte e Tecnologia**. Brasília, Brasil: Universidade de Brasília, p. 118-127, 2016.
- MILANI, C. R. S. **O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias**. Rev. Adm. Pública [online]. 2008, vol. 42, n. 3, pp 551-579.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Hucitec, 1993.
- _____, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F; NETO, O. C; GOMES, R; MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E. de; SILVA, E. M. K. da. Acesso a Informações de Saúde na Internet: Uma Questão de Saúde Pública? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650-658, 2012.
- PAIM, J. S. **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PETERSEN, C. B.; SILVA, R. C. da; ANDRADE, M. de. Análise do Processo de Implantação de uma Pesquisa On-Line para Levantamento de Dados sobre Saúde de Universitários. **Rev. Investigação: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 134-138, 2015.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. **Participação Popular e o Controle Social como Diretriz do SUS: Uma Revisão Narrativa**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>
- SESAU. **9ª CMS Orientações para as Assembleias Temáticas e Setoriais**. Deplan/Sesau. 2021.
- TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade Civil, Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- TEIXEIRA, E. C. **Movimentos Sociais e Conselhos**. Caderno Abong. 1996.
- TEIXEIRA, E. C. **Sociedade Civil e Participação Cidadã no poder Local**. Salvador. Pró-Reitoria de Extensão da UFBA, 2000.
- VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: **Efetividade do Controle Social em Municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul**. Ciên. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 03, p. 621-623, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/csv/v11n3/30978.pdf>
- YAZBEK, M.C; BRAVO, M.I; SILVA, M.L.O; MARTINELLI, M.L.A. **A Conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan./abr. 2021.

Sites:

História de Camaçari/ Perfil e Diagnóstico <https://www.camacari.ba.gov.br/municipio-de-camacari/#historia>. Acessado em: julho de 2021.

Mapa da região metropolitana <https://www.google.com/search?q=mapa+regi%C3%A3o+metropolitana+salvador&sxsrf=ALeKk03Uz0ReO0I3f99NYSKBsiMTbn0iaw:1628825746766&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=653tRGOV9w6TQM%252CAXioMdAYdLEM4M%252C &vet=1&usg=AI4 - kR2hteTt9b26CGx1HpHZvfPyU11g&sa=X&ved=2ahUKEwjUpKXgiK3yAhXUrJUCHSwbCfMQ9QF6BAgOEAE&biw=1280&bih=657#imgrc=653tRGOV9w6TQM>. Acessado em: julho de 2021

Mapa de Camaçari https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Farquivos.camacari.ba.gov.br%2Fsedur%2Fpublicacao%2F141218094754425004.pdf&psig=AOvVaw3 - YH4LAFfZn3bDj6q47mD&ust=1629255482943000&source=images&cd=vfe&ved=0CA sQjRxqFwoTCLDHnOSHt_ICFQAAAAAdAAAAA. Acessado em: agosto de 2021

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama> Acessado em: agosto de 2021

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-informes/1912-manual-orienta-realizacao-de-conferencias-de-saude-diante-da-pandemia>. Acesso em setembro de 2021

OPAS BRASIL. Folha informativa – COVID-19. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID-19&Itemid+875. Acesso em: novembro 2021