

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Participação social e relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia”

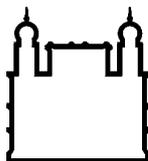
por

José Patrício Bispo Júnior

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Participação social e relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia”

apresentada por

José Patrício Bispo Júnior

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Carmen Fontes de Souza Teixeira

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Souza Bravo

Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes

Prof.^a Dr.^a Rosana Magalhães

Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 24 de maio de 2013.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B622 Bispo Júnior, José Patrício
Participação social e relações de poder no Conselho Estadual de
Saúde da Bahia. / José Patrício Bispo Júnior. -- 2013.
223 f. : graf.

Orientador: Leis, Silvia Victoria Gerschman de
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Democracia. 2. Conselhos de Saúde. 3. Política de Saúde.
4. Governo Estadual. 5. Participação Social. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

Aos meus pais, José Patrício e Damiana, pelo amor,
carinho e apoios incondicionais;

Ao meu filho, Pedro José, que com seus truques de
menino enche a minha vida de alegria e sentido.

Movimento Perpétuo Associativo

*Agora sim, damos a volta a isto!
Agora sim, há pernas para andar!
Agora sim, eu sinto o optimismo!
Vamos em frente, ninguém nos vai parar!*

*- Agora não, que é hora do almoço...
- Agora não, que é hora do jantar...
- Agora não, que eu acho que não posso...
- Amanhã vou trabalhar...*

*Agora sim, temos a força toda!
Agora sim, há fê neste querer!
Agora sim, só vejo gente boa!
Vamos em frente e havemos de vencer!*

*- Agora não, que me dói a barriga...
- Agora não, dizem que vai chover...
- Agora não, que joga o Benfica...
-E eu tenho mais que fazer...*

*Agora sim, cantamos com vontade!
Agora sim, eu sinto a união!
Agora sim, já ouço a liberdade!
Vamos em frente, e é esta a direcção!*

*- Agora não, que falta um impresso...
- Agora não, que o meu pai não quer...
- Agora não, que há engarrafamentos...
- Vão sem mim, que eu vou lá ter...*

[Deolinda]

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Sílvia Gerschman pela orientação e conhecimentos compartilhados, que me serviram para muito além da construção dessa tese.

Aos conselheiros e ex-conselheiros estaduais de saúde da Bahia pela disponibilidade e contribuições fundamentais para a elaboração do trabalho.

Aos membros da Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, especialmente à Elizabete Morais, Marcelo, Poliana e Fabrício pelo apoio, colaboração e presteza no atendimento às demandas por informações.

À Paola, que mesmo com seus poucos dias de vida, me transmite serenidade e paz.

À Márcia pelo carinho e afeto compartilhados nesses últimos anos e também pelas cuidadosas leituras e revisões do texto. À Pedro e Marcos pela doçura e alegria do convívio.

À minha irmã Karine, a Kyara e a Jurany pelo apoio e incentivos sempre presentes.

Ao amigo e companheiro de orientação Paulo Duran pelos debates sobre participação e também pelas críticas aos escritos preliminares.

Aos amigos Adriano e Ednaldo pelo companheirismo e reflexões compartilhadas.

Aos colegas do IMS/UFBA pelo apoio para a realização do doutorado, especialmente à Djanilson, Cristiano, Poliana e Daniel Tápia que dividiram responsabilidades e assumiram disciplinas, o que viabilizou o meu afastamento para estada no Rio e para a fase de campo.

À Washington Couto pela solicitude e viabilização no acesso ao conselho e ao núcleo diretivo da SESAB.

Às Bolsistas do IMS/UFBA, Ana Angélica e Nívea Andrade, pelas valorosas contribuições na organização dos documentos.

Aos colegas da turma de doutorado, especialmente Ângela, Mônica, Haida, Deise e Cláudia pela amizade, incentivos e convívio o que tornou a estada no Rio ainda mais agradável.

Aos Professores da ENSP/FIOCRUZ que dividiram conhecimentos e me mostraram novas abordagens sobre as políticas de saúde e as formas de organização social.

Ao CNPQ pelo apoio concedido por meio da Bolsa de Doutorado o que viabilizou a fase de campo deste trabalho.

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ABADEF	Associação Bahiana de Deficientes Físicos
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BAHIAFARMA	Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos
BANEB	Banco do Estado da Bahia
CAB	Centro Administrativo da Bahia
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES/BA	Conselho Estadual de Saúde da Bahia
CGT	Confederação Geral dos Trabalhadores
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIST	Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COELBA	Companhia Elétrica da Bahia
COFIC	Comitê do Fomento Industrial de Camaçari
CONFERES	Conferência Estadual de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CTB	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DEM	Democratas (partido político)
FESF	Fundação Estatal de Saúde da Família
FETAG	Federação dos Trabalhadores na Agricultura

FIEB	Federação da Indústria do Estado da Bahia
HEMOBA	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organizações Não Governamentais
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSID	Obras Sociais de Irmã Dulce
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PFL	Partido da Frente Liberal
PPP	Parceria Público Privado
PT	Partido dos Trabalhadores
SAEB	Secretaria de Administração do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINDIMED	Sindicato dos Médicos da Bahia
SINDSAÚDE	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Relação de conselheiros e ex-conselheiros de saúde entrevistados, por categoria de representação, 2012	33
Quadro 02: Formas de representação na política contemporânea	66
Quadro 03: Composição do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, 2003 a 2011	96
Quadro 04: Disposição das entidades que compõem o Conselho Estadual de Saúde da Bahia, de acordo à classificação entre atores estatais, sociais e de mercado, 2003 a 2011	99
Quadro 05: Nova Composição do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, 2011	10
	1
Quadro 06: Disposição das entidades que compõem o novo Conselho Estadual de Saúde da Bahia, de acordo à classificação entre atores estatais, sociais e de mercado, 2011	104
Quadro 07: Percentual de comparecimento de representantes das entidades às reuniões do CES/BA, por ano, 2003 – 2011	107
Quadro 08: Tipologias de relação entre partidos políticos e movimentos sociais	164

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 01: Tipos de representação de interesse como <i>continuum</i> de possibilidades no CES/BA	182
Gráfico 01: Frequência e percentual dos temas discutidos nas reuniões do CES/BA, 2003 a 2011	117
Gráfico 02: Frequência das deliberações do CES/BA, segundo os tipos: deliberações de plenária e deliberações <i>ad referendum</i>, 2003 a 2011	121
Gráfico 03: Percentual das categorias de temas discutidos e temas deliberados no CES/BA, 2003 a 2011	123

RESUMO

O objetivo do presente estudo é analisar o Conselho Estadual de Saúde da Bahia enquanto espaço de construção coletiva das políticas de saúde estaduais. Para isso, busca-se analisar: o poder de interferência do conselho na definição e condução da política de saúde do estado; os fatores que interferem no agir político dos conselheiros; e a representação e a representatividade dos conselheiros. Os dados e informações foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, análise documental e observação participante. O recorte temporal do estudo foi entre 2003 e 2011, com o propósito de contemplar duas gestões estaduais com matrizes ideológicas distintas. A fim de subsidiar a análise foram discutidas as categorias teóricas: democracia, representação, poder, participação e deliberação. Buscou-se localizar os conselhos de saúde no processo de ampliação da democracia e aprofundar as reflexões sobre as contribuições e influências destes no processo de deliberação da política de saúde. Os resultados evidenciaram a existência de relações assimétricas de poder e a frágil capacidade das entidades sociais de realizarem proposições sobre a política de saúde. Observa-se que o conselho avançou consideravelmente em direção a ampliação da participação das entidades sociais. Todavia, manteve baixo poder de influência sobre o direcionamento da política de saúde do estado. Neste sentido, evidencia-se que o conselho da Bahia vivenciou um processo de democratização limitado e incompleto. São manifestados tensionamentos na relação entre o conselho estadual e a comissão intergestores bipartite (CIB). Os resultados sugerem que a CIB exerce influência preponderante sobre a definição da política de saúde e que o conselho tem sido fragilizado no processo de deliberar sobre os caminhos e as prioridades das políticas a serem implementadas. Observa-se que os representantes sindicais e populares mantêm vínculos e afiliações com os partidos do campo da esquerda e estes partidos mantêm forte domínio sobre os posicionamentos dos conselheiros. São observadas dinâmicas distintas nas duas gestões estudadas, mas em ambas prevalece a interferência dos partidos. O processo de escolha dos conselheiros em suas entidades é realizado, predominantemente, por meios não democráticos. A relação entre conselheiros, entidade e base representada apresenta-se permeada de fragilidades, distanciamento e pouca interação. Os representantes alegam desinteresse tanto da diretoria da entidade quanto dos seus membros no acompanhamento da atuação do conselho. São demonstradas as diferenças entre a representação eleitoral e a representação em instâncias de participação da sociedade. Diante disso, é apontada que a representatividade nas instâncias de participação social é legitimada a partir da confluência entre representação e participação, viabilizada por meio da proximidade entre representantes e representados e da perene participação e mobilização social. Deve-se considerar que a consolidação de valores democráticos é um processo lento gradual e que exige avaliação e aperfeiçoamento constantes. Os conselhos de saúde, nesse decurso, constituem-se em fecundo instrumento de fomento à prática participativa e à gestão democrática.

Palavras-Chave- Democracia; Conselhos de Saúde; Políticas de Saúde; Participação Política; Governo Estadual.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the Bahia State Health Council as a place for the collective development of state health policies. It aimed to analyze: the power of interference of the council in defining and driving the state health policy; factors that interfere in the political action of counselors; and the representation and representativeness of counselors. The data and information were collected through semi-structured interview, document analysis and participant observation. The study analyzed the period between 2003 and 2011 in order to observe two State administrations with different ideological matrixes. Aiming to subsidize analysis, the study discussed the following theoretical categories: democracy, representation, power, participation and deliberation. The authors sought to find health councils in the process of expanding democracy and also to foster further discussion on their contributions and influences to the deliberation of health policy. The results showed the existence of asymmetric power relationships and the fragile capacity of social entities to carry out propositions about health policy. It is observed that the council has considerably advanced towards the expansion of participation of social entities. However, it kept a low influence on the direction of the state health policy. Within this context, it is evidenced that the Bahia State Health Council experienced a limited and incomplete democratization process. Stresses are manifested in the relationship between the state council and the bipartite inter-management commission (CIB). The results show that the CIB has a strong influence on the definition of the health policy and that the council has been weakened in the process of deciding the paths and priorities of the policies to be implemented. It is observed that people and union representatives maintain links and affiliations with left-wing parties and that these parties have a strong influence on counselors' decisions. The research shows that despite the differences between the two government managements both were influenced by the parties. The selection of counselors is performed, most of the times, through non-democratic means. The relationship among counselors, entity and represented base is full of fragility, detachment and little interaction. The representatives allege lack of interest by the entity directors and by its members to monitor the council operation. Differences were observed between the electoral representation and the representation in case of society participation. Given that, the representativeness in cases of social participation is corroborated by the confluence between representation and participation that is made possible through the close relationship between representatives and represented people, strong participation and social mobilization. It is important to consider that the consolidation of democratic values is a slow and gradual process that requires constant improvement and assessment. Thus, the health councils are important instruments to foster participatory practice and democratic management.

Key-Words- Democracy; Health Councils; Health Policy; Social Participation; State Government.

SUMÁRIO

Parte I- Definição do Objeto em Estudo

1. Introdução	15
2. Objetivos	27
2.1. Objetivo Geral	27
2.2. Objetivos Específicos.....	27
3. Considerações Metodológicas	28
3.1. Obtenção dos dados e informações.....	30
3.2. Análise das entrevistas.....	36
3.3. Questões éticas	37

Parte II- Aporte Teórico

4. Aporte Teórico	40
4.1. Características e limitações dos regimes democráticos liberais.....	40
4.2. Relações Estado e Sociedade	48
4.3. Democracia deliberativa e a ideia substantiva de democracia	53
4.4. Formas de representação e os instrumentos de legitimidade	59
4.5. Relações de poder no âmbito dos conselhos de saúde.....	68
4.6. Participação e deliberação nos conselhos de saúde	77

Parte III- Resultados e Discussão

5. Histórico, Estrutura e Organização do CES/BA	85
5.1. Estrutura organizativa do conselho	87
5.2. Composição do CES/BA	95
5.3. Frequência das entidades às reuniões do CES/BA	106
5.4. Formação da pauta e principais assuntos discutidos no CES/BA.....	113
5.5. Tipos e temas das deliberações do conselho.....	120
5.6. Síntese do capítulo.....	124
6. Poder de Interferência do CES/BA na Definição e Condução da Política de Saúde do Estado	126
6.1. Os modelos de gestão das unidades prestadoras de serviço.....	133

6.2. Relação entre o conselho estadual e a Comissão Intergestores Bipartite...	141
6.3. Síntese do capítulo.....	145
7. Articulações e Interferências Políticas: a força das influências externas	
sobre a postura e o agir dos conselheiros de saúde	148
7.1. Interferência partidária no CES/BA durante o governo carlista.....	148
7.2. Interferência partidária no CES/BA durante o governo petista.....	154
7.3. Militância Múltipla e Trânsito Institucional: a interpenetração entre partidos políticos, movimentos sociais e governo	160
7.4. Síntese do capítulo	170
8. Representação e Representatividade no Conselho Estadual de Saúde da Bahia	172
8.1. Escolha dos representantes para o CES/BA	173
8.2. Relação representante, entidade e base representada	176
8.3. Representação de interesses entre os conselheiros de saúde	181
8.4. Em que os conselheiros se baseiam para definir suas posições	185
8.5. Síntese do capítulo.....	191
9. Considerações Finais	193
REFERÊNCIAS	200
ANEXOS e APÊNDICES	214

Parte I

Definição do Objeto de Estudo

1. Introdução

A Democracia é o regime político mais valorizado no mundo contemporâneo. A quase totalidade dos países adota oficialmente esse modelo como regime político oficial. No entanto, a democracia possui sentido polissêmico e existem consideráveis diferenças entre as diversas concepções democráticas. Matizes ideológicas antagônicas e diversos grupos de interesses fazem apologia à democracia pra se referirem a práticas e objetivos divergentes.

Para Ugarte (2004), a afirmação que a democracia é a forma de governo na qual os cidadãos participam é incipiente e corresponde a apenas parte da verdade. A compreensão do sentido de democracia requer esclarecimentos de quem são os cidadãos, ou seja, identificação de quem tem o direito de participar, de qual participação se trata e quais são suas modalidades. Desse modo, o sentido da democracia é determinado a partir do espaço ocupado pelo *demos* na condução dos destinos políticos e econômicos da sociedade.

De acordo com as premissas da teoria liberal do Século XIX, a democracia foi pensada como o mais aperfeiçoado dos regimes políticos. Contudo, a prática liberal se distanciou enormemente daquilo que a teoria clássica pensou como tal (GERSCHMAN, 2004a). O avanço do capitalismo liberal e a necessidade de multiplicação dos negócios das oligarquias proprietárias, que deveria contar com o aval e o consentimento popular, determinou a restrição da democracia à dimensão mínima de forma e procedimento.

No entanto, a sociedade contemporânea está diante de uma nova gramática social. A partir do declínio das nações socialistas do leste europeu até o processo de total liberalização dos mercados, denominado globalização, a disputa política e semântica em torno do sentido de democracia tornou-se ainda mais acirrada (NOBRE, 2004). A partir da segunda metade do Século XX, as relações entre Estado e sociedade mudaram profundamente e a dinâmica social impôs novos comportamentos e posturas aos atores individuais e coletivos. Nessa conjuntura,

as correlações de força se alteraram e a democracia representativa passou a ser questionada enquanto método capaz de responder às demandas materiais, culturais e por participação da sociedade.

Observa-se, então, a eclosão de várias iniciativas de promoção da participação social. Movimentos e fóruns participativos são criados com o propósito de ampliar a democracia para além do processo eleitoral. Segundo Avritzer (2007a), a eleição é uma entre as múltiplas dimensões da democracia e da relação entre Estado e Sociedade Civil. Para o autor, o alargamento da democracia decorre da ampliação dos espaços onde se exerce o direito de escolha, tornando-se mais pertinente avaliar a magnitude dos regimes democráticos não questionando quantos votam, mas em quantos lugares se votam (AVRITZER, 2007a).

Todavia, devemos destacar que o alargamento da democracia corresponde a muito mais do que a ampliação dos locais onde se exerce o ato de votar. Esta se fundamenta, sobretudo, nos resultados do processo democrático. É necessário resgatar o sentido substantivo da democracia, não como procedimento eleitoral ou, apenas, multiplicação das arenas, mas fortalecer o ideal democrático em seu sentido de justiça social.

No Brasil, o discurso democrático apresenta-se como consenso e bandeira de luta dos diversos segmentos sociais. Por outro lado, o Estado brasileiro é precisamente autoritário. Historicamente, a sociedade brasileira apresenta traços profundamente elitistas e excludentes (GERSCHMAN, 2004a). No que se refere às políticas públicas, a ampliação e a efetivação dos benefícios sociais têm se relacionado com a democratização da gestão e a ampliação dos canais participativos, o que também tem contribuído para superar os traços autoritários ainda existentes.

O Brasil tornou-se referência do debate internacional acerca do aprofundamento da reforma democrática, particularmente, graças à onda de novas experiências participativas na definição de prioridades ou no desenho de políticas públicas, notadamente conselhos gestores

e orçamento participativo (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006). Santos e Avritzer (2005) destacam a peculiaridade do Brasil no que diz respeito ao papel da participação na construção da democracia, após um período de duas ditaduras no Século XX, os movimentos sociais tiveram papel ativo na redemocratização do país. As ações dos movimentos sociais, alicerçada na capacidade de aglutinar pessoas e propor mudanças, demandaram novas práticas políticas que acabaram por gerar novas formas de participação consagradas na Constituição de 1988. Nesse sentido, a constituição cidadã estabeleceu 14 princípios participativos na organização do Estado brasileiro e o mais importante desses é a participação da sociedade civil na deliberação sobre políticas públicas (AVRITZER, 2009).

Nas últimas décadas, a onda das reformas participativas atingiu vários países. As pressões da sociedade civil por mais participação fez multiplicar reformas participativas, que possibilitaram inserir na agenda pública as demandas e aspirações de movimentos sociais. No Brasil, as reformas participativas conseguiram prover a abertura de muitos órgãos e entidades estatais aos movimentos e representações da sociedade. Nesse sentido, o país torna-se exemplo e laboratório para as demais nações do planeta por possibilitar a disseminação da participação da sociedade nas mais variadas áreas de políticas públicas, em todos os níveis de gestão, e nos diversos momentos do ciclo da política – planejamento, gestão, execução e avaliação das políticas (CÔRTEZ, 2009).

O setor saúde preconiza e serve de modelo a essa prática participativa no país. O amplo envolvimento e participação da sociedade, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, desencadearam uma série de mobilizações que resultaram na institucionalização da participação por meio das conferências e dos conselhos de saúde. Nesse contexto, os conselhos de saúde representam importante inovação democrática na organização do setor, com a particularidade de se situarem na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro (GERSCHMAN, 2004a).

No que tange ao arcabouço legal, a Constituição de 1988 instituiu no Artigo 198 a participação da comunidade como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1998). Em 1990, são publicadas as Leis Orgânicas da Saúde, Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL 1990a, 1990b), que institucionalizam e regulamentam a participação popular e o controle social na gestão do SUS, tendo como instâncias legalmente instituídas as conferências e os conselhos de saúde.

Os conselhos de saúde são de caráter permanente e deliberativo e sua função é atuar na definição de políticas públicas e no acompanhamento da gestão, atuando inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Estes conselhos têm composição que privilegiam a participação comunitária. Possuem caráter paritário, em que metade dos componentes é de representantes dos usuários e a outra metade é destinada aos demais representantes, profissionais de saúde e prestadores de serviços, inclusive gestores (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2003).

Desta forma, a população conquista um importante espaço para influenciar e definir os rumos das políticas de saúde e para acompanhar e fiscalizar as ações de saúde desenvolvidas. A atuação da sociedade, a partir dos conselhos, possibilita a construção de um plano de gestão coletiva, confere maior transparência nas alocações e execução de recursos e favorece o acompanhamento da atuação dos políticos e dos técnicos da administração pública (GERSCHMAN, 2004a).

Labra (2005), ao realizar uma estimativa do número de conselhos de saúde no Brasil, prevê a existência de mais de 5.700 conselhos, incluídos o Conselho Nacional de Saúde, os conselhos estaduais, os municipais, bem como os regionais, os distritais e os locais. Essa miríade de espaços de participação, com poder deliberativo sobre as políticas de saúde, constitui-se no mais amplo fenômeno de democratização setorial e de compartilhamento de poder do Estado com a sociedade.

Os conselhos de saúde congregam, atualmente, milhares de cidadãos que, investidos no papel de representantes de segmentos sociais, discutem com gestores e profissionais os rumos mais adequados para o SUS e para a saúde da coletividade. Desta forma, constituem-se em uma densa constelação de espaços de participação, interlocução e aprendizado de valores democráticos e de cidadania.

Uma nova modalidade de relacionamento da sociedade com o Estado é instituída a partir dos conselhos. Esses fóruns possibilitam a aproximação e inserção da sociedade civil nos núcleos decisórios, constituindo-se em instrumento de democratização do Estado. Os conselhos são, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia (MARTINS, *et al.*, 2008; GERSCHMAN, 2004b).

No campo das práticas, vários estudos apontam limitações e entraves no funcionamento e dinâmica desses fóruns (BISPO JÚNIOR e SAMPAIO, 2008; GERSCHMAN, 2004b), afastando-os do ideal democrático. Labra (2009) aponta quatro ordens de questões impeditivas para o bom funcionamento dos conselhos de saúde: 1) a existência de espaços onde não se respeita o Estado de Direito e não há prestação de contas ou transparências das ações governamentais; 2) diminuta cultura cívica e limitação do associativismo nacional; 3) complexidade e incertezas inerentes ao processo de produção de políticas públicas; 4) dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e baixa qualidade da atenção ainda presente em alguns setores do SUS.

Escorel & Moreira (2009) identificam algumas características que consideram como obstáculos ou empecilhos para os conselhos se constituírem como espaços de democracia deliberativa. Essas características são: 1) distorções na representação e representatividade dos conselheiros; 2) isolamento e falta de recursos para o funcionamento adequado do conselho;

3) baixa efetividade dos conselhos na formulação e acompanhamento da política de saúde; 4) predomínio do caráter fiscalizador e de controle sobre o caráter participativo.

Os marcos normativos são evidenciados por Martins e colaboradores (2008) como elementares para a consolidação dos conselhos. No entanto, os autores destacam que esses instrumentos legais são necessários, mas não suficientes para uma efetiva participação em saúde. E apontam como entraves para a efetiva desenvoltura dos conselhos de saúde: ausência de uma cultura política participativa no Brasil; ingerência política do gestor sobre o conselho; debilidades na representação e representatividade dos conselheiros; desconhecimento da população e pouca visibilidade das ações do conselho; e reformas de ajuste macroestrutural que vão de encontro às políticas e direitos sociais.

Como visto, os conselhos apresentam problemas e dificuldades diversas que obstaculizam o efetivo desempenho dos mesmos. Gerschman (2004a), ao refletir sobre a maturidade da democracia brasileira destaca que as dificuldades para a sua consolidação requerem uma discussão específica sobre a relação entre democracia e Estado, o que exige conceituar a democracia em relação à esfera pública e à privada, ao indivíduo e à sociedade, à justiça e à equidade.

Importante destacar que a participação no Brasil está longe de ser homogênea e modifica-se a depender da cultura política local, do grau de mobilização social e da disposição das autoridades em respeitar e valorizar o envolvimento da sociedade na gestão. Assim, em muitas localidades existem experiências participativas transformadoras e em outras, situações de inócua participação e parca mobilização.

Em estudo sobre a participação na região nordeste do Brasil, Avritzer (2007) busca contribuir para a reelaboração do que chama de “senso comum acadêmico” acerca do Nordeste como região não participativa. O autor realizou a pesquisa em municípios nordestinos com população acima de 100.000 habitantes, dos estados da Bahia, Ceará e

Pernambuco. Os resultados evidenciaram uma realidade complexa, multifacetada e com grandes diferenças dentro dos próprios estados. Alguns municípios ou regiões possuem uma tendência associativa com maior tradição de organização da sociedade civil e processos de deliberação participativos, ao passo que outros mantêm uma forte cultura coronelística e com pouca transparência na gestão pública.

Embora se conclua que a média associativa da região nordeste seja mais baixa do que a da região sudeste, destaca-se a existência de uma institucionalidade participativa nas cidades da região, com destaque para municípios administrados por partidos de centro-esquerda, com tradição de resistência às forças conservadoras e que mantêm instrumentos de democratização da gestão, a exemplo do orçamento participativo (AVRITZER, 2007).

O efeito da cultura participativa sobre a estrutura administrativa e financeira é destacado por Avritzer (2007), ao sinalizar que quanto maior a tradição participativa e deliberativa, maior é o impacto direto sobre as estruturas governamentais. A boa política participativa exige uma administração pública eficiente, isto porque a participação gera uma demanda maior por serviços e funcionários das áreas de política sociais. No entanto, os governos não têm capacidade de atender de maneira imediata às carências demandadas, e isto pode converter-se em um catalisador do descrédito, da frustração e do abandono. Assim, a criação e, sobretudo, a manutenção de entidades participativas estão condicionadas à capacidade do Estado proporcionar respostas adequadas às deliberações das entidades, bem como, de organizar as demandas emergentes.

Coelho (2004) discute que, de maneira geral, os conselhos têm contribuído de forma bastante modesta tanto na incorporação das demandas da sociedade civil na política de saúde, como na ampliação do controle social sobre essa política. Em pesquisa realizada sobre o conselho de saúde da cidade de São Paulo, avalia positivamente a ampliação da participação por meio dos conselhos, todavia aponta que esse mecanismo não assegura a todos os afetados

pela política em questão a chance de terem seus interesses representados. Considera ainda que os conselhos estão desempenhando um papel de baixo relevo no processo político de definição da política de saúde. Como sugestão para potencializar as ações do conselho destaca a publicização e formalização dos procedimentos de escolha dos representantes e ampliação dos processos de discussão e decisão internos aos conselhos.

A questão dos custos da participação, assunto pouco discutido nos estudos sobre os conselhos gestores, é destacada por Coelho (2004) como de relevância primordial para sustentação da prática participativa. A ampliação da participação social e o mecanismo de deliberação, por meio dos conselhos com representações difusas, desencadeiam em custos sociais e econômicos, tanto do processo de mobilização política quanto da capacidade de coordenação das instâncias participativas. Os precursores e defensores da ampliação da participação social no projeto constitucional parecem não ter percebido o quão custoso é construir instituições participativas, principalmente em ambientes de baixa tradição participativa ou junto a segmentos mais pobres e vulneráveis. Resta saber se os sujeitos sociais envolvidos, tanto estatais quanto societários, estão dispostos e motivados a arcar com esses custos para promoção da participação (COELHO, 2004).

A dificuldade do conselho em constituir-se como órgão verdadeiramente deliberativo e propositivo, bem como a dificuldade de fazer cumprir suas deliberações são apontadas em diversos estudos (ESCOREL e MOREIRA, 2009; GERSCHMAN, 2004b). Vale destacar que a disputa de poder referente aos rumos das políticas públicas ocorre em várias arenas. Nesse sentido, a inclusão de atores da sociedade civil ao processo decisório faz com que outros atores, que mantinham hegemonia de poder sobre as decisões, tenham que compartilhar espaço tanto discursivo como de ações efetivas para viabilização de interesse. Acontece que os atores hegemônicos não apresentam tanta disposição em ver seus interesses serem questionados e alterados por interferência dos recém chegados representantes da sociedade

civil. Assim, a ampliação da participação não ocorre de maneira pacífica e faz com que as forças tradicionais busquem outros espaços além do conselho para fazer valer seus interesses.

Importante destacar o crescimento considerável do número de conselheiros provenientes de organizações sociais principalmente das categorias de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e de associações comunitárias, movimentos sociais e ONG, ao passo que se observa a diminuição da participação dos representantes governamentais e de mercado (CÔRTEZ, 2009). O aumento na proporção de conselheiros sociais é uma indicação de que esses conselheiros aumentaram seu poder sobre o processo decisório no conselho. Todavia, o aumento da participação dos usuários nos conselhos de saúde, não significa, necessariamente, maior influência na condução das políticas. Côrtes (2009) destaca que, paradoxalmente, a estratégia de ‘conquista do poder’ no âmbito do conselho pode ter colaborado para que o poder do conselho sobre o processo decisório tenha diminuído.

Isto porque, os atores ao terem sua influência minada no ambiente dos conselhos de saúde buscam outros espaços políticos para fazer valer seus interesses. A exclusão de atores de mercado, de médicos e de gestores levou esses sujeitos a buscarem outros espaços de deliberação. Os gestores fortaleceram os espaços da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que passaram a ser os principais fóruns colegiados de decisão de âmbito federativo e de coordenação do SUS. Por sua vez, os atores de mercado buscaram a articulação direta com gestores ou com os poderes judiciário e legislativo. Esses atores apenas reduziram a sua influência no âmbito dos conselhos e não no contexto da política, *pari passu*, os conselhos assumiram uma posição secundária do processo decisório (CÔRTEZ, 2009).

O desvirtuamento dos conselhos de saúde enquanto espaço deliberativo é potencializado pelo próprio desenho institucional do SUS, especialmente pela existência das

comissões intergestores como fórum de negociação e pactuação de políticas, o que pode sugerir uma superposição de atribuições com os conselhos. Para Côrtes (2009) essa situação é ainda mais delicada em se tratando do Conselho Nacional de Saúde e dos conselhos estaduais.

No Brasil, há uma grande quantidade de pesquisas, acadêmicas e de avaliação de serviços, sobre participação social, ainda que na vasta produção existente predominem análises de casos singulares, que abordam, especialmente, o funcionamento de conselhos municipais de saúde (LABRA, 2005). As publicações sobre os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) são mais escassas na literatura científica nacional. São poucos os estudos sobre o desempenho dos CES na definição das políticas de saúde estaduais. Dentre os trabalhos sobre CES merece destaque a publicação de Escorel & Delgado (2008) que realizaram estudo sobre os conselhos de todos os estados do país, com ênfase na organização, funcionamento, estrutura e atuação dessas instâncias e, a partir dos resultados, traçaram um perfil dos Conselhos Estaduais. Na análise de casos singulares, observam-se apenas o estudo de Silva & Labra (2001), que analisaram o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e o de Pereira, Côrtes e Barcelos, (2009) que analisaram o CES do Rio Grande do Sul. Não foram encontrados publicações de estudos, nas bases de dados nacionais ou internacionais, sobre o funcionamento do CES de algum estado do Nordeste.

As políticas estaduais de saúde passaram, a partir de 1990, por intensos processos de mudanças desencadeados principalmente pelo avanço da descentralização da gestão do SUS. Muitas ações que eram de responsabilidade dos estados foram transferidas para esfera dos municípios, bem como funções que estavam a cargo do governo federal também foram repassadas para os municípios sem qualquer interferência ou diálogo com os governos estaduais.

Neste contexto, a atuação dos conselhos estaduais desponta como de fundamental importância para definição e acompanhamento das responsabilidades do estado sobre a política de saúde. Também, no processo de coordenação e articulação da participação no âmbito do estado, por meio do acompanhamento e suporte aos conselhos municipais e locais de saúde. Avritzer (2007) destaca que as instituições participativas municipais e regionais seguem a lógica da política estadual de saúde instituída.

Assim, conhecer e analisar a realidade pertinente aos CES emana como necessidade preeminente para o fortalecimento dos espaços de participação social no Brasil. O presente estudo tem como propósito analisar o Conselho Estadual de Saúde da Bahia enquanto espaço de construção coletiva das políticas de saúde estaduais, bem como analisar os fatores que interferem no agir político dos conselheiros.

A fim de subsidiar a análise do CES da Bahia buscou-se o apoio nas categorias teóricas: democracia, representação, poder, participação e deliberação. Numa perspectiva de localizar os conselhos de saúde no processo de ampliação da democracia e aprofundar as reflexões sobre as contribuições e influências dos conselhos no processo de deliberação da política de saúde.

Na parte teórica do trabalho, foram discutidas as características e restrições da democracia liberal enquanto forma e procedimento e a necessidade do estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade. Buscou-se analisar o processo de ampliação da participação democrática e o sentido substantivo da democracia, visto que direitos civis individuais e procedimentos de escolha dos dirigentes não garantem, necessariamente, a democratização dos direitos sociais.

Diante de novos formatos participativos e de novos espaços de representação, discutiu-se, também, as tipologias de representação política e a legitimidade dessas representações. A categoria poder foi debatida com o intuito de se conhecer as tipologias

clássicas do poder, as relações estabelecidas e os mecanismos de dominação utilizados. Ainda no aporte teórico, foram discutidas as possibilidades de ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde e os mecanismos de participação e deliberação no âmbito dos conselhos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Analisar o Conselho Estadual de Saúde da Bahia enquanto espaço de construção coletiva das políticas de saúde estaduais, em duas gestões com matizes político ideológicas distintas.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever a estrutura e a organização do Conselho Estadual de Saúde da Bahia;
- Analisar o poder de interferência do CES/BA na definição e condução da política de saúde do estado;
- Identificar e analisar os fatores que interferem no agir político dos conselheiros e nas posturas assumidas;
- Analisar a representação e a representatividade dos conselheiros de saúde da Bahia.

3. Considerações Metodológicas

Ao considerar que as instâncias de participação social na área de saúde constituem-se em espaços de conflito extremamente complexos, heterogêneos e permeados de contradições, com atores pertencentes a classes sociais diversas, onde se confrontam e se harmonizam ideologias e interesses muitas vezes antagônicos e com correlação de forças também desiguais, optou-se pela abordagem qualitativa do estudo. A pesquisa qualitativa é capaz de desvelar o mundo dos sentidos e significados do atores e de suas posições, sendo adequada para apreender a significação dos indivíduos e dos grupos sociais na disposição e conformação das estratégias da arena decisória.

Segundo Minayo (2010), o método qualitativo é o que melhor propicia uma apreensão das relações entre o indivíduo e a sociedade, entre as ideias e a base material, entre a realidade e a sua compreensão pela ciência, e as correntes que enfatizam o sujeito histórico e a luta de classe. Dessa forma, a abordagem qualitativa é entendida como a mais adequada para compreensão da dinâmica relação estabelecida no processo de participação social nos sistemas de saúde e dos conflitos decorrentes dos diversos interesses que permeiam os conselhos. A partir da compreensão da determinação histórica das relações sociais é que se pode identificar o espaço ocupado pelos atores sociais, individual ou coletivo, e como avançam e retrocedem as forças políticas em constante tensão na dinâmica do CES/BA.

Ainda sobre a abordagem qualitativa, Demo (1995) aponta esse método como o mais fecundo para analisar os fenômenos históricos e sociais. O método qualitativo permite ao investigador compreender os fenômenos sociais como resultado da convivência de contrários e contradições que se harmonizam. Para Demo (1995), a investigação qualitativa privilegia: (a) a contradição e o conflito predominando sobre a harmonia e o consenso; (b) o fenômeno da transição, da mudança, do vir a ser sobre as estabilidades; (c) o movimento histórico; (d) a

totalidade e a unidade de contrários. Desta forma, em virtude da dinâmica e complexa realidade dos espaços de participação social na área de saúde e consubstanciado nos marcos de referência anteriormente citados sobre a abrangência e capacidade do método qualitativo, compreende-se que esse método constitui-se no mais adequado para apreensão do fenômeno a ser estudado.

A presente investigação caracteriza-se como Estudo de Caso com níveis de análise imbricados (YIN, 2010), em que o campo de estudo foi constituído pelo Conselho Estadual de Saúde da Bahia.

Com a criação do CES/BA, em 1991, o setor saúde abre espaços para democratização das políticas de saúde no estado e incorpora novos atores institucionais à cena decisória. Desta forma, entidades e movimentos sociais, com reconhecida história de luta em defesa de direitos sociais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado da Bahia (FETAG-BA) e Pastoral da Criança, passam a fazer parte do conselho de saúde e ter a oportunidade de interferir na condução da saúde no estado.

No entanto, o estado da Bahia vivenciou, na década de 1990, grande contradição no que se refere à instância decisória da saúde. No momento em que o SUS assume uma postura de democratização dos espaços de decisão, com a criação dos conselhos e conferências de saúde, na Bahia assume e perdura por 16 anos um governo conservador e de tradição autoritária. Assim, é conformada uma situação rica de contradições, um governo conservador e autoritário torna-se responsável por instituir uma nova gestão democrática na área da saúde.

A quase totalidade dos anos de existência do Conselho Estadual de Saúde, 1991 a 2006, foram vividos sob o jugo desse modelo de gestão. Todavia, em 2006, o grupo carlista perde a eleição estadual para o Partido dos Trabalhadores. A partir de 2007, assume o governo do estado um grupo político que defende ideias de democratização da gestão e de envolvimento da população na condução das políticas públicas.

Frente a esse contexto, apresentaram-se várias inquietações sobre o fenômeno da participação social no conselho de saúde da Bahia. Qual o agir político determina os processos decisórios no CES/BA? Qual a influência dos representantes dos usuários e trabalhadores nas decisões do conselho? Houve mudança no agir político e na condução do CES/BA a partir das mudanças do governo? Quais os interesses motivam o agir dos representantes? Assim, estes e outros questionamentos que emanaram no decorrer do processo investigativo balizaram o desenvolvimento da pesquisa.

3.1. Obtenção dos dados e informações

Os dados e informações que subsidiaram a presente investigação foram apreendidos tanto por meio de fontes primárias como secundárias. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante; os dados secundários por meio de análise documental. A utilização dessas múltiplas fontes objetivou promover a triangulação dos dados na perspectiva de melhor apropriação do fenômeno da participação no conselho estadual de saúde. Para Flick (2009a) a combinação das técnicas de observação participante, entrevista e análise de documentos apresenta grande potência para a interpretação e desvelamento de fenômenos sociais complexos.

Ao combinar diferentes técnicas de investigação, o pesquisador tem a maior chance de superar as limitações inerentes a uma única abordagem ou a natureza unidimensional dos dados. O princípio norteador da triangulação fundamenta-se no fato de que uma questão de pesquisa é analisada por múltiplos pontos, o que demanda ao pesquisador assumir diferentes perspectivas sobre uma questão em estudo. Assim, a triangulação na pesquisa qualitativa é sugestiva que devem ser coletados fatos objetivos e atitudes subjetivas; observações do

presente devem ser complementadas por material histórico; devem-se aplicar as observações não evidentes da vida espontânea; e entrevistas planejadas e diretas (FLICK, 2009a).

O recorte temporal do estudo foi delimitado no intuito de se analisar duas gestões com linhas ideológicas distintas. A última gestão carlista, ocorrida entre 2003 e 2006, e a gestão petista, entre 2007 e 2011. Para a gestão do PT foram contemplados o período do primeiro mandato e o primeiro ano do segundo mandato, visto que não houve dissolução de continuidade em decorrência da reeleição do governador Jacques Wagner. No âmbito da SESAB se manteve a mesma linha política com a continuidade do secretário de saúde e do mesmo *staff* de dirigentes.

A técnica de entrevista semiestruturada foi escolhida por sua capacidade de apreender dados de natureza subjetiva relacionados às atitudes, aos valores e às opiniões dos sujeitos, simultaneamente atores dos processos. Cruz Neto (1998) ressalta a importância da entrevista e destaca que a mesma não significa uma conversa despreziosa ou neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. De maneira semelhante, Flick (2009b) aborda que nas entrevistas não encontramos apenas uma reprodução ou representação do conhecimento existente, mas, sobretudo, uma interação com relação ao tema e à realidade em estudo.

A entrevista caracteriza-se como instrumento privilegiado de coleta de informações em virtude da capacidade da fala em desvelar a representação de um determinado grupo. A fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2010).

Nessa pesquisa, foram entrevistados 20 conselheiros e exconselheiros estaduais de saúde, representante de usuários, profissionais de saúde, prestadores e gestores. No Quadro 01

são apresentadas a relação dos entrevistados e suas respectivas entidades e segmentos. Deve-se destacar que a entidade/segmento do representante diz respeito ao período em que o mesmo foi conselheiro estadual de saúde, o que não necessariamente coincide com a função ou área de atuação no momento da entrevista. Isto porque, existem casos de sujeitos que foram conselheiros estaduais representando determinados segmentos e no período da entrevista atuavam em outras funções, seja no governo ou em outra entidade social.

A escolha dos entrevistados fundamentou-se no critério intencional, determinado pelo protagonismo do conselheiro ou de suas posições, ação ou omissão, frente aos encaminhamentos e posturas do CES/BA. Para seleção dos sujeitos da pesquisa foram utilizadas diversas estratégias de identificação destes informantes chave apresentadas a seguir.

No primeiro momento, realizou-se análise da frequência dos conselheiros às reuniões plenárias, entre 2003 e 2011, para identificar os indivíduos mais assíduos. Em seguida foi realizada análise das atas das reuniões, com identificação dos pontos de maior tensão e embates nas reuniões plenárias. Nesse sentido, foram identificados os conselheiros que tiveram atuação de maior destaque no decorrer dessas discussões, seja no apoio ou oposição das propostas de governo. A partir da análise das atas, de conversas com os próprios conselheiros de saúde e com servidores da Secretaria Executiva do conselho foram identificados conselheiros e exconselheiros que tiveram atuação destacada dentro do período de análise da pesquisa, selecionando-os alguns deles para serem entrevistados. A etapa da observação das reuniões também possibilitou a identificação dos indivíduos com maior participação e capacidade de vocalização de demandas, tanto as corporativas como as abrangentes sobre as políticas de saúde.

Quadro 01- Relação de conselheiros e ex-conselheiros de saúde entrevistados, por categoria de representação, 2012.

Número Entrevista	Entidade	Segmento
Entrevista 01	CUT/CTB	Usuário
Entrevista 02	FETAG	Usuário
Entrevista 03	SINDIMED	Trabalhador em Saúde
Entrevista 04	CUT	Usuário
Entrevista 05	SINDSAÚDE	Trabalhador em Saúde
Entrevista 06	Ministério da Saúde	Prestador/Gestor
Entrevista 07	Portadores de Patologia	Usuário
Entrevista 08	UFBA	Prestador/Gestor
Entrevista 09	SINDIMED	Trabalhador em Saúde
Entrevista 10	SESAB	Prestador/Gestor
Entrevista 11	UFBA	Prestador/Gestor
Entrevista 12	SINDSAÚDE	Trabalhador em Saúde
Entrevista 13	Federação do Comércio	Usuário
Entrevista 14	Prestador Privado	Prestador/Gestor
Entrevista 15	FIEB	Usuário
Entrevista 16	COSEMS	Prestador/Gestor
Entrevista 17	SESAB	Prestador/Gestor
Entrevista 18	COSEMS	Prestador/Gestor
Entrevista 19	FIEB	Usuário
Entrevista 20	Prestador Privado	Prestador/Gestor

As entrevistas foram guiadas por um roteiro previamente definido (ANEXO A). O número total de sujeitos da pesquisa foi definido pelo processo de saturação teórica, obtido pela relevância das informações e das reflexões apresentadas. Como sugere Minayo (2010), o quantitativo de sujeitos entrevistados é definido pelo aprofundamento e abrangência da compreensão dos vários setores sociais (grupo, organização, política ou representação) sobre o fenômeno em estudo.

A técnica de análise documental foi escolhida em virtude dos documentos terem a capacidade de desvelar a situação e o contexto em que foram produzidos, além de explicitar os valores culturais e ideológicos que motivaram e determinaram sua produção (SERAPIONI & ROMANÍ, 2006). Os documentos analisados foram:

- Atas do Conselho (entre 2003 e 2011)- Buscou-se identificar a frequência dos conselheiros; pauta das reuniões e principais assuntos discutidos; temas mais polêmicos e desencadeadores de discussões mais acirradas em plenário; posturas e posições assumidas pelos diversos segmentos; e quais as deliberações e encaminhamentos das reuniões.
- Resoluções do Conselho (entre 2003 e 2011)- Foram analisadas todas as Resoluções publicadas pelo do CES/BA e as Homologações do gestor da SESAB. Buscou-se identificar o tipo de resolução – se *ad referendum* ou deliberada em plenário – e os temas/conteúdo dessas resoluções.
- Regimentos Interno do CES/BA- Foram identificados e analisados todos os regimentos do conselho, desde a sua instalação, em 1993, até 2012. Neste processo, buscou-se identificar a estrutura organizativa do conselho ao longo de sua existência, bem como a composição do plenário e a distribuição dos assentos entre os segmentos.

- Relatórios de Gestão (entre 2003 e 2010)- Foram utilizados para consulta e comprovação de informações, conforme relato dos entrevistados, e para verificação das ações implementadas pelos gestores.
- Foram também consultadas e analisadas leis, portarias e decretos da SESAB, que guardaram relação com a atuação do CES/BA.

A técnica de observação participante foi escolhida por sua capacidade de captar as dinâmicas e interações estabelecidas nas relações (TRIVIÑOS, 1995). Segundo Agrosino (2009), essa técnica constitui-se na mais adequada para identificar condutas, ações e reações de indivíduos em interação. No presente estudo, foi utilizada, especialmente, no intuito de desvelar conflitos, posturas assumidas e regras de convívio estabelecidas entre os conselheiros. Realizou-se observação das reuniões plenárias do conselho no período de um ano, entre maio de 2011 e abril de 2012.

As reuniões observadas foram: 176ª reunião ordinária, realizada em 26 de maio de 2011; 177ª reunião ordinária, realizada em 29 de junho de 2011; 178ª reunião ordinária, realizada em 28 de julho de 2011; 179ª reunião ordinária, realizada em 25 de agosto de 2011; 180ª reunião ordinária, realizada em 27 de outubro de 2011; 181ª reunião ordinária, realizada em 24 de novembro de 2011; 182ª reunião ordinária, realizada em 07 de dezembro de 2011; 183ª reunião ordinária, realizada em 11 de janeiro de 2012; 184ª reunião ordinária, realizada em 07 de março de 2012; e 185ª reunião ordinária, realizada em 12 de abril de 2012.

Para melhor sistematizar a observação das reuniões, desenvolveu-se um roteiro de acompanhamento das mesmas (ANEXO B). O registro dos fatos observados e das impressões do pesquisador sobre a dinâmica estabelecida foi realizado em diário de campo, utilizado também como fonte de dados durante a análise. Deve-se destacar que embora o nome da técnica utilizada seja observação participante, a postura do pesquisador durante as reuniões

plenárias ficou restrita à observação, sem realizar qualquer intervenção ou participação nos debates, que por vezes também envolvia não conselheiros. A adoção de tal posicionamento objetivou minimizar a interferência no cenário pesquisado e também não induzir opiniões entre os conselheiros que seriam posteriormente entrevistados.

Além das reuniões plenárias, também foi realizada observação durante a VIII Conferência Estadual de Saúde da Bahia, ocorrida entre 12 e 15 de setembro de 2011. Pela primeira vez na história do estado, a conferência foi uma organização conjunta entre Secretaria de Saúde do Estado e Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Neste sentido, os conselheiros estaduais tiveram uma participação destacada tanto nas questões logísticas e estruturais da conferência, como na condução dos trabalhos e mediação dos debates. Diante disso, o foco principal da observação foi a participação e a postura dos conselheiros no decorrer da conferência. Além do mais, foram observadas questões gerais sobre a dinâmica da conferência e papel desempenhado pelos delegados dos vários segmentos representados.

3.2. Análise das entrevistas

O processo de análise das entrevistas foi realizado em duas fases distintas e complementares. A primeira fase foi constituída por tratamento do material e identificação das categorias temáticas conforme técnica proposta por Bardin (2009). No segundo momento, análise propriamente dita, foi realizada pela Técnica de Análise do Discurso (ORLANDI, 2009a; 2009b).

Na primeira fase, as entrevistas foram transcritas *ipsis litteris*. Em seguida, realizaram-se leituras em profundidade das transcrições com a identificação e codificação das unidades de registro e unidades de análise. A partir da análise das unidades de registro e unidades de análise foram identificados os núcleos de sentido contidos em cada entrevista. Então,

realizou-se: (a) síntese vertical, com a identificação e junção de núcleos de sentido semelhantes na fala de cada sujeito; (b) síntese horizontal; identificação e junção de núcleos de sentido semelhantes entre as falas de todos os entrevistados. A partir desse processo foram definidas as categorias e subcategorias temáticas do estudo (BARDIN, 2009).

Para a segunda fase, a opção pela Técnica de Análise do Discurso foi motivada pelo fato dessa técnica preconizar que o discurso não constitui um universo de signos que serve apenas como instrumento de comunicação ou suporte de pensamento. O discurso é elemento de mediação necessária entre o homem e a sua realidade, é lugar de conflito e de confronto ideológico, não pode ser estudado fora da sociedade uma vez que os processos que os constituem são histórico sociais (PECHEUX, 2009).

Do ponto de vista operacional, a análise foi realizada buscando-se identificar as três dimensões analíticas do discurso: (a) Relação de Força- lugar social e posição relativa do locutor e do interlocutor; (b) Relação de Sentido- a interligação entre este e os vários discursos; (c) Relação de Antecipação- experiência ante projetada do locutor em relação ao lugar e à reação de seu ouvinte (ORLANDI, 2009a). Segundo Orlandi, esse movimento que acontece no interior do discurso é ao mesmo tempo o processo, o produto e o centro nevrálgico da produção social do texto como constitutivo do seu sentido (ORLANDI, 2009b).

3.3. Questões éticas

Para a realização da pesquisa foi solicitada autorização formal ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia, sendo a mesma concedida conforme demonstrado no Ofício Externo nº 26/2011 emitido pela Secretaria Executiva do CES/BA (APÊNDICE A).

De acordo recomendação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi encaminhado para a apreciação e avaliação do

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ. Após análise, o referido comitê emitiu parecer favorável a realização do estudo, sob protocolo CEP/ENSP – 151/2011, CAAE: 0165.0.031.000-11 (APÊNDICE B).

Anteriormente à realização das entrevistas realizou-se os esclarecimentos quanto aos objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa, bem como à liberdade de participar ou ausentar-se do estudo em qualquer momento. Após todos os esclarecimentos necessários, procedeu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C) por parte do entrevistador e entrevistado, ficando uma cópia em posse de cada um.

Além das observações referentes ao TCLE, foram obedecidas todas as recomendações da Resolução CNS 196/96 no que concerne ao respeito, não maleficência, dignidade e autonomia dos sujeitos da pesquisa, bem como da utilização dos dados e informações obtidos na pesquisa exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Parte II

Aporte Teórico

4. Aporte Teórico¹

4.1. Características e limitações dos regimes democráticos liberais.

A concepção liberal de democracia constitui-se como hegemônica na grande maioria dos países ocidentais. Este modelo está estruturado a partir de valores individuais e procedimentos formais com o intuito de estabelecer processos de tomada de decisão e regras de convivência político-partidária. A igualdade e a liberdade configuram-se como fatores precípuos das democracias liberais. Todavia, esses valores estão centrados em acepções individuais e privatistas, como a igualdade perante a lei e a igualdade de oportunidades, bem como, liberdade apenas jurídica do direito a não interferência do poder do soberano na autonomia privada. Do ponto de vista macroestrutural, Dahl (2009) considera como principais características dos regimes democráticos as eleições periódicas, a concorrência entre partidos, o direito de associação, a separação dos poderes e o respeito e garantia dos direitos individuais.

A concepção minimalista considera a democracia como procedimento e como forma. Essa corrente defende uma concepção restrita aos princípios gerais e regulamentos que torne o convívio possível. Shumpeter (1984) enfatiza que a democracia é um método político e deve ser compreendida como arranjo institucional para se alcançar decisões políticas. Nesse sentido, a democracia é entendida enquanto uma atividade meio, utilizada como instrumento para um propósito específico relacionado ao processo decisório. Bobbio (2009) caracteriza o regime democrático como um conjunto de regras de procedimentos para a formação de decisões coletivas, em que está prevista e facilitada a participação dos interessados. Além

¹ Parte deste capítulo deu origem ao artigo 'Potencial participativo e função deliberativa: um debate da ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde' publicado na revista Ciência & Saúde Coletiva em janeiro de 2013 (BISPO JÚNIOR & GERSCHMAN, 2013)

disso, inclui no conceito geral de democracia a estratégia de compromisso entre as partes para o respeito às decisões.

Habermans (2002), ao discutir os modelos normativos de democracia, considera que o modelo liberal utiliza o regime democrático como estratégia de aglutinação e identificação de interesses. O Estado, como aparato da administração pública, e a sociedade, como sistema estruturado segundo as leis de mercado, constituem-se em dois extremos e cabe ao processo democrático atuar como mediador dos interesses. Assim, o regime democrático liberal tem a função de congregar e impor interesses sociais em particular mediante um aparato estatal já especializado no uso administrativo do poder político para fins coletivos (HABERMANS, 2002).

Diante da inviabilidade da democracia direta, o governo representativo foi pensado como método adequado para viabilização do regime democrático. Nesse sentido, a democracia representativa busca aliar interesses liberais ao discurso democrático. A democracia liberal foi pensada como forma de separar a elite proprietária, que deveria conduzir os interesses do Estado, do *demos*, a quem caberia legitimar a posição das elites e suas decisões. O liberalismo apresenta a necessidade de separação entre uma cúpula proprietária, politicamente competente e responsável pela administração dos interesses públicos, e uma massa proletária a ser dirigida e representada pelos superiores sociais. O que o regime liberal idealiza é manter uma oligarquia proprietária com o apoio eleitoral da multidão popular (WOOD, 2003). Assim, segundo Manin, Przeworski e Stokes (2006) o governo representativo foi idealizado com o intuito de manter a distância entre representação e representados e não com o propósito de potencializar a democracia e distribuir poder.

Frente a esse contexto, o sufrágio universal surge como sinônimo de democracia e distribuição de poder. A possibilidade de estender o direito de escolha à massa trabalhadora confere o *status* de democrático aos regimes liberais. A eleição é utilizada como

procedimento e instrumento da sociedade para escolha dos representantes e das políticas. Por meio do voto, a população tem a chance de eleger entre as opções ideológicas e de políticas públicas a que melhor se adéqua às suas expectativas.

Urbinati (2006) destaca o voto como mecanismo de autorização, sanção e legitimidade. A democracia liberal deixa clara a distinção entre uma classe política profissional e os representados, e a eleição funciona como um mecanismo para conferir legitimidade aos representantes que deliberam acima das influências dos cidadãos. Do ponto de vista formal, o voto tem a função de conceder autorização às elites governantes para conduzir às políticas do Estado. Em casos de insatisfações ou práticas de governo desaprovadas pela população, a eleição funciona como mecanismo de sanção ou veto. No sentido de que o partido ou oligarquia política desaprovada passa pelo constrangimento de perder as eleições e o poder é concedido à outro grupo político.

O fim das oligarquias não é uma pretensão da democracia liberal, pelo contrário o que se deseja é presença de muitas delas em concorrência pelo poder (SCHUMPETER, 1984). A disputa e competição entre as elites oligárquicas conferem o caráter democrático ao regime. E quanto mais forte o embate político e maior a disputa entre governo e oposição, mais forte é a democracia. Lijphart (2008) denomina o modelo com acirrada concorrência entre oligarquias, como democracia majoritária. O autor embasa-se na premissa de que a oposição de hoje pode tornar-se o governo de amanhã, desta forma, com a rotatividade do poder entre os grupos políticos e os campos ideológicos o regime assume postura democrática.

Nesse modelo, caberia ao povo apenas a prerrogativa de escolha, entre as elites em disputa, de qual grupo terá a função de conduzir o governo. Para visão elitista shumpeteriana, a deliberação não é uma atividade para o *demos*. Cabe às elites governar e ao povo é destinada a função de votar e não fazer mais do que dormir entre as eleições (DRYZEC, 2004). Assim, o modelo liberal combinou o elitismo nas instituições políticas, único lugar da deliberação, e

legitimação popular, localizada na votação como ato de autorização. O primeiro, o domínio da competência e o segundo o domínio do consentimento (URBINATI, 2006).

No que diz respeito às modalidades de decisão, Bobbio (2009) destaca como critério fundamental da democracia a regra da maioria. O processo decisório democrático ou é efetuado a partir do consenso, condição em que as decisões são concordadas por todos os envolvidos, ou é decidido pelo princípio da maioria, quando não há consenso entre os deliberantes. Assim, são consideradas decisões coletivas aquelas aprovadas por pelo menos metade mais um daqueles a quem compete tomar as decisões. No entanto, para os regimes liberais, o poder da maioria não é um poder absoluto. A regra da maioria não significa desconsideração e esmagamento da minoria. Embora a vontade da maioria deva prevalecer, a manifestação das opiniões de todos os envolvidos necessita sempre ser garantida, isso por respeito ao princípio das liberdades individuais. É necessário que sejam garantidos os direitos de liberdade, de opinião, de expressão, de reunião, de associação e de contestação.

Para Sartori (1994), três fatores embasam as democracias modernas: o poder limitado da maioria, os procedimentos eleitorais e o poder designado aos representantes. Essa visão é corroborada por Touraine (1996) ao afirmar que para o pleno exercício da democracia deve-se combinar a lei da maioria com o respeito às minorias. Ainda no que tange às dimensões da democracia, Dahl (2009) aponta a tríade representatividade dos governantes, cidadania e limitação do poder como elementos essenciais do processo democrático.

Neste sentido, a limitação do poder é apresentada como princípio fundamental da democracia liberal. A regra da maioria está sempre acompanhada da recomendação sobre a necessidade de controle do poder. A supremacia das liberdades individuais e as regras do mercado tornam-se incompatíveis com uma hegemonia de mando extremamente fortalecida.

Alguns autores consideram que não existe definição de democracia que possa deixar de incluir a visibilidade ou transparência do poder político (DAHL, 2009; SARTORI, 1994;

SHUMPETER, 1984). Não é possível falar de democracia a não ser como controle dos atores sociais sobre o poder exercido (TOURAINÉ, 1996). A democracia representa um sistema em que ninguém pode assumir um poder irrevogável e nenhum indivíduo detém propriedade sobre o poder absoluto. Não é suficiente definir a democracia pelo respeito à vontade geral, pois esta nem sempre é justa, tampouco preserva sempre o pleno respeito dos direitos fundamentais. Onde está presente a intolerância religiosa, étnica ou ideológica, quase sempre o desejo da maioria é a supressão dos direitos fundamentais ou até mesmo a extinção e o genocídio dos grupos minoritários.

A concepção minimalista e procedimental é criticada por conduzir a insuficiências e superficialidades no âmbito dos arcabouços institucionais e deliberativos dos governos (LAVALLE, HOUTZAGER E CASTELLO, 2006). A democracia não admite uma definição restrita ao conjunto de garantias mínimas legais ou ao reino da maioria. Restringir a democracia a um conjunto de garantias institucionais é contê-la no âmbito das liberdades negativas (TOURAINÉ, 1996). A participação do *demos* não pode ficar restrita a um ato de autorização ou escolha de representantes e deve ir muito além dos procedimentos eleitorais.

Embora a instituição do sufrágio universal tenha representado um incremento à prática participativa, não é adequado considerar que a democracia se esgote no processo eleitoral. A crítica ao modelo liberal não provém da ausência de democracia, mas da limitação do ato procedimental como instrumento de expressão das aspirações e necessidades da população (BAQUERO, 2009). A propalada democracia ocidental, que os países do hemisfério norte procuram impor, muitas vezes pelo uso da força, aos demais países do globo, apresenta sérias limitações em relação à amplitude e legitimidade.

Atores coletivos têm questionado e governos têm promovido iniciativas destinadas ao incremento da participação social e ampliação dos mecanismos de interlocução entre governo e sociedade (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006). Assim, é possível verificar a

multiplicação de espaços institucionalizados de participação, tanto no Brasil (AVRITZER, 2007) como em muitos outros países (SERAPIONI e ROMANÍ, 2006), a promover inclusão de novos atores sociais no debate e condução de diversos setores de governo, especialmente na área social.

O incremento da participação social tem a premissa de tornar os governos mais democráticos e sensíveis às aspirações da população. Nos regimes liberais existem distorções sobre a identificação das preferências da sociedade, isto porque, os mecanismos de auscultação às demandas são débeis. As preferências são identificadas a partir dos resultados das eleições, que indicariam as opções ideológicas da maioria votante.

No entanto, como chama atenção Lavalle, Houtzager e Castello (2006), há sérias controvérsias e ressalvas quanto à capacidade das eleições de tornar governos realmente representativos das demandas dos cidadãos. As eleições democráticas e representativas distam de ser sinônimo de indicação de preferências, isso, sobretudo, pela natural incapacidade de configuração desse processo. Os resultados dos processos eleitorais podem até registrar o bruto da opinião pública, mas não tem envergadura para representar a vontade popular e o desejo coletivo (DRYZEC, 2004).

A competência da democracia formal em expressar as preferências e vontades sociais esbarra-se na questão que o voto é uma manifestação individual e, em muitos casos, circunstancial. Quando traduzimos ideias em votos, tendemos, às vezes, a nos esquecer dessa complexidade e assumir que os votos refletem preferências individuais, ao invés de representarem opinião (URBINATI, 2006). Embora os resultados das eleições expressem a vontade da maioria, há sólido repertório de considerações técnicas sobre os limites estruturais do método representativo e sua impossibilidade em produzir diagnósticos do interesse geral a partir da agregação de votos. Além do mais, utilizar apenas o voto como instrumento de controle e sanção dos governantes torna o mecanismo democrático ineficaz para o

acompanhamento dos governos. O voto constitui-se como mecanismo de controle extremamente laxo sobre as decisões dos políticos eleitos e francamente nulo sobre as burocracias encarregadas de implementá-las (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006).

Outro fator que torna frágil o modelo representativo é a perda da centralidade dos partidos e sindicatos como entidades agregadoras de interesses e de ideologias. No cerne do governo representativo não convém que a expressão da vontade coletiva ou das aspirações sociais ocorra de maneira individualizada e fragmentada. Carece da atuação de um mediador coletivo capaz de aglutinar as pessoas, organizar as ideias e propor políticas e direcionamento do governo. No entanto, partidos e sindicatos vem, gradativamente, perdendo força e importância na arena da disputa democrática. Uma parcela significativa da população, não reconhece os sindicatos e os partidos políticos como representantes dos seus interesses e não creditam a essas entidades a função de conduzir ou balizar os rumos dos governos. Na Sociedade Política contemporânea, cada vez mais os indivíduos e não os grupos são os protagonistas da vida política.

Um dos principais fatores que moldaram essa nova realidade da democrática contemporânea é a própria dinâmica do modelo liberal representativo. Para Urbinati (2006), a teoria democrática, por influência dos interesses liberais e mercantis, tem sofrido uma metamorfose no sentido de desvalorização da representação coletiva. A autora destaca que cada vez mais se superestima a escolha das pessoas e se subestimam a eleição de políticas e ideologias. Isso tem contribuído para moldar o comportamento do grande eleitorado que acaba votando em candidatos individuais e não em agregados de crenças e ideias.

No contexto midiático das democracias contemporâneas, os programas e compromissos de campanha são definidos pela lógica do cálculo conjuntural a respeito dos humores do eleitorado (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006). O marketing

político ocupou posição de maior importância estratégica nas eleições do que as plataformas ou bandeiras dos partidos. Agregado a isso, a performance individual do candidato ou mesmo seus atributos físicos como beleza e simpatia tem ganhado cada vez mais importância para conquista de votos.

Também, a tecnocracia e o aumento do aparato burocrático do Estado apresentam-se como obstáculo ao desempenho da democracia liberal. Bobbio (2009) considera que o desenvolvimento do governo dos técnicos e o crescimento burocrático do Estado estão entre os principais fatores que limitam o desenvolvimento da democracia. Nobre (2004) chama a atenção que a participação do cidadão na vida pública está sendo substituída pela decisão técnica da burocracia estatal.

Com o desenvolvimento da sociedade industrial e de mercado aumentaram os problemas de ordem tecnológica que requerem competências técnicas específicas e exigem cada vez mais a presença de especialistas. A democracia sustenta-se sobre o prisma de que todos podem decidir a respeito de tudo. A tecnocracia, ao contrário, preconiza que os convocados a decidir são apenas os poucos detentores de conhecimentos técnicos específicos. A sobrevalorização do conhecimento técnico promove crescentes exclusões em determinados campos do saber. Decisões que afetam a vida de milhões de pessoas ficam restritas nas mãos de especialistas ou da burocracia estatal (BOBBIO, 2009). Nesses casos, ocorre a perda de controle sobre o processo de decisão política e econômica pelos cidadãos e seu crescente domínio por formas de organização burocrática (SANTOS e AVRITZER, 2005).

Diante do exposto, podemos observar as fragilidades da democracia liberal no que concerne à insuficiência dos procedimentos formais e eleitorais em identificar e expressar as aspirações sociais coletivas. Além disso, ressalta-se que a própria dinâmica liberal e de mercado conduziu a depreciação das instâncias representativas por excelência, como sindicatos e partidos. Essa situação pode sugerir supressão das lutas político ideológicas com

o objetivo da transformação social, como também estabelecer uma nova dinâmica social e novas relações entre Estado e sociedade.

4.2. Relações Estado e sociedade

A relação entre Estado e sociedade civil tem sido profusamente debatida no âmbito das ciências sociais e da ciência política. Gramsci (2001) desenvolveu uma concepção de Estado, para muito além do governo. Nesse sentido ampliado, ele considera que o Estado é composto por duas grandes esferas: a Sociedade Política e a Sociedade Civil. A Sociedade Política, que pode ser entendida como Estado em sentido estrito, é caracterizada como o ambiente em que a classe dominante detém o monopólio legal do poder e da repressão. O espaço da Sociedade Política é utilizado para administrar os negócios da classe dominante e os interesses da burguesia. A Sociedade Civil é considerada como conjunto de organismos ‘não estatais’, habitualmente da esfera privada e responsável pela aglutinação e formação dos interesses sociais. Possuem forte poder de elaborar e difundir ideologias. São, em sua maioria, organismos sociais coletivos voluntários e relativamente autônomos em relação à Sociedade Política. Alguns exemplos de organizações da Sociedade Civil são igrejas, partidos políticos, escolas e meios de comunicação (SEMERARO, 2007).

Tanto as categorias Estado quanto Sociedade Civil, em seu significado atual, apresentam-se de forma emaranhada e com limite poroso e pouco definido (BORON, 2003). Espaços de participação social e mecanismos de democratização do processo decisório são exemplos de aproximação e indefinição dos limites da relação entre Estado e Sociedade Civil. Para Santos e Avritzer (2005), a democracia é uma gramática de organização da sociedade e da relação entre o Estado e a sociedade. Questões sobre os papéis e limites da ação do Estado

e da Sociedade Civil permeiam constantemente o debate sobre os mecanismos de democratização e participação.

Existem ações que são exclusivas da Sociedade Civil e onde não cabe a interferência do Estado? Até onde deve ir o Estado no desenvolvimento de políticas sociais? Qual o limite entre responsabilidade social do Estado e paternalismo estatal? Questionamentos dessa natureza, por certo, alimentarão ainda por muito tempo o debate sobre a temática em virtude da complexidade do tema e das demarcações imprecisas das ações estatal e da sociedade.

Para alguns autores, a conceituação de Sociedade Civil aglutina, de maneira indevida, uma miríade de atores societários díspares dentro de uma lógica comum (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006). Côrtes (2009) recorre a uma nomenclatura própria para se referir a distinção entre os tipos de atores e seus interesses nos fóruns participativos. A autora utiliza os conceitos de atores estatais e societais, ao se referir àqueles que agem, representando interesses de órgãos públicos ou de governo, no caso dos primeiros, e representando interesses de coletividades ou particulares, nos caso dos segundos.

Todavia, considera que o conceito de atores societais é muito amplo para expressar diferenças essenciais entre dois tipos de atores: os sociais e os de mercado. Enquanto os primeiros estão associados ao conceito de 'Sociedade Civil' e tem a função de defender os interesses comunitários de democratização das políticas públicas, os segundos estão relacionados com a noção de economia de mercado e buscam diminuir a provisão de serviços estatais e a interferência do Estado sobre a economia (CÔRTEZ, 2009). Assim, sugere a utilização dos termos: atores estatais – representantes governamentais; atores sociais – representantes da população e entidades civis; e atores de mercado – representantes da iniciativa privada (CÔRTEZ, 2009). Essa conceituação não se dá como mero exercício de taxonomia, mas, sobretudo, constitui-se em importante delimitação ideológica para

diferenciar os atores e seus interesses divergentes, que por um olhar menos apurado poderiam estar aglutinados sob o manto da Sociedade Civil.

Côrtes enfatiza os limites do conceito de Sociedade Civil para análise das relações entre Estado e sociedade (CÔRTEZ, 2009). Destaca tanto a necessidade de desmistificação da positividade atribuída ao conceito de Sociedade Civil, vista como portadora de interesses gerais, quanto a negatividade conferida às instituições políticas, que tendem a agir de acordo com interesses corporativos e particulares. Tanto atores estatais como societais, refletem e realizam escolhas movidas por interesses das instituições que representam, bem como, por ideias e crenças compartilhadas por eles. Os atores agem, também, constrangidos e estimulados pelas instituições e pelas relações e redes sociais que construíram ao longo de suas trajetórias políticas. Desta forma, os fóruns participativos podem moldar a postura dos atores e, por constrangimento, induzirem posicionamentos não esperados para o tipo de entidade que representam.

Diante da complexidade da relação entre Estado e Sociedade Civil e da porosa linha entre responsabilidades e limites de suas ações, Gallegos (2009) sintetizou em quatro tipologias, os vínculos de interação entre os organismos sociais e o Estado:

- Tipo I, organizações da Sociedade Civil versus o Estado- Essa relação é estabelecida, principalmente, por movimentos sociais que mantêm um discurso com forte teor anticapitalista. São, geralmente, movimentos reivindicativos de uma nova forma de organização social. Mantém forte crítica à ação estatal e o objetivo maior é a tomada do poder e implementação de uma nova institucionalidade governamental. São exemplos o movimento Zapatista mexicano e o movimento indígena andino. A agenda de luta está pautada na defesa dos menos favorecidos, na identidade e na soberania.

- Tipo II, organizações da Sociedade Civil e o Estado- Essas organizações não fazem uma confrontação direta com o Estado, embora veja com desconfiança a ação estatal. Desempenham uma ação independente e buscam estabelecer limites claros entre ação estatal e as responsabilidades da Sociedade Civil. A transformação social não está na sua pauta de reivindicações, para esses movimentos a resolução dos problemas sociais se dará pela gestão eficiente do problema e o envolvimento comunitário. Possuem, em geral, visão mercantilista e gerencialista, introjetando grande parte do discurso neoliberal. As Organizações Não-Governamentais (ONG) e Organizações Sociais (OS) são os principais exemplos desses tipos de unidades.
- Tipo III, organizações sociais com o Estado- A principal característica desse tipo de relação é o estabelecimento de ações de co-gestão a partir da articulação da entidade social com o Estado. Buscam incidir na tomada de decisões políticas, estabelecer cobranças efetivas para melhorar as condições de vida dos excluídos e empoderar os mais frágeis. Democratizar a ação do Estado, por meio de um maior protagonismo das organizações da Sociedade Civil, perpassa como um dos seus principais objetivos. De maneira geral, mantém considerável protagonismo no nível local, mas com baixa influência nos níveis mais centrais de poder.
- Tipo IV, organizações sociais no Estado- Este é um processo de incorporação e institucionalização dos atores no âmbito do Estado. Entidades da sociedade assumem espaços em fóruns de discussão e decisão com agentes estatais. Esse processo busca não só dar voz aos atores sociais, mas, também, promover o envolvimento comunitário e buscar soluções compartilhadas para deliberação e efetivação de políticas. Sua principal forma de manifestação ocorre com a implementação dos conselhos gestores de políticas públicas.

Frente a esta classificação é possível considerar que os conselhos de saúde, assim como os demais tipos de conselhos da área social, se enquadram no tipo IV de relação entre Estado e Sociedade. A incorporação de atores sociais no interior do Estado e na cena decisória representa um avanço do ponto de vista da democratização do poder e de valorização da cidadania. Por outro lado, a experiência dos fóruns participativos e deliberativos trouxe consigo alguns potenciais riscos de desvirtuamento e distorção tanto da atuação dos representantes não estatais como da própria relação entre Estado e sociedade.

Dentre essas distorções na prática dos conselhos, merecem destaque o neocorporativismo e clientelismo estatal. A representação centrada em algumas entidades sociais pode fazer com que essas entidades desempenhem nos fóruns deliberativos uma ação neocorporativa, de defesa apenas dos interesses das entidades que representam, deixando de lado as questões sociais mais amplas e de interesses da sociedade como um todo. Um exemplo dessa prática é a postura, nos conselhos de saúde, de algumas representações de portadores de patologias específicas, que muitas vezes oferecem apoio a outros setores em troca de adesão às suas reivindicações de acesso à medicamentos ou tratamentos específicos.

O clientelismo também está presente nas relações entre representantes de governo e representantes sociais. No entanto, esse fenômeno mudou e o clientelismo tradicional adaptou-se a nova dinâmica das relações entre Estado e sociedade. A tradicional figura do coronel foi substituída por políticos profissionais e o curral eleitoral deu lugar a poderosas máquinas políticas muito bem organizadas (LABRA, 2009). O que caracteriza a prática clientelista é a negociação de bens e serviços em troca de apoio eleitoral. E em sua nova vertente denominada de clientelismo estatal expressa que os favores e recursos são distribuídos e direcionados aos grupos de pessoas e não mais aos indivíduos isoladamente. Ações políticas e obras públicas são destinadas a bairros, associações ou cidades inteiras, e os

cabos eleitorais logo tratam de promover a visibilidade do fato, como sendo uma conquista do político em defesa daquela comunidade.

Também, práticas de cooptação de lideranças têm sido mostradas como uma ação comum nos conselhos de saúde (LABRA, 2009; GALEGOS, 2009). A aproximação entre os representantes dos movimentos sociais e os representantes dos dirigentes pode conduzir a uma situação de assédio com o objetivo de interferir na atuação dos representantes da sociedade. A baixa mobilização das entidades em sua base e a falta de acompanhamento dos representantes por parte dos representados pode facilitar e potencializar esse processo. Aliado a isso, o desenvolvimento de oligarquias dentro das instituições sociais, com formação de cúpulas dirigentes que se perpetuam no poder, constitui-se em terreno fértil para as ações de cooptação.

4.3. Democracia deliberativa e a ideia substantiva de democracia

Pensar a ampliação da democracia é pensá-la para além das liberdades negativas. Direitos individuais liberais ou a regra da maioria não garantem os resultados ou benefícios à população como um todo. Conforme destaca Vita (2004), democracia como procedimento, não resulta, necessariamente, em justiça social. A regra procedimental de tomada de decisões coletivas é compatível com quaisquer resultados que dela resulte, inclusive os considerados injustos socialmente.

Por outro lado, conforme metáfora de Wood (2003), o perigo é que poderíamos ser tentados a jogar fora o bebê com a água do banho, ou seja, rejeitar alguns avanços da democracia liberal junto com o capitalismo. Deveríamos, ao contrário, reconhecer os benefícios da democracia formal e expandir seus princípios de liberdade e igualdade,

dissociando-os do capitalismo, para negar que este seja o único ou melhor meio de promover democracia (WOOD, 2003).

A discussão entre capitalismo e democracia é entremeada por opiniões divergentes e contraditórias. Alguns autores (TOURAINÉ, 1996; VITA, 2004) alegam que o desenvolvimento dos direitos civis e políticos só foi possível graças aos princípios do regime liberal. Em vertente contrária, Wood (2003) afirma que capitalismo e democracia são antitéticos. Embora se tenha avançado no que tange às liberdades individuais e à igualdade cívica, a democracia liberal capitalista deixa intacta a questão dos direitos sociais. Desigualdade e exploração socioeconômicas se perpetuam mesmo diante da garantia dos direitos universais. E ainda destaca, que a regra primeira da sociedade capitalista são os imperativos do lucro e da acumulação, não existindo sociedade capitalista em que o poder popular e as necessidades sociais tenha precedência sobre esses fatores (WOOD, 2003).

A igualdade entre os indivíduos, característica sempre presente no discurso liberal de democracia, recebe consistentes questionamentos a partir do crescimento das desigualdades sociais. Desta forma, o cenário estabelecido na sociedade capitalista é de igualdade formal com desigualdade real. E nesse contexto, os procedimentos eleitorais e a igualdade civil não são condições suficientes para a consolidação da democracia (GERSCHMAN, 2004a). A ideia de ampliação da democracia está fundamentada no princípio de atenção às necessidades e demandas dos cidadãos. Lavallo, Houtzager e Castello, (2006) apontam que as preocupações em reformar a democracia não são motivadas apenas pelas insuficiências do arcabouço institucional da representação política, mas, sobretudo, pela necessidade de tornar a democracia mais responsiva. Estado democrático é o que responde às demandas dos cidadãos.

Assim, o debate e as divergências em torno da compreensão da igualdade e da liberdade, e suas repercussões sociais e políticas, perpassam pelo debate sobre os modelos de democracia. Para compreensão do papel do *demos* no sistema político e das novas formas de

participação e envolvimento comunitário, a exemplo dos conselhos de saúde, é preciso refletir sobre o questionamento: de qual democracia estamos falando?

Ugarte (2004) traçou um panorama da teoria democrática e considera a necessidade dos regimes contarem com uma noção mínima de democracia funcional. No entanto, aponta consideráveis diferenças estruturais e ideológicas de cada regime. O autor classifica a teoria democrática em três grupos: teoria do *public choice*; modelo deliberativo de democracia; e teoria da democracia substantiva. Vejamos algumas das principais características desses modelos.

A teoria do *public choice*, de matriz schumpeterina, é também denominada de teoria econômica elitista de democracia. De acordo com esse modelo, os indivíduos são sempre motivados por interesses egoístas e, por conta disso, incapazes de participar da tomada de decisões políticas. Defende que nem todos os sujeitos de uma sociedade estão preparados para exercer a atividade política. Sua visão elitista liberal, já discutida anteriormente nesse capítulo, preconiza a separação entre uma elite política e o povo, em que o papel da grande massa é a eleição do líder, não a participação cidadã na tomada de decisão. Constitui-se no clássico modelo de democracia como método político para a tomada de decisões.

A teoria deliberativa de democracia é fundamentada em duas características principais: (I) o processo de tomada de decisões coletivas deve envolver todas as pessoas, ou os representantes, a qual à referida política se destina; (II) o processo decisório é o resultado do debate e troca de argumentos entre os envolvidos, exigindo sempre respeito aos critérios de imparcialidade e racionalidade. Sobre o conteúdo dessas duas premissas, a primeira representa o elemento democrático da teoria e o segundo o deliberativo (UGARTE, 2004).

Os defensores dessa corrente argumentam que a capacidade da democracia produzir decisões justas e corretas depende da participação ativa e refletida dos cidadãos durante o processo deliberativo. Quanto maior a participação, melhor a democracia e mais justos serão

os resultados (WERLE, 2004; DRYZEC, 2004). Em oposição à compreensão do *public choice*, a teoria deliberativa estima que os cidadãos estão inspirados por espírito cooperativista e sua atuação não se reduz à racionalidade interessada e egoísta.

Democracia deliberativa pode ser entendida como processo idealizado que consiste em procedimentos justos segundo os quais atores políticos engajam-se em uma argumentação racional com o propósito de resolver conflitos políticos. Está relacionada à processos formais e informais de discussão e argumentação pública que buscam justificar o ato de tomada de decisão propriamente dito (WERLE, 2004).

De maneira sucinta, deliberação democrática é competição de discursos (DRYZEC, 2004). Todavia, algumas condições devem ser asseguradas para garantir efetividade e justiça no processo deliberativo. Os cidadãos devem ter condições efetivas de deliberar; o processo argumentativo não pode ser compreendido como espaço de manipulação estratégica dos outros participantes; e os sujeitos devem se ver como livres e portadores de direitos iguais, que podem ou não aceitar os argumentos apresentados para justificar o ato deliberativo (WERLE, 2004). Deliberar pressupõe acesso igual à todo espaço público relevante e também às informações necessárias ao debate e à decisão.

Alguns autores apontam que a deliberação não é simplesmente uma prévia discussão das políticas a serem decididas. Trata-se de um processo que tem por objetivo justificar a decisão com razões que todos poderiam aceitar. Não quaisquer razões, mas aquelas que fundamentariam a decisão numa concepção de bem comum (ARAUJO, 2004).

A democracia deliberativa tem como propósito a configuração de acordos relativos à decisão. No entanto, deve ser destacado que acordo não é consenso. Mesmo porque, no campo da política existem conflitos de interesses que jamais serão resolvidos em definitivo (BOBBIO, 2009). A formação do processo deliberativo envolve múltiplos atores, com olhares e opiniões muitas vezes divergentes. Por outro lado, a existência natural de divergências e

opiniões não pode ser motivo de inviabilidade do diálogo e da construção de decisão. O processo deliberativo não objetiva negar as diferenças, tampouco visa produzir acordos unânimes (WERLE, 2004). O objetivo central de um procedimento decisório é atar a razão pública a uma vontade coletiva (ARAUJO, 2004).

Algumas críticas são direcionadas à democracia deliberativa em sua pretensão de método capaz apaziguar as diferenças e construir decisão coletiva. Ugarte (2004) destaca o caráter utópico de se creditar a todos os representantes uma postura pública livre, culta, responsável, informada e disposta a exercer o espírito republicano de decisão para o bem comum. Associado a isso, a influência dos fatores e forças externas desvirtuam o processo deliberativo. É pouco provável que procedimentos argumentativos de formação de opinião e de vontade política tenham força para se manter imune à pressão dos fatores externos (VITA, 2004). Os recursos de poder, como capacidade de discursar e de se comunicar, têm forte influência sobre o processo deliberativo. A questão é que esses recursos encontram-se distribuídos sempre de maneira desigual entre os participantes e o debate é logo conduzido como jogo estratégico de disputa retórica e manipulação ideológica (ARAUJO, 2004).

Deliberar é um termo polêmico cuja efetivação depende da forma como são processadas as decisões (LABRA, 2009). A deliberação pode ser entendida de duas maneiras, como processo discursivo ou como ato de decisão propriamente dito. Essa dupla possibilidade de interpretação tem fomentado um árduo debate tanto no campo teórico/epistêmico, quanto no campo das práticas, visto da disputa sobre o que de fato se constitui a função deliberativa dos conselhos gestores.

Para este trabalho, adota-se a compreensão de que a deliberação no âmbito dos conselhos gestores envolve tanto o elemento discursivo quanto o processo de decisão sobre a política. Acredita-se que os dois fatores estão imbricados e constitui-se em etapas, concomitantes, do processo decisório.

O terceiro modelo da classificação de Ugarte (2004), democracia substantiva, diz respeito ao conteúdo e aos resultados da democracia. Destarte, a efetivação da democracia perpassa essencialmente pela questão da equidade (GERSCHMAN, 2004) e da redistribuição (SANTOS e AVRITZER, 2005). Para que a democracia seja verdadeiramente democrática, não devem prevalecer apenas procedimentos e formas para a tomada da decisão, mas, sobretudo, existir compromissos e ações para atenção às expectativas e às necessidades dos cidadãos. No cerne da democracia substantiva estão as questões de justiça social e de garantia das condições necessárias tanto para subsistência material, quanto ao acúmulo de saber e informação condizente com uma participação democrática, livre e consciente.

Essa situação evidencia a incapacidade do mercado em dar conta das desigualdades sempre presentes nos regimes liberais (GERSCHMAN, 2004a). Para Santos e Avritzer (2005), a democracia deve envolver tanto o debate sobre as regras de participação e deliberação, como o estabelecimento de critérios para a distribuição da riqueza produzida pela nação. Nesse sentido, o que confere sustância à democracia não é apenas a capacidade do regime em permitir a participação dos indivíduos nos pleitos eleitorais, mas, acima de tudo, sua capacidade de promover resultados considerados justos socialmente.

Os direitos fundamentais do ser humano envolvem não só os direitos de liberdade e os políticos, mas também os direitos sociais. Estes se constituem na dimensão essencial da democracia, porque não se referem apenas à ‘forma’ – ao quem e ao como – mas sim, à ‘substância’ ou conteúdo das decisões. Assim, a comunidade política não tem a prerrogativa de decidir nada contra os direitos individuais e de liberdade e também não pode deixar de decidir o necessário para garantia dos direitos sociais (ARAÚJO, 2004).

Em seu sentido literal, democracia denota poder emanado do povo, contudo, na democracia liberal capitalista à medida que se promoveu a inclusão da grande massa ao sistema eleitoral, se retirou do *demos* a condição de portador de poder social. Wood (2003)

sustenta que a igualdade formal só foi possível graças à separação capitalista entre o econômico e o político. Para a autora, a conquista do sufrágio universal representou um enorme avanço histórico, no entanto, o capitalismo confinou a democracia na esfera ‘política’ formalmente separada da economia. As relações de propriedade e exploração entre capital e trabalho foram mantidas intactas, enquanto se promovia a democratização dos direitos civis e políticos (WOOD, 2003). Desta forma, a dimensão política manteve-se cada vez mais desvalorizada e impotente para transformar as relações sociais.

Para Wood (2003), a separação entre cidadania e classe social opera em duas direções: a classe social não determina o direito de cidadania – e é isso o democrático na democracia capitalista; por outro lado, a igualdade civil não afeta diretamente nem modifica significativamente a desigualdade de classe – e é isso que limita a democracia no capitalismo. A democracia liberal não tem o propósito de valorizar e legitimar o poder do *demos*, nem, tampouco, promover distribuição de riquezas. Essa sua configuração promoveu a usurpação da substância da ideia democrática (WOOD, 2003).

Nesse sentido, a ampliação da democracia não significa, simplesmente, alargar a capacidade do regime para permitir a participação dos indivíduos nos pleitos eleitorais. Ampliar a democracia em direção a sua natureza substantiva está condicionada ao compromisso ético e cidadão de representantes populares e tomadores de decisão, na garantia dos resultados das políticas e manutenção de direitos fundamentais para toda a sociedade.

4.4. Formas de representação e os instrumentos de legitimidade

O exercício da democracia pode ser desempenhado de múltiplas formas. O modelo de democracia semelhante ao desenvolvido na *Ágora* ateniense, em que todos os considerados cidadãos se reuniam e decidiam a respeito dos principais assuntos referentes à polis, está cada

vez mais distante das complexas sociedades contemporâneas. O desenvolvimento industrial, o aumento das populações dos países e, sobretudo, a crescente desigualdade social – com repercussões sobre a educação, o acesso à informação e as condições de decisão – tornam esse modelo de democracia incompatível com a vida moderna. Embora a democracia ateniense não possa ser considerada inclusiva, pois não reconhecia como cidadãos os escravos e as mulheres, esta se constitui como principal referência simbólica da democracia direta

Diante da inviabilidade da democracia direta, uma multiplicidade de concepções e abordagens, muitas vezes antagônicas, foi desenvolvida com o intuito de viabilizar uma forma de governo que se aproximasse do ideal democrático. Nesse sentido, a representação foi pensada como método capaz de garantir a participação, mesmo que de maneira indireta, e de tornar viável a democracia.

Para Urbinati (2006), a democracia direta é sempre a forma política mais democrática, e a representação, um recurso ou uma alternativa *second best*. A complexidade e o grande contingente populacional das sociedades contemporâneas tornam a representação inevitável e a unanimidade impossível (UGARTE, 2004). No que se refere à relação entre dimensão populacional e representação, Dahl (2009) considera que quanto menor for uma unidade democrática maior será o potencial para a participação direta dos cidadãos. Ao passo que nas unidades democráticas mais populosas maior será a necessidade de conferir aos representantes a prerrogativa da decisão. Isto porque, mais difícil será reunir todos os cidadãos, em um determinado ambiente, para decidir sobre os problemas coletivos, além do mais o processo de discussão e decisão torna-se impossível em grandes aglomerados de pessoas e interesses.

Mas, o que podemos entender por representação? Para Piktin (1978), a representação caracteriza-se pelo “agir no lugar de”, visão complementada por Lavallo, Houtzager e Castello (2006) que sugerem como representação o fato de tornar presente alguém ou algo mediante a figura de algum intermediário. Nesse sentido, dois aspectos apresentam-se como

inerentes à representação: o interesse a ser representado e a figura do representante como emissário do representado que, por motivos diversos, não pode se fazer presente.

Em sua origem, a representação foi concebida como mecanismo do direito privado. Os representantes ou agentes autorizados agiam em nome dos seus contratantes para interceder com instruções e objetivos bastante específicos. Dentre os vários tipos de representação privada destaca-se o mandato imperativo. Nesse modelo, o representante assume o compromisso e a responsabilidade de defender delimitados interesses do representado, tem que prestar contas dos compromissos assumidos e pode ser acionado juridicamente pelo representado em caso de quebra de mandato. É um tipo de representação que se esgota na norma e no contrato que autorizam seu mandato ao objetivo previamente definido. Neste caso, o representante é mandatário sem qualquer autonomia decisória. O mandato imperativo assegura a linearidade entre vontade do representado e as decisões do representante (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006).

No governo representativo, a representação política difere consideravelmente do modelo privado, isto porque, mesmo que legalmente instituída ou respaldada por mecanismos obrigatórios de autorização, não garante a correspondência entre a ação do representante e a vontade ou interesse dos representados. A relação entre representante e representado caracteriza-se por momentos de aproximação e distanciamento e nem sempre expectativas dos representados são consideradas. A distinção entre mandato imperativo e mandato representativo é que enquanto no primeiro a representação corresponde ao mandato delegativo e o representante cumpre especificamente o definido nos mecanismos privados de autorização, no segundo é garantida a autonomia do representante para agir em função do seu juízo e interpretações, considerando-se justo priorizar o todo sobre as partes ou os interesses da nação sobre o interesse particular dos eleitores (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006).

Dentre as dimensões do processo representativo a questão da legitimidade apresenta-se como característica de maior relevância para efetivação da representação. Busca-se identificar os fatores que possam conceder legitimidade à representação política. Nesse sentido, a questão da autorização apresenta-se como característica comum e de maior relevância no debate sobre legitimidade da representação. Para Santos e Avritzer (2005) a legitimidade da representação envolve pelo menos três dimensões: a da autorização, a da identidade e a da prestação de contas. Sobre essas dimensões, a prestação de contas apresenta-se como ação recém chegada à prática democrática.

Os mecanismos de *accountability* ganharam notoriedade a partir do processo de ampliação da democracia em que a sociedade passou a exigir clareza e transparência nas ações e posturas dos representantes. No que tange à dimensão da identidade, essa se apresenta em direção contrária à questão da escala populacional, ou seja, quanto maior for o contingente populacional e maior for o número de representados por representante, mais distante fica o representante das identidades da população. Assim, a representação como método do exercício da democracia em escala ampliada não garante que identidades minoritárias sejam representadas adequadamente frente ao processo decisório.

Em outra publicação, Avritzer (2007b) considera como elementos principais da teoria representativa a autorização, o monopólio e a territorialidade. Os conceitos de monopólio e territorialidade não são inerentes à ideia de representação. Em sua origem, as instituições representativas não tinham a primazia de exclusividade territorial e atuavam em um contexto de superposição de soberania. Ou seja, as decisões tomadas poderiam confrontar com decisões de outros espaços de discussão e deliberação sobre a ordem política, o que caracterizava uma superposição de espaço e formas de representação. O monopólio do processo decisório no âmbito do sistema político está relacionado com o surgimento, fortalecimento e desenvolvimento do Estado moderno. Assim, o Estado configura-se como

única instituição com poder de ação dentro de um território definido e o voto adquire posição monopolista enquanto instrumento de representação.

Nesse sentido, a autorização assume centralidade no processo de constituição da legitimidade da representação e a eleição alcança o *status* de principal mecanismo da autorização e de concessão de legitimidade aos representantes eleitos. A democracia ao mesmo tempo em que se expande e se consagra como regime político capaz de possibilitar o envolvimento de todos os cidadãos no processo decisório, também se reduz à dimensão eleitoral e a condição de procedimento para formação de maiorias.

De acordo com a teoria hegemônica da democracia, a legitimidade da representação se justifica pelo ato de autorização (SANTOS e AVRITZER, 2005). Urbinati (2006) chama a atenção para o perigo de se reduzir o consentimento popular a um ato de autorização. Adverte sobre os riscos da representação se limitar apenas às prerrogativas da teoria do consentimento. Segundo a autora, o ato de autorização não pode ser colocado em posição de mais importância que o processo de autorização.

Embora a autorização eleitoral seja essencial para se determinar os limites e a responsabilidade do poder político, ela não nos diz muito a respeito da verdadeira natureza da política representativa em uma sociedade democrática (URBINATI, 2006). Como visto, o processo eleitoral, em sua própria natureza, possui limitações para identificação de preferências, definição de prioridades e representação de identidades minoritárias.

A autorização é questionada como mecanismo exclusivo para definição da legitimidade (URBINATI, 2006). Em um cenário de mudanças profundas nas práticas políticas e de ampliação das formas de participação e representação, a autorização eleitoral mostra-se como mecanismo limitado, insuficiente ou, em alguns casos, ultrapassados para conferir legitimidade ao representante.

Ao se debruçar sobre as novas formas de participação e representação, Avritzer (2007b) destaca que diferentes mecanismos de autorização, além da forma eleitoral, concedem legitimidade à representação. A depender do papel político desempenhado pelo representante a autorização se justifica de diferentes maneiras. O autor classifica em três tipologias os papéis políticos dos representantes: o de agente; o de advogado; e o de partícipe. Importante destacar que nos três casos há o elemento central da representação, “agir no lugar de”, todavia o papel desempenhado varia de perspectiva e pode ser legitimado de diferentes maneiras.

A representação do agente é a típica representação escolhida por processo eleitoral. A legitimidade é justificada pelo voto como ato de autorização. Neste processo, é conferido mandato aos candidatos mais votados que assumem o papel de representar os interesses da massa eleitoral. Trata-se do mecanismo clássico de representação, largamente utilizado tanto para a escolha de representantes político/partidários nos regimes políticos nacionais, como em outros espaços representativos como sindicatos, associações de classe, de moradores, dentre outros. Com o advento das novas formas de participação política, esse mecanismo tem dado sinais de limitações e os outros tipos de papéis políticos, com legitimidades diferentes, têm ganhado cada vez mais importância.

O papel político do advogado, ou ativista de causas públicas ou privadas, prescinde da escolha do indivíduo ou grupo representado. O ativista não é escolhido ou autorizado a falar em nome de quem representa. Como exemplo, as Organizações Não Governamentais (ONG) que desempenham trabalhos e defendem em nível local e global temas ou pessoas que não as indicaram para a função de representante. Quem elegeu a Anistia Internacional como defensora dos direitos humanos ou defensora de pessoas que nem sabem que tal organização existe? Quem conferiu poder ao *Greenpeace* para se constituir em defensor internacional das questões ambientais? Questões desse tipo são ainda mais problemáticas quando se pensa nas

organizações de direitos das mulheres que defendem a autonomia das mulheres em países nos quais elas não têm direitos e, se consultadas, provavelmente diriam que não são a favor desses direitos (AVRITZER, 2007b).

Nesses casos, não existe processo de autorização formal, nem monopólio da representação e nem territorialidade, o que confere legitimidade é a afinidade com o tema ou identificação com a situação de exclusão, de abandono ou de padecimento que o representante julga ser injusta e passível de reversão. Assim, o elemento central da representatividade não é a autorização e sim a identificação com a causa (AVRITZER, 2007b).

O terceiro tipo, o papel político do partícipe, é o típico caso de representação da Sociedade Civil. Essa é uma modalidade de participação que vem ganhando espaço no processo deliberativo de políticas públicas, especialmente das políticas sociais. Sua principal característica é o domínio do conhecimento sobre o tema que determinadas organizações da Sociedade Civil acabam adquirindo. Assim, a experiência e especialização acabam por definir essas entidades como representantes dos interesses da Sociedade Civil em determinados organismos ou fóruns deliberativos sobre políticas públicas. Um bom exemplo é a representação exercida pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, que representa, tanto no debate político nacional, como em espaços deliberativos específicos a exemplo do Conselho Nacional de Saúde, os interesses da comunidade técnico-científica sobre os temas relacionados às políticas de saúde e à saúde coletiva. No entanto, essa associação não foi eleita e não disputou com outras entidades a condição de representante legal dos interesses da comunidade que representa. O que confere legitimidade a essa entidade é a história da militância em defesa da causa e a experiência acumulada em sua trajetória.

Este tipo de representação exerce o papel de criar afinidades intermediárias e agregar solidariedades e interesses parciais. Originam-se no seio da Sociedade Civil, a partir de iniciativas e escolhas de sujeitos sociais. Ao agregar interesses convergentes, o mecanismo de

representação se consolida pela afinidade, o que difere bastante da representação eleitoral, em que o mecanismo de escolha ocorre por meio do voto.

E a questão da legitimidade, o que confere legitimidade a esse tipo de representação? A legitimidade é justificada não pela eleição ou voto na entidade, mas sim, pela identidade e solidariedade com a causa e a trajetória do representante. Neste caso, a justificação da legitimidade ocorre por outras vias, sobretudo, pelo domínio e pela afinidade da relação com o tema (AVRITZER, 2007b). A questão da identidade deve estar sempre em íntima conexão com a representação, independente do tipo de representação. Até mesmo para a representação eleitoral é desejável um grau extraordinário de identificação entre os representantes e representados (REIS, 2004).

O Quadro 02, desenvolvido por Avritzer (2007b), apresenta uma síntese sobre os três diferentes tipos de representação, as formas de legitimidade, a relação com o representado e o sentido da representação. Assim, é importante compreender que existem diferentes tipos de soberania e diferentes tipos de representação, com legitimidades além da eleitoral.

Quadro 02- Formas de representação na política contemporânea

Tipo de Representação	Relação com o Representado	Forma de legitimidade da Representação	Sentido da Representação
Eleitoral	Autorização por meio do voto	Pelo processo	Representação de pessoas
Advocacia	Identificação com a condição	Pela finalidade	Representação de discursos e ideias
Representação da Sociedade Civil	Autorização dos atores com experiência no tema	Pela finalidade e pelo processo	Representação de temas e experiências

Fonte- Avritzer, 2007b

Esses diferentes tipos de representação reportam às questões do papel a ser desempenhado pelos representantes e da amplitude da representação. No que tange a atuação do mandato, o ponto central do debate está entre o controle por parte do representado e a autonomia do representante no desempenho da função. Ou seja, o dilema entre o componente formal/institucional da representação e o componente substantivo ou de formação da vontade (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006).

Embora Urbinati (2006) defenda que os representantes devam agir sempre em defesa dos interesses dos representados e de uma maneira responsiva a eles, Lavalle, Houtzager e Castello (2006) defendem uma postura de busca de equilíbrio. Para esses autores, preservar apenas um dos pólos de tensão entre representante e representados é o caminho mais curto para esvaziar a representação política. Quando se privilegia o polo formal/institucional do representante aumenta-se a distância da representação como atuação para o interesse ou benefício do representado. Por outro lado, ao se priorizar o extremo da busca exclusiva da vontade do representado, o conteúdo político da representação é abalado e, conseqüentemente, perde seu sentido de arranjo institucional destinado a organizar o governo da e sobre a sociedade (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006).

Assim, da mesma forma que a autonomia do representante não pode ser buscada de maneira a promover o isolamento definitivo com relação aos representados, também a vontade dos eleitores não pode ser superestimada de maneira a invalidar a autonomia do representante (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006).

Diante da ampliação dos mecanismos de participação social, em que se tem promovido cada vez mais o envolvimento de atores sociais na discussão e deliberação de políticas públicas, a representação eleitoral tem se mostrado insuficiente para legitimar as novas relações entre sociedade e Estado. A representação eleitoral deve se abrir num contexto de relacionamento com outros tipos de legitimidade. Nesse contexto, a democracia

participativa promove uma contestação do cânone hegemônico democrático liberal em sua pretensão de universalidade e exclusividade (SANTOS e AVRITZER, 2005) e encoraja o desenvolvimento amplo de formas extra eleitorais de ação política (URBINATI, 2006).

A combinação de múltiplas formas de representação, com suas respectivas legitimidades, é requisito necessário ao processo de ampliação da democracia e da representação política. Santos e Avritzer (2005) destacam a necessidade de coexistência e complementaridade entre as formas de participação e representação. A coexistência implica em convivência das diferentes formas de representação, ao passo que a complementaridade vai demandar uma articulação mais profunda entre a forma clássica de representação eleitoral e novas formas de representação da sociedade.

No âmbito dos conselhos de saúde, nenhum dos tipos de representação se adéqua de maneira exclusiva. A representação no conselho é difusa e busca confluir características da atuação institucional e da mobilização social (GERSCHMAN, 2004b). Embora os representantes do conselho devam ser eleitos, a comunidade eleitoral de cada uma das entidades representadas possui características muito peculiares e os eleitores estão restritos aos associados ou partícipes daquela entidade. Nesse cenário, chama a atenção a pouca visibilidade da eleição para conselheiro em suas respectivas entidades, além do fato de que em muitos casos não há eleição e os representantes são indicados pelas cúpulas dirigentes (GERSCHMAN, 2004b; LABRA, 2005).

4.5. Relações de poder no âmbito dos conselhos de saúde

As relações de poder estabelecidas entre gestores, prestadores, profissionais de saúde e representantes dos usuários permeiam a discussão de vários estudos sobre os conselhos de saúde (BRONFMAN & CARNEVALE, 2000; RAMOS, 2004; SERAPIONI & ROMANÍ,

2006; BISPO JÚNIOR & SAMPAIO, 2008). Isto ocorre por serem os conselhos, fóruns compostos por representação com interesses distintos, muitas vezes antagônicos, e que utilizam os recursos de poder que dispõem para fazer prevalecer suas aspirações.

O processo de descentralização, vivenciado no país a partir da implantação do SUS, constitui-se em uma ferramenta central de deslocamento do poder político e decisório e um novo espaço mais facilmente permeável à participação dos cidadãos. A efetiva descentralização, preconizada pela legislação sanitária, possibilita que os cidadãos exerçam o controle social e tenham maior poder de interferência na elaboração, implementação e condução das políticas de saúde (GERSCHMAN & VIANA, 2005).

Todavia, a implantação de conselhos de saúde e a existência de representação dos usuários, assegurada como requisito jurídico da paridade, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção da sociedade na definição das políticas de saúde (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006).

A respeito dos fatores que podem influenciar no processo participativo, Côrtes (2002) destaca que existem cinco mais influentes: (a) mudança recente na estrutura institucional do sistema de saúde brasileiro; (b) organização do movimento popular e sindical; (c) relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais; (d) posição das autoridades federais, estaduais e municipais com relação à participação; (e) dinâmica e funcionamento dos fóruns.

De acordo com a natureza desses fatores, duas questões podem ser destacadas. Primeiro, deve-se considerar que esses determinantes relacionam-se e afetam-se mutuamente, e, portanto, estão em constante interação de um todo integrado e conflituoso. Em segundo lugar, dentre esses fatores, destacam-se como principais: a organização da população local; e a disposição das autoridades em respeitar e incentivar as decisões coletivas.

Com relação à posição do gestor, essa pode ser considerada fator decisivo para que o processo participativo ocorra de forma verdadeira e com caráter deliberativo. Gestores comprometidos com os princípios do SUS e, em especial, com os valores participativos, podem incentivar e despertar o interesse da população quanto à importância da participação da comunidade na elaboração e acompanhamento das políticas de saúde.

O gestor tem em seu poder instrumentos administrativos e políticos que podem incentivar ou desestimular a participação popular. Segundo Côrtes (2002) a posição das autoridades em saúde pode ser considerada decisiva para o desempenho dos conselhos. A depender da intenção e prática política do gestor, o mesmo pode influenciar diretamente na agenda de discussão, no funcionamento geral do fórum, na possibilidade de cumprir as decisões ali tomadas e na possibilidade de pressionar os demais gestores e os prestadores de serviços de saúde para o cumprimento das decisões. A autora ainda destaca que na medida em que avança o processo de descentralização, mais importante se torna o papel da gestão no conjunto do sistema e sobre as possibilidades de participação dos usuários.

Por outro lado, a organização e a força do movimento popular e sindical podem conduzir a participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nos conselhos de saúde. No entanto, esses movimentos e seus representantes devem estar imbuídos de valores éticos e políticos, terem acesso à informação e devem possuir capacidade de articulação com outros setores, a fim de que possam manifestar suas insatisfações, propor ações viáveis e acompanhar a execução das políticas capazes de reverter a situação das desigualdades em saúde.

Gerschman (2004b) destaca a importância da organização e politização dos movimentos sociais para a garantia de um espaço participativo, autêntico e representativo dos interesses populares, visto que não se pode esperar que toda responsabilidade da representação seja delegada apenas ao representante, sem o envolvimento das entidades e seus

afiliados. Os segmentos de representação popular devem manter-se imbuídos de seus valores e propósitos, pois a interferência do gestor na organização e estruturação dos movimentos comunitários tende a enfraquecer as iniciativas de participação (BRONFMAN & CARNEVALE, 2000).

Sales (1994), ao abordar as relações históricas de poder na sociedade brasileira, conclui que a cidadania concedida é insuficiente para transformar o processo decisório, visto que a experiência política tem demonstrado a manutenção de relações arcaicas, pautadas em princípios personalistas e de fisiologismo. Guizardi & Pinheiro (2006) destacam que a cultura política brasileira caracteriza-se pela demarcação simbólica de uma hierarquia social fundada numa extrema polarização que se tece na permanência de padrões sociais autoritários, pertinentes não somente no âmbito político governamental, mas também no conjunto das relações sociais. Labra (2005) considera que embora a Constituição Federal de 1988 expresse a vontade de condução da nação à plena democracia formal e substantiva, os comportamentos e práticas desenvolvidas pelas elites e pelas instituições de representação da sociedade não se traduzem na internalização desses valores. Desta forma, revelam-se não apenas a presença de governos autoritários, mas sim de relações sociais autoritárias.

A compreensão das relações de poder pode ter variações significativas, a depender do contexto e da situação expressa. Em seu sentido geral, Bobbio, Matteucci & Pasquino (2002) conceituam poder como a capacidade ou possibilidade de agir e de produzir efeitos, que tanto pode ser referida a indivíduos e a grupos humanos como a objetos e fenômenos naturais. No entanto, para o estudo dos conselhos de saúde, importa discutir o conceito de poder relacionado ao poder social, ou seja, na sua relação com a vida do homem em sociedade. O poder social é compreendido como a capacidade geral de agir ou a capacidade de determinar o comportamento dos outros.

Para Weber (2009), o conceito de poder é sociologicamente amorfo, ou seja, não apresenta uma forma definida nem estrutura rígida. Segundo Weber o poder está relacionado com a probabilidade de alguém impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra resistências. As relações de poder implicam na condição de alguém, ou algum grupo, conduzir ou interferir na vontade ou posturas de outros. O exercício do poder está intimamente relacionado à condição de dominação. Weber (2009) conceitua dominação como a probabilidade de encontrar obediência a uma ordem estabelecida dentro de um determinado grupo de pessoas. Assim, a efetivação da dominação se caracteriza pela chance de uma ordem ou vontade ser obedecida.

Os estudos de Weber demonstraram que existem várias formas de exercer poder ou influência sobre outras pessoas. A submissão a uma ordem ou vontade estabelecida pode ser motivada por costume ou sentimento puramente afetivo, ou por interesses materiais, ou por motivos ideais, relativos à vontade de obedecer. A natureza desses motivos determina o tipo de dominação exercido. No entanto, como destaca o próprio Weber (2009), nem o costume ou a situação de interesse, nem as razões afetivas e racionais podem se constituir fundamentos absolutos para o exercício da dominação. Como alicerce desses fatores, a crença na legitimidade da dominação faz essa relação se tornar efetiva.

A dominação legítima é classificada por Weber em três tipos ideais: a dominação de caráter racional; a de caráter tradicional; e a de caráter carismático. A dominação racional possui fundamento na legalidade do ato de dominação, assim, em virtude do poder legalmente instituído à aqueles que exercem a prerrogativa de mando, as pessoas ou grupos se submetem a esse tipo de dominação por crença na legitimidade da ordem estabelecida. O tipo mais puro de dominação legal é aquele que se estabelece por meio de um quadro administrativo burocrático.

A dominação tradicional se baseia na crença cotidiana da santidade ou imutabilidade das tradições vigentes e na legitimidade daqueles que representam a autoridade, em decorrência dessas tradições. O tipo mais conhecido de dominação tradicional é a dominação patriarcal. A relação estabelecida não é de respeito a um superior hierárquico, mas de servidão à figura do senhor. Não existem na relação regras ou estatutos definidos, o senhor pode manifestar benevolência ou castigo, segundo o seu livre arbítrio (WEBER, 2009).

A dominação carismática é definida pela veneração ou subserviência a uma pessoa considerada extra cotidiana, portador de características de liderança peculiar. Em virtude da admiração e da crença na superioridade da figura carismática os adeptos se curvam às ordens e indicações desse líder. As razões que justificam a liderança se assentam na confiança pessoal, no heroísmo, no exemplo ou no poder de persuasão do líder. A dominação carismática opõe-se tanto a dominação racional, especialmente a burocrática, quanto à tradicional, especialmente a patriarcal e patrimonial, isto porque ambas desempenham dominação especificamente cotidianas. A dominação carismática é irracional, principalmente por não seguir regras ou tradições (WEBER, 2009).

No campo das práticas e das relações cotidianas, importante destacar que essas tipologias de poder e esses formatos de dominação não ocorrem de maneira exclusiva. Nas relações entre pessoas e grupos de interesses os tipos de poder manifestam-se de maneira imbricada e as relações de dominação combinam as diferentes tipologias, com constante variação da predominância do tipo de dominação, a depender da circunstância e da ação e reação dos atores.

Segundo estudo de Silveira (2000) uma das formas mais usuais de classificação de poder, é que categoriza esse poder segundo os instrumentos pelos quais ele é exercido. De acordo com este critério, conformam-se três instrumentos para o exercício do poder: a coação, que gera o poder condigno, no qual a submissão se dá pela imposição de alternativa

suficientemente desagradável ou dolorosa; a recompensa, que gera o poder compensatório, em que a possibilidade de uma compensação pecuniária ou social leva a aceitação da submissão; e, por fim, a persuasão, que gera um poder condicionado, no qual a submissão é conseguida pelo convencimento do que é apropriado.

Nas sociedades contemporâneas e especialmente em fóruns coletivos como os conselhos de saúde, onde valores democráticos são contraditoriamente valorizados e desrespeitados, o poder condicionado manifesta-se como ideal para a dominação pelos grupos mais bem informados e preparados. A não manifestação ou a pouca presença de instrumentos coercitivos ou compensatórios não significa ausência de dominação nos conselhos de saúde. A dominação aí pode se dá através da utilização de discursos de viabilidade técnica ou econômica, que, muitas vezes, ilude e afasta os segmentos populares das principais discussões dos conselhos de saúde.

Para Testa (1992), a ideia de poder se encontra indissolúvelmente ligada ao Estado. Sua expressão mais concreta se expressa no fato de que Estado tem assumido como sua função mais importante o exercício da violência legítima com o propósito de manter a ordem social. No entanto, o autor destaca que nem todo poder é violência, existem outros recursos e outros meios para o seu exercício além do uso da força.

Na discussão sobre poder, política e Estado, Giovanella (1990) afirma que estes estão intimamente imbricados e que, muitas vezes, suas definições se confundem. Para a autora, é por intermédio da discussão da política e do Estado que se pode aproximar da essência do poder e das suas reais determinações. Política pode ser considerada como tudo o que está relacionado com a distribuição, deslocamento ou conservação do poder, e o Estado entendido como a maior organização política existente.

O poder pode ser conseguido pela repressão e pelo consentimento, pela coerção e pela persuasão. Consentimento alcançado pela difusão de uma concepção de mundo, de valores

morais e normas de conduta. Coerção alcançada por meio do controle sobre o pensamento e o controle e adestramento dos corpos, através da disciplina. Nesse sentido, poder é relação sempre desigual, presente em todas as relações sociais. (GIOVANELLA, 1990).

Ainda segundo a autora, as relações de poder podem ser classificadas em duas grandes categorias: macropoder e micropoder. Na perspectiva macro, o poder é exercido nas relações entre classes e grupos sociais. O seu exercício seria motivado pela luta de classes no intuito da transformação social. Já o exercício dos micropoderes ocorre nas relações cotidianas, nos processos de trabalho e nas interações pessoais. Nesse sentido, adverte Giovanella (1990, p. 141): ‘temos que tomar cuidado para que, na tentativa de encontrarmos as múltiplas determinações, não caiamos novamente na causa única: poder econômico de classe’. Deve-se, portanto, levar em consideração que as relações de poder fundam-se nas relações de produção e na divisão social do trabalho, mas são, ao mesmo tempo, relações instituídas em todos os âmbitos da vida social, sustentados por inúmeros mecanismos.

Ao se voltar especificamente para o setor saúde, Testa (1995) destaca que o poder é uma categoria analítica, que pode explicar e, por conseguinte, modificar o comportamento da atividade setorial estudada. Neste sentido, desenvolveu uma tipologia que engloba três vertentes: o Poder Técnico; o Poder Administrativo; e o Poder Político.

O Poder Administrativo corresponde às atividades enquanto processos que manejam recursos, sejam eles financeiros, administrativos ou organizacionais. O Poder Técnico se caracteriza a partir do domínio de conhecimentos e informações que se utilizam em todos os níveis de funcionamento do setor saúde. E o Poder Político que se estrutura e manifesta-se a partir da defesa dos interesses de diversos grupos que se relacionam ou são interessados no setor saúde.

Poder não é só capacidade é também relação, assim, o poder só existe em exercício e não é separável da relação (GIOVANELLA, 1990). Segundo Testa (1995), o exercício do

poder é determinado pelo acesso e manipulação dos recursos de poder. Essa nova vertente – recursos de poder – permite interpretar poder a partir dos aspectos instrumentais do manejo do poder, conforme apresentado a seguir:

- Poder Administrativo- os recursos são formados por mecanismos de financiamento, gestão, organização e normatização. A capacidade administrativa não compreende apenas uma disponibilidade de recursos financeiros, mas também organização e gestão da força de trabalho.
- Poder Técnico- diversas formas de conhecimentos e saberes em saúde, sejam esses formais ou informais, científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração ou ainda de outras disciplinas que permitem configurar um modelo teórico integrativo.
- Poder Político- tem a sua disposição uma ampla gama de recursos que são utilizados e manipulados a depender das circunstâncias e conjunturas sociais. Incluem os votos, as filiações, as discussões em espaços decisórios, as mobilizações, a violência dentre outros.

Em vertente contrária à concepção de poder como domínio, Arendt (1994) discorda do pensamento da ciência política moderna que, de maneira quase consensual, considera a violência como o mais evidente recurso de poder. A autora discorre várias críticas sobre a aceção que caracteriza o monopólio do Estado no legítimo uso da força, ou ‘supostamente legítimo’. O poder não pode ser entendido como uma relação de mando e obediência, em que, a partir do uso de diversos recursos, um indivíduo ou grupo imporia sua vontade aos demais. Arendt propõe a retomada de outro pensamento para caracterizar poder no sentido do consenso e do consentimento e, portanto, da não violência.

Para Arendt o mais importante nas relações de poder não é “quem domina quem” a partir do uso de determinados recursos. Independente dos meios, o poder corresponde a

habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. Ou seja, o poder é resultante da capacidade de um grupo construir objetivos e definir ações coletivas em harmonia e consenso. Poder, portanto, não é definido como um meio ou capacidade de uso de recursos de força, mas sim como uma condição, uma propriedade coletiva de um grupo e nunca de um indivíduo, existindo apenas enquanto o grupo se mantiver unido (ARENDDT, 1994; 2007).

A partir das concepções de Arendt vale refletir sobre o poder exercido no âmbito dos conselhos de saúde. Conforme apresentado na literatura sobre o tema, muitas vezes os diversos segmentos travam acirradas disputas por espaço e na defesa específica dos interesses do grupo representado, numa lógica de disputa de poder e imposição de sua vontade sobre os demais. Não raro, as querelas internas acabam por ocupar mais a atenção dos conselheiros do que o seu papel precípua de deliberar e fiscalizar as ações da saúde de maneira ampla. Neste sentido, em decorrência da fragmentação e da confrontação entre segmentos e representantes, os conselhos acabam por perder o seu poder institucional de influenciar sobre os rumos das políticas de saúde.

4.6. Participação e deliberação nos conselhos de saúde

De acordo com os aspectos legais, os conselhos de saúde foram criados como instâncias permanentes e possuem caráter deliberativo (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2003). Essa característica deliberativa os diferencia dos demais conselhos de outros segmentos sociais, bem como de instâncias de participação em saúde de diversos países com natureza apenas consultiva (SERAPIONI& ROMANÍ, 2006; ABELSON, *et al.*, 2003). Também, o formato da composição dos conselhos constitui-se em importante fator de fortalecimento da democracia. A principal inovação corresponde à paridade entre representantes dos usuários e

demais segmentos, o que concede à representação dos atores sociais metade dos assentos do conselho.

Esta arquitetura dos conselhos alarga o espaço deliberativo e incorpora à cena decisória atores pertencentes aos segmentos sociais de diversas matizes ideológicas e políticas. O envolvimento de gestores, prestadores de serviço públicos e privados, profissionais de saúde e usuários torna a arena decisória extremamente complexa por congregarem em um único espaço deliberativo representações com interesses diferentes e, muitas vezes, divergentes. Por outro lado, esse arranjo – com potencial de possibilitar o diálogo e o confronto de ideias e de interesses – tende a tornar as decisões do setor mais acertadas e democratizadas. O arranjo decisório com o envolvimento da representação de múltiplos segmentos apresenta grande potencial para superação de uma gestão autocrática, na qual a opinião do gestor faz-se deliberação, ou do governo dos técnicos, com supremacia do saber científico e especializado.

Dahl (2005) concebe como democrático o regime político com capacidade de ser inteiramente ou quase inteiramente responsivo às demandas e às necessidades dos cidadãos. Como nenhum sistema existente é completamente responsivo, Dahl considera as democracias como tipos ideais de sistema político. Assim, apresenta o termo poliarquia para designar os regimes relativamente, mas incompletamente democratizados. O modelo poliárquico é a expressão de uma sociedade centrífuga, em que não existe apenas um centro de poder, mas na qual o poder está distribuído em múltiplos núcleos. A partir desse poder difuso, indivíduos e grupos logram maior participação e permeabilidade ao processo decisório.

Inclusividade e contestação pública são os dois fatores que caracterizam uma poliarquia. Assim, a depender da maior ou menor participação dos indivíduos – inclusividade – e da maior ou menor possibilidade de contestar as ações do governo e de interferir em suas decisões, os regimes se tornarão mais ou menos democráticos.

Ao tomar por referência os estudos de Dahl (2005), é possível sugerir que os conselhos de saúde, conforme instituído em seus marcos legais, apresentam características poliárquicas. Isto porque, esses fóruns aglutinam a ampla possibilidade de contestação pública e de inclusividade. A inclusividade é materializada com a incorporação dos segmentos populares, a partir da representação dos usuários, bem como de outros segmentos a exemplo do empresariado e de profissionais de saúde. A contestação pública é concretizada com a possibilidade do conselho propor e decidir por políticas de saúde que podem não necessariamente coincidir com as ideias dos gestores. Também as atribuições de controle e fiscalização sobre a gestão, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, contribuem para o desenvolvimento da contestação pública.

Os conselhos de saúde configuram-se como espaços de ampliação da democracia. Neste sentido, é possível destacar uma dupla possibilidade de inclusão gerada pelos conselhos: a inserção de novos atores à cena política, a partir composição plural e paritária dos conselhos; e a participação dos conselhos no processo decisório das políticas de saúde. Essas possibilidades manifestam-se em dois ambientes de atuação. Um processo interno, em que o lócus de disputa é a plenária do conselho, espaço onde os membros debatem as políticas e disputam a aprovação de suas preferências. E outro externo, correspondente ao espaço, efetivamente, ocupado pelo conselho na definição das políticas. No qual, os conselhos competem com outras forças sobre a influência e o poder para fazer cumprir suas decisões (MOREIRA e ESCOREL, 2009).

As arenas, interna e externa, remetem a duas categorias com forte influência sobre a dinâmica de democratização do setor: participação e deliberação. A participação está relacionada, mais proximamente, à disputa interna, ao passo que à natureza deliberativa mantém relação adjacente à seara da disputa externa. A seguir são apresentadas algumas

características dessas categorias e suas implicações com o processo de ampliação da democracia pelos conselhos.

O aparato legal, *per se*, mostra-se insuficiente para garantir a participação e representatividade no âmbito dos conselhos. Diversos estudos evidenciam uma série de obstáculos vivenciados no cotidiano dos fóruns participativos convergindo na constatação da baixa participação de atores sociais, frágil relação dos representantes com a base representada e relações de poder marcadamente assimétricas no interior dos conselhos de saúde (BISPO JÚNIOR e SAMPAIO, 2008; CÔRTEZ, 2009; GERSCHMAN, 2004b)

Neste cenário, a baixa mobilização social e a apatia política têm se constituído em grandes entraves ao funcionamento dos conselhos. Mesmo diante da posição de destaque do Brasil na multiplicação de instituições participativas (AVRITZER, 2007), as inovações democráticas não têm conseguido resolver o problema da apatia, resignação e hostilidade dos cidadãos. (BAQUERO, 2009).

Fedozzi (2009) aponta que um dos principais limitantes da participação é a criação dos conselhos de saúde a partir de vontades exógenas ou heterônomas à dinâmica real dos atores locais. Essa situação, caracterizada como participação concedida (DEMO, 2001), expressa a criação dos conselhos por entes governamentais em que se atribui às entidades da Sociedade Civil, muitas vezes de maneira arbitrária, a responsabilidade da representação do conselho. Em muitos casos, essas entidades não têm tradição de organização e militância no campo da saúde e não dispõem de pessoas interessadas em desempenhar tal representação. Situação propícia a uma baixa qualidade na representação, enfraquecimento do conselho e manipulação por parte do gestor.

Não obstante aos problemas de criação e funcionamento do conselho à revelia dos desejos da população local, outro sério agravante é a baixa cultura cívica e associativa da população brasileira. O Brasil ainda apresenta traços pouco favoráveis a constituição de

comunidade cívica, caracterizada por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público e relações políticas assentadas na confiança e colaboração (LABRA, 2009). Em decorrência disso, são reproduzidos no âmbito dos conselhos vícios da sociedade brasileira. Práticas clientelistas, nepotismo, oligarquização das cúpulas, autoritarismo, pouca transparência nas decisões e nas prestação de contas não são realidades distante de boa parte dos conselhos (LABRA, 2009).

Outro fator limitante da participação é a abrangência de competências dos conselhos de saúde. Aos conselhos competem numerosas tarefas internas e externas que sobrecarregam demasiadamente o trabalho dos conselheiros (LABRA, 2009). Atividades como deliberar sobre a política de saúde, acompanhar a implementação dessas políticas e fiscalizar os aspectos econômicos e financeiros do setor requerem conhecimentos específicos e uma disponibilidade de tempo incompatível para a maioria dos conselheiros (LABRA, 2009; MOREIRA e ESCOREL, 2009).

As limitações e dificuldades do SUS em atender as necessidades dos cidadãos também contribuem para a baixa participação no âmbito dos conselhos. Os problemas de acesso, as longas filas, o tempo demasiado de espera e a baixa capacidade resolutiva de alguns serviços desmotivam os cidadãos a lutar e defender um sistema de saúde que não atende às suas expectativas.

No cenário externo, são estabelecidas as disputas sobre o verdadeiro poder de influência dos conselhos de saúde. No centro dessa questão está o debate sobre o caráter deliberativo dos conselhos. Como já visto, a deliberação pode ser entendida como processo discursivo que antecede a decisão ou como a ação efetiva de decidir.

Do ponto de vista legal, parece existir uma concorrência de atribuições entre os conselhos de saúde e os poderes executivo e legislativo (LABRA, 2009). A lei 8142/90 estabelece que os conselhos de saúde são de caráter deliberativo e cabe ao chefe do poder

executivo homologar às deliberações do conselho (BRASIL, 2009b). Nesse sentido, os conselhos possuem a responsabilidade por decidir sobre os temas da saúde e o poder executivo a obrigação em acatar tais decisões.

Por outro lado, na estrutura federativa compete aos executivos federal, estadual e municipal, definir e executar as alocações orçamentárias (LAVALLE, HOUTZAGER e CASTELLO, 2006). Labra (2009) destaca o respaldo constitucional da primazia do executivo na decisão final e implementação de políticas. Essa primazia é muito bem utilizada pelos gestores quando as deliberações do conselho estão em desacordo com suas intenções. Embora a lei 8142/90 (BRASIL, 1990b) estipule a obrigatoriedade do gestor em homologar as deliberações do conselho, não estão estabelecidas sanções em caso do descumprimento.

Outro fator interveniente é a responsabilidade legal sobre o desfecho das decisões e a execução dos orçamentos. Moreira e Escorel (2009) chamam a atenção da não existência de regras que responsabilizem os conselhos e seus representantes pelos resultados e impactos da sua deliberação.

Contudo, destacamos que essas dificuldades não podem ser consideradas sinônimos de inópia ou da pouca importância dos conselhos de saúde. O processo deliberativo é, por natureza, complexo e cheio de incertezas. As plenárias do conselho são espaços de estimado valor para ampliação da democracia e as resoluções são, tipicamente, produtos de processos decisórios. Todavia, não podemos desconsiderar que as deliberações dos conselhos são apenas parte de um processo muito maior, complexo, demorado e incerto. As resoluções dos conselhos não constituem um ciclo completo nem se pretendem finalísticas (LABRA, 2009).

A decisão final não ocorre a partir, unicamente, da deliberação do conselho. A decisão e implementação de uma política é o resultado do embate de várias forças. Atores diversos buscam fazer valer suas intenções com articulação e mecanismos de pressão em diferentes arenas, a exemplo dos poderes legislativo e judiciário, das burocracias estatais, da mídia ou

até mesmo manipulando o imaginário popular. Assim, nesse cenário, os conselhos de saúde são como convidados inconvenientes ao exercício do processo decisório (GERSCHMAN, 2004a), e sua postura firme e coesa é fundamental para o ganho de respeito e espaço na arena deliberativa.

Parte III

Resultados e Discussão

5. Histórico, estrutura e organização do CES/BA

O Conselho Estadual de Saúde foi criado pela Lei Estadual 6.074, de 22 de maio de 1991 (BAHIA, 1991), no bojo das reformas da administração pública estadual. Ao reassumir o comando do estado, a partir de 1991, o então governador Antônio Carlos Magalhães procedeu com uma ampla reforma administrativa sob o discurso de modernização da administração pública. Ressaca

A Lei 6074/91 dispõe sobre toda a estrutura administrativa do estado. Desta forma, a criação do CES/BA não ocorreu a partir de ato administrativo próprio e direcionado à institucionalização da participação social no estado. O propósito da referida lei era imprimir uma nova lógica organizacional e uma nova cultura à máquina pública do estado, além de instituir um novo organograma, com criação e extinção de secretarias de estado.

Em seu Artigo 3º, que dispõe sobre as diretrizes da nova gestão do serviço público, a Lei 6074/91 institui os critérios de eficiência, racionalidade e presteza no intuito de favorecer a “boa prestação de serviço, em termos de qualidade, segurança e confiabilidade”. No Artigo 4º é apresentado que “o poder executivo desenvolverá esforço contínuo e sistemático, objetivando a modernização das práticas e dos procedimentos administrativos do serviço público e a profissionalização e valorização dos seus recursos humanos.” Assim, é possível identificar a intenção de se adotar critérios de aprimoramento da gestão pública, pautados nos pressupostos de eficiência, racionalidade e busca da qualidade, até então relacionados no estado apenas à administração privada.

Milani (2007) destaca que a gestão carlista caracterizou-se pela adoção de uma linha neoliberal de ação. Nesse governo, as reformas administrativas foram pautadas nos princípios do ajuste fiscal e de privatização de setores do estado. Exemplos dessas ações podem ser demonstrados com a privatização do Banco do Estado da Bahia – BANEBA e da Companhia

Elétrica do Estado da Bahia – COELBA. Na área da saúde, os exemplos mais emblemáticos correspondem à extinção da BAHIAFARMA (Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos) e a forte política de terceirização da prestação dos serviços à população, com a delegação de organizações sociais para administrar hospitais da rede própria da SESAB.

Os sucessivos governos do PFL ficaram conhecidos pela adoção de um estilo não democrático de gestão, em que para se atingir os objetivos perseguidos, direitos sociais foram suprimidos à revelia das ponderações e contestações de diversos setores da sociedade. O padrão de sociabilidade da Bahia é caracterizado pelo reforço das estruturas oligárquicas e fortalecimento de um padrão hierárquico de relação entre indivíduos (AVRITZER, 2007). Avritzer (2007) sugere que a Bahia pode ser considerada um estado com uma administração tipicamente anti participativa, isso em decorrência, principalmente, de um processo de dominação política de longo prazo exercida pelo grupo ligado a Antônio Carlos Magalhães.

Nesse sentido, Milani (2007) afirma que um padrão de ‘modernização conservadora’ caracteriza a evolução das políticas no estado. Essa condição buscou aliar os princípios liberais – típico modelo de desenvolvimento econômico capitaneado pelo capital corporativo, reprodutor de exclusão social e de desigualdade – à estrutura de mandonismo e patrimonialismo – em que a figura do chefe político, temido e generoso, é a expressão principal do poder institucional (MILANI, 2007).

Embora o CES/BA tenha sido criado legalmente em 1991, a sua implementação e funcionamento ocorreu apenas em 1993. A primeira reunião do conselho aconteceu em 21 de julho de 1993, com intervalo superior a dois anos entre o ato de criação e a efetiva implementação. Importante destacar que a principal motivação para instalação do CES/BA foi a publicação da Norma Operacional Básica nº 01 de 1993 (NOB-93) que instituía a obrigatoriedade de funcionamento dos conselhos de saúde como requisito para o repasse de

recursos financeiros do Ministério da Saúde para estados e municípios. Assim, o conselho foi efetivamente instalado não motivado pelo interesse em promover e incentivar a participação social, mas, sobretudo, para atender a uma exigência legal da recente política de descentralização adotada pelo SUS. Esses aspectos ilustram a estrutura de mandonismo e pouco interesse no envolvimento e na participação da população na gestão do estado.

5.1. Estrutura organizativa do conselho

Ao longo de sua história o CES/BA foi regulado por três diferentes Regimentos Internos. O primeiro deles foi aprovado no início dos trabalhos do conselho, sendo instituído por meio da Resolução 01/93 (BAHIA, 1993). Este fato ocorreu na primeira reunião extraordinária do CES/BA, realizada em 04 de novembro de 1993, convocada exclusivamente para apreciação e aprovação desse documento. O segundo regimento foi instituído com a aprovação da Resolução CES/BA nº 02, de 25 de fevereiro de 2005 (BAHIA, 2005). E o terceiro foi aprovado em 2008, Resolução 14/2008 (BAHIA, 2008b), em um amplo processo de discussão e reformulação de toda estrutura organizativa do CES/BA.

Esses três regimentos dispuseram sobre diferentes estruturas e conformação do conselho. No que se refere às instancias que compõem o CES/BA, o primeiro regimento, Resolução 01/93, instituiu que a organização do conselho era formada por: Plenário e Comissões Técnicas. Nesse sentido, o plenário foi definido como ‘órgão de deliberação plena, configurado pelas sessões ordinárias e extraordinárias’. Por sua vez, as comissões técnicas eram ‘instâncias de natureza técnica’ formadas por ‘profissionais especializados indicados pelo conselho’ (BAHIA, 1993).

Este modelo de organização, restrito ao plenário e comissões técnicas, impõe limites à desenvoltura dos trabalhos do CES/BA. Destaca-se a inexistência de uma mesa diretora

responsável pelo direcionamento dos trabalhos da entidade. Assim, toda condução do conselho era restrita à vontade do presidente, que conforme instituído pelo regimento, era uma função inerente ao secretário de saúde. Também nessa conformação inicial não existia a função da secretaria executiva ou estrutura de suporte técnico organizacional para o conselho. O regimento apenas fazia menção que o conselho deveria dispor de um assistente, para desempenhar a função de secretário. Além do mais, as próprias comissões técnicas não tinham funcionamento regular e pouco contribuíam para os trabalhos do CES/BA. Assim, a organização e funcionamento do conselho eram quase que restritas apenas a realização das reuniões plenárias.

No segundo regimento, Resolução nº 02/2005, observam-se algumas inovações e avanços com relação à organização do conselho. Além do Plenário e Comissões Técnicas são instituídos os Grupos de Trabalho e a Secretaria Executiva. No que se refere às comissões, uma alteração significativa é introduzida. Enquanto no regimento anterior as comissões deveriam ser formadas apenas por profissionais especializados indicados pelo conselho, no regimento aprovado em 2005 as comissões passam a ser constituídas por conselheiros e também por profissionais especializados. Esse regimento institui a formação de duas comissões permanentes: Comissão Permanente de Acompanhamento Orçamentário e Comissão Permanente de Acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Com a criação dessas duas comissões são instituídos espaços perenes de discussão e análise de assuntos considerados prioritários pelo conselho.

Os Grupos de Trabalho são instituídos como instâncias transitórias, criados a critério do plenário, no intuito de fornecer subsídios de ordem técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica para o conselho. Esses grupos eram formados exclusivamente por conselheiros estaduais de saúde.

A Secretaria Executiva foi criada como instância subordinada ao plenário do conselho com a finalidade de promover ‘apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais expressas’. Embora se observe avanços nesse novo regimento com a criação dessas duas novas instâncias, a condução dos trabalhos ainda permaneceu mantida nos mesmos moldes da estrutura anterior, com o secretário, presidente nato, sendo o responsável único por toda condução e direcionamento dos trabalhos do conselho.

A atribuição natural do cargo de presidente do conselho ao secretário estadual de saúde não é uma exclusividade do estado da Bahia. Segundo Escorel e Moreira (2009), em 2005, dos 27 conselhos dos estados o secretário era presidente nato em 21 deles. E entre os seis estados que elegiam o presidente do CES, em quatro tinham sido eleitos os secretários estaduais de saúde para a função de presidente. Ou seja, em 2005 existiam no Brasil 25 conselhos estaduais em que o secretário era também presidente do CES. Para os autores, a presidência do conselho a cargo do secretário pode corroborar excessiva interferência dos gestores na dinâmica do espaço participativo. Por outro lado, destacam que a eleição do presidente, por si só, não estabelece a democratização dos conselhos, tampouco a eleição de representantes dos usuários garante que o conselho seja mais democrático. No entanto, o que a eleição induz é o exercício de práticas democráticas, único meio de aprimoramento da democracia (ESCOREL E MOREIRA, 2009).

Com relação ao funcionamento das reuniões, observam-se nos dois regimentos o estabelecimento de regras e delimitação de tempo para o uso da palavra e nas intervenções dos temas discutidos no plenário. Para os informes, é estabelecido o tempo máximo de três minutos para cada entidade. Na discussão da ordem do dia, a cada conselheiro só era permitido o uso da palavra por no máximo duas vezes na discussão de um mesmo tema, com o tempo máximo de cinco minutos para a primeira intervenção e três minutos para a segunda.

Conforme relato dos gestores e prestadores, esses critérios de delimitação do tempo nas intervenções constituíam-se em condição necessária para dinamizar e viabilizar o desenvolvimento da reunião, visto que muitos representantes dos usuários faziam uso da fala por período demasiadamente longo de tempo e, muitas vezes, com interesses divergentes do que estava sendo discutido.

A primeira impressão que me ficou é de que existia grande dificuldade de nós conseguirmos objetivar os trabalhos. (...) Então, foi feito um novo regimento que disciplinava o horário de funcionamento do conselho. Porque era muito comum as reuniões irem se prolongando para até três, quatro horas de duração e no fim, quando você pegava a ata, você ia ver que não se chegou à conclusão de absolutamente nada, não se discutiu absolutamente nada importante (Entrevista 17).

Por sua vez, outros representantes argumentam que esses eram artifícios para tolher o debate e criar empecilhos para que o conselho avançasse em posições diferentes da definida pela gestão.

Usavam o regimento, quando interessava, para abreviar o debate. A depender da ocasião eram extremamente rigorosos no tempo e na reinscrição (Entrevista 09).

No início deixava, mas quando havia um crescente de alterações aí imediatamente o gestor encerrava a discussão. Ele usava de artifícios regimentais, aparentemente não agressivos, mas impedia o debate (Entrevista 20).

Esses dois regimentos apresentavam várias inadequações no que tange à paridade, composição e lógica organizativa do conselho. Diante do compromisso e interesse dos conselheiros e da gestão estadual, iniciada em 2007, em adequar o CES/BA às recomendações

da Lei 8142/90 (BRASIL, 1990) e da Resolução CNS 333/2003 (BRASIL, 2003), foi criado um grupo de trabalho para discutir e propor alterações em toda arquitetura do conselho, inclusive na lei que o regulamentava e também em seu regimento interno. Essa comissão foi criada em 28 de fevereiro de 2007, na segunda reunião do conselho após iniciada à gestão do PT no estado, e desempenhou seus trabalhos durante um período de quase dois anos, com ampla participação dos conselheiros estaduais.

Como resultado desse processo, ao final de 2008, duas importantes resoluções relativas à reformulação do conselho são aprovadas. A Resolução 13/2008 que aprova a proposta de projeto de lei sobre a reestruturação do Conselho Estadual de Saúde a ser encaminhado à Assembleia Legislativa da Bahia (BAHIA, 2008a). E a Resolução 14/2008 que aprova proposta de alterações no regimento interno, referente à reformulação, estruturação e funcionamento do CES/BA (BAHIA, 2008b).

Embora essas resoluções foram aprovadas no ano de 2008, a implementação das alterações não foi imediata. Isso, em decorrência, principalmente, da demorada e conflituosa tramitação do projeto na Assembleia Legislativa do estado. Como uma das vagas na representação dos usuários era destinada a assembleia legislativa, os deputados tiveram dificuldade de compreensão e ofereceram resistência em aprovar uma lei na qual eles deixavam de ter representação na composição do conselho.

Importante destacar que todo o processo de discussão e acompanhamento do referido projeto de lei na assembleia legislativa foi conduzido pela própria comissão do conselho, sem a interferência política do secretário de saúde ou da estrutura de poder da secretaria estadual. A fala do representante da gestão ilustra esse processo:

Quando nós tivemos, por exemplo, um problema na Assembleia Legislativa, não foi o secretário que foi lá conversar com o presidente da assembleia. Foi uma comissão de conselheiros que sentou com o presidente da Assembleia Legislativa, colocou o

projeto que já estava lá e explicou que tem esses e esses nós. Os conselheiros reunidos ali conseguiram destravar a pauta da Assembleia. Ou seja, é uma conquista do conselho, não é uma conquista da secretaria. É diferente, e isso pra gente é muito importante (Entrevista 10).

O longo tempo de discussão e tramitação do projeto é motivo de insatisfação e questionamento por alguns conselheiros. *Nós colocamos na mesa a reformulação do regimento, mas houve uma morosidade muito grande sobre essa questão da reformulação. Imagine que passou três anos tentando mudar o regimento do conselho, é tempo demais* (Entrevista 12). Por outro lado, segundo o olhar da gestão, o extenso prazo de concretização da mudança foi em decorrência da opção por realizar um processo participativo e com envolvimento e responsabilização dos conselheiros.

Aí, muitas vezes se pergunta: 'por que não mudou logo no primeiro ano?' Chegou, mudou a lei, vamos cumprir a lei agora. Porque nós entendemos de que era necessário fazer um processo de construção pelos próprios conselheiros e não pelo gestor. O secretário e presidente do conselho, ele não iria nunca fazer, pelo perfil que o próprio gestor tem, simplesmente, ir lá com uma canetada e dizer que agora mudou (Entrevista 10).

Após quatro anos da formação do grupo de trabalho responsável por elaborar a proposta de reestruturação do conselho, em 07 de janeiro de 2011, a Lei 12.053/2011, que dispõe sobre a nova estrutura do CES/BA, é sancionada pelo governador do estado (BAHIA, 2011). A publicação dessa lei imprime uma nova lógica de estruturação e organização do conselho, com alterações significativas em diversos aspectos desse fórum.

Com relação às instâncias que compõem o conselho, a lei define a seguinte estrutura: Colegiado Pleno (plenário); Coordenação Executiva; Secretaria Executiva; Comissões Técnicas; e Grupos de Trabalho.

Uma das principais inovações refere-se à criação da Coordenação Executiva, uma espécie de mesa diretora, que passa a ser responsável pela condução dos trabalhos. Essa instância é composta por presidente, vice-presidente, secretário geral e secretário adjunto. A coordenação executiva deve ser eleita entre os conselheiros estaduais, respeitando-se a paridade na ocupação das funções.

Com esse novo arranjo, o secretário estadual de saúde não é mais o presidente nato, com possibilidade de eleição de qualquer segmento para a presidência do fórum. Também na ausência do presidente, a reunião passa a ser conduzida pelo vice-presidente ou outro membro da coordenação. Situação diferente do período anterior que na falta do secretário a reunião era conduzida pelo chefe de gabinete ou outro dirigente da SESAB. Essa situação era geradora de insatisfações entre os representantes dos usuários e profissionais. *Então o secretário é presidente, se o secretário não ta, pega o subsecretário, não ta o subsecretário, algum diretor da SESAB que nem é conselheiro vem e dirige a reunião, e por aí vai. Não pode ser assim* (Entrevista 01).

A Secretaria Executiva é definida como unidade de apoio administrativo e técnico ao conselho. Tem composição formada por um coordenador e um corpo técnico administrativo, integrado por assessorias técnicas e pessoal administrativo. No ano de 2011, a Secretaria Executiva era formada pela coordenadora, com mais seis servidores efetivos da SESAB, duas pessoas ocupando cargos comissionados e quatro terceirizados, totalizando 13 pessoas na composição dessa secretaria.

Sobre a sede do conselho, até o ano de 2011, esta funcionava em uma pequena sala no próprio prédio da SESAB, no Centro Administrativo da Bahia (CAB). Essa sala mostrava-se

insuficiente para o desenvolvimento das atividades administrativas e de coordenação, com pequeno espaço de circulação, ausência de mesa para todos os funcionários e inexistência de sala de reunião. A partir de março de 2012 a sede do CES/BA foi transferida para um prédio fora das dependências do CAB, no espaço composto por três salas amplas, sendo uma sala da coordenação da secretaria executiva, outra disponível para conselheiros e apoio técnico e uma sala de reunião. A realização das reuniões plenárias ocorre em diferentes ambientes, não existindo um espaço fixo para a realização das mesmas. A maior parte delas é realizada no auditório da SESAB, mas também acontecem no pequeno plenário da Assembleia Legislativa da Bahia ou ainda em auditórios de hotéis alugados para este fim específico.

As Comissões Técnicas mantiveram-se com o caráter consultivo, propositivo e de assessoramento. O novo regimento instituiu três comissões permanentes: Comissão de Planejamento e Acompanhamento Financeiro e Orçamentário; Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde; e a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). O regimento também estabelece a possibilidade de criação de comissões provisórias.

No decorrer da história do CES/BA as comissões não tiveram um funcionamento regular de seus trabalhos, conforme relata o usuário entrevistado: *Então, muito dessas comissões elas existiam, porém elas existiam num estado sem desenvolvimento, sem estar realmente em seu pleno exercício* (Entrevista 04). Em diferentes períodos, foram nomeados os membros das comissões. Todavia, não mantinham calendário regular de reuniões e exerciam pouca influência sobre as discussões do plenário e posição dos conselheiros.

Os Grupos de Trabalho são mantidos como espaço de caráter provisório, a serem criados por decisão do plenário, com o propósito de fornecer subsídios de ordem técnica administrativa, econômico-financeira e jurídica sobre um determinado tema específico. A

composição desses grupos deve ser de no máximo cinco membros, que não necessitam obrigatoriamente ser conselheiros.

Sobre o funcionamento do conselho é conservada praticamente a mesma lógica organizativa do regimento anterior, com a manutenção da mesma sequência na ordem dos trabalhos, tempo da reunião e quórum. Para os debates, também são mantidos a limitação da fala de cada conselheiro a no máximo duas vezes, em cada tema debatido, com o tempo máximo de cinco e três minutos em cada uma das intervenções.

5.2. Composição do CES/BA

Em relação às entidades que ocupam assento no conselho, de 1993 até 2011 o plenário do conselho manteve a mesma composição. Conforme se observa no Quadro 03, o conselho era formado por 24 membros titulares e seus respectivos suplentes. Essa formação foi instituída a partir da Resolução 01/1993, primeira resolução do CES/BA, e perdurou por um período de 19 anos até a promulgação da Lei 12.053/2011. Durante esse período, mesmo com a realização de algumas alterações na legislação referente ao conselho estadual e também de mudanças no regimento interno, não houve interferência na distribuição das representações.

O modelo estabelecido na legislação designa nominalmente a maioria das entidades como de representação cativa no CES/BA. Para algumas poucas representações, não foram designados especificamente as entidades, apenas foi estabelecido os segmentos. Assim, conforme classificação apresentada no Quadro 03, para os segmentos de gestores, instituições científicas e usuários são apontadas as entidades específicas que detém assento permanente no conselho. Entre os prestadores privados e profissionais de saúde, os representantes devem ser escolhidos pelo conjunto de entidades que compõem esses segmentos.

Quadro 03- Composição do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, 2003 a 2011

Segmento	Nº de Conse- lheiros	Entidades
Gestores	6	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde do Estado da Bahia • Secretaria de Infra-Estrutura do Estado da Bahia • Secretaria de Administração do Estado da Bahia • Secretaria Municipal de Saúde de Salvador • Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS • Ministério da Saúde
Prest. Privados	2	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades Privadas Prestadores de Serviço • Entidades Privadas Prestadores de Serviço
Inst. de Ensino e Pesquisa	2	<ul style="list-style-type: none"> • Universidade Federal da Bahia – UFBA • Universidade Católica do Salvador – UCSAL
Profissionais de Saúde	2	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de Entidades Associativas, Conselhos Regionais e Sindicatos de Profissionais de Saúde • Conjunto de Entidades Associativas, Conselhos Regionais e Sindicatos de Profissionais de Saúde
Usuários	12	<ul style="list-style-type: none"> • Central Única dos Trabalhadores – CUT • Confederação Geral dos Trabalhadores – CGT • Federação dos Trab. na Agricultura no Estado da Bahia – FETAG • Federação da Indústria do Estado da Bahia – FIEB • Associação Comercial da Bahia • Federação da Agricultura do Estado da Bahia • Comitê do Fomento Industrial de Camaçari – COFIC • Associação Bahiana de Deficientes Físicos – ABADEF • Associação de Portadores de Patologias Crônicas • Pastoral da Saúde do Estado da Bahia • Federação do Comércio do Estado da Bahia • Presidente da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa

Fonte: Bahia, 1993

Sobre a paridade, numa primeira observação, poder-se-ia supor que a composição estabelecida obedece a este requisito em decorrência de serem destinadas 12 vagas para a representação dos usuários e 12 vagas para os demais segmentos. No entanto, ao analisar com maior cuidado essa distribuição comprova-se que o CES/BA manteve-se durante extenso período de tempo com composição não paritária.

A destinação de uma representação à assembleia legislativa do estado está em total desacordo com as recomendações da Resolução CNS 333/2003, que estabelece a não participação do poder Legislativo e Judiciário nos conselhos de saúde, em face ao princípio da independência entre os poderes (BRASIL, 2003). Todavia, a participação de representantes do poder legislativo nos conselhos estaduais não é uma exclusividade da Bahia. Escorel e Delgado (2008), ao analisar o perfil dos conselhos estaduais de saúde, indicam a representação de deputados nos conselhos do Piauí, Ceará e Minas Gerais.

Outra característica que evidencia irregularidades na antiga composição do CES/BA é o pequeno número de representantes dos profissionais de saúde. Segundo a Resolução CNS 333/2003 a representação dos profissionais de saúde deve equivaler a 25% do conselho, no entanto, o conselho da Bahia destinava apenas 8,3% (duas vagas em 24) para esse segmento (Quadro 03). Esse percentual é consideravelmente menor do que o observado em outros conselhos estaduais, a exemplo do Rio Grande do Sul, com 21% (PEREIRA, CÔRTEZ E BARCELOS, 2009) e Rio de Janeiro, com 25% (RIO DE JANEIRO, 2012).

Em relação às instituições técnico/científicas, não existia uma definição clara se as duas vagas destinadas as universidades, uma federal e outra privada, faziam parte do segmento dos profissionais ou do segmento dos gestores/prestadores. Esse é um motivo de inquietação e questionamentos por parte dos representantes de usuários e trabalhadores, conforme relatado a seguir.

Aí você tinha as universidades representando o trabalhador, no segmento de trabalhador. Universidade representando trabalhador, imagine? Por que a universidade vai representar o trabalhador? É preciso saber onde é que a academia vai ta, né? E eu acho que a academia é mais prestador de serviço, tem que ta como prestador de serviço e não como representação de trabalhador, entendeu? (Entrevista 01).

A Resolução CNS 333/2003 não deixa claro sobre qual o espaço a ser ocupado por estas instituições nos conselhos de saúde. No cenário nacional, em alguns casos este segmento faz parte da representação dos profissionais de saúde e em outros no segmento de gestores/prestadores. No Conselho Nacional de Saúde (CNS), a representação das entidades técnico-científicas – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) – está inclusa no segmento dos profissionais de saúde. Por sua vez, nos estados do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2012) e Rio Grande do Sul (PEREIRA, CÔRTEZ E BARCELOS, 2009) estas representações são destinadas as universidades federais e compõem as vagas do segmento de gestores/prestadores.

Segundo Côrtes (2009), a divisão dos segmentos entre gestores/prestadores, profissionais e usuários é inadequada para análise de processos políticos complexos e que envolvem atores coletivos, como os conselhos de saúde. Nesse sentido, a autora propõe outra categorização dos segmentos: atores estatais, que representam interesse de órgãos públicos ou governo; atores sociais, representantes de interesses populares, de trabalhadores, portadores de patologias e movimentos sociais; e os atores de mercado, relacionados aos interesses da economia de mercado e do lucro. No Quadro 04 é apresentada a distribuição das entidades do CES/BA em consonância com a categorização proposta por Côrtes (2009).

Quadro 04- Disposição das entidades que compõem o Conselho Estadual de Saúde da Bahia de acordo à classificação entre atores estatais, sociais e de mercado, 2003 a 2011.

Segmento	Nº	Representação	Entidades
Representantes Estatais	8	Governamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde do Estado da Bahia • Secretaria de Infra-Estrutura do Estado da Bahia • Secretaria de Administração do Estado da Bahia • Secretaria Municipal de Saúde de Salvador • Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS • Ministério da Saúde • Universidade Federal da Bahia – UFBA
		Poder Legislativo	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa
Representantes de Mercado	8	Prest. Privados de Serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades Privadas Prestadores de Serviço (dois representantes) • Universidade Católica do Salvador – UCSAL²
		Empresários	<ul style="list-style-type: none"> • Federação da Indústria do Estado da Bahia – FIEB • Associação Comercial da Bahia • Federação da Agricultura do Estado da Bahia • Comitê do Fomento Industrial de Camaçari – COFIC • Federação do Comércio do Estado da Bahia
Representantes Sociais	8	Trabalhadores de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de Entidades Associativas, Conselhos Regionais e Sindicatos de Profissionais de Saúde (dois representantes)
		Trabalhadores não saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Central Única dos Trabalhadores – CUT • Confederação Geral dos Trabalhadores – CGT • Federação dos Trab. na Agricultura no Estado da Bahia – FETAG
		Port. Patologia ou Deficiência	<ul style="list-style-type: none"> • Associação Bahiana de Deficientes Físicos – ABADEF • Associação de Portadores de Patologias Crônicas
		Ent. Religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Pastoral da Saúde do Estado da Bahia

Conforme demonstrado no Quadro 04, o conselho era formado por oito representantes governamentais, oito de entidades de mercado e oito de entidades sociais. Esse cenário demonstra a elevada proporção, 33,3% (oito em 24), de representantes de mercado na composição do CES/BA. Em comparação com análises similares, esse percentual está muito acima dos 13% de representantes de mercado no Conselho Estadual do Rio Grande do Sul

(PEREIRA, CÔRTEZ E BARCELOS, 2009) e de 8,33% no Conselho Nacional de Saúde (CÔRTEZ, et al, 2009).

Para os entrevistados na pesquisa, essa elevada proporção de entidades de mercado é resultante da conformação inicial do CES/BA, quando os gestores de então, de maneira intencional, propuseram uma composição em que o gestor tivesse sempre maioria nas votações. *O conselho era montado não com base na Lei 8142, não tinha paridade. Então, a própria concepção do conselho era muito enviesada com base na vontade do executivo. Eles tinham maioria, forjaram a maioria, sempre foi assim* (Entrevista 09).

Além das duas cadeiras das entidades privadas prestadoras de serviço, observa-se nessa antiga composição o grande número de representações de mercado inclusas no segmento dos usuários (Quadro 03). Das 12 vagas destinadas aos usuários, cinco eram de representantes de entidades patronais ou de mercado: Federação da Indústria da Bahia (FIEB); Associação Comercial da Bahia; Federação da Agricultura do Estado da Bahia; Comitê de Fomento Industrial de Camaçari (COFIC); Federação do Comércio do Estado da Bahia.

Em consequência, observa-se pequena proporção, 33,3% (oito de 24), de entidades de representações sociais no conselho. Percentual muito abaixo dos 63% encontrado no Conselho Estadual do Rio Grande do Sul (PEREIRA, CÔRTEZ E BARCELOS, 2009) e de 75% do Conselho Nacional de Saúde (CÔRTEZ, et al, 2009). As entidades sociais eram representadas pelos: trabalhadores de saúde, duas vagas; trabalhadores não saúde, três vagas; portadores de patologia e deficiência, duas vagas; e entidades religiosas, uma vaga (Quadro 04). Além do baixo número dessas instituições, observam-se ausências no CES/BA de instituições que representem federação de associações comunitárias, entidades étnicas, de gênero, aposentados e movimentos sociais.

Quadro 05- Nova Composição do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, 2011

Segmentos	Nº	Entidades
I – Representantes do Governo	4	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário de Saúde do Estado da Bahia • Secretaria do Meio Ambiente do Estado da Bahia • Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS • Ministério da Saúde
II – Prestadores de Serviços de Saúde.	4	<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores de serviço em saúde (dois representantes) • Comunidade científica • BAHIAFARMA
III – Trabalhadores em Saúde.	8	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades congregadas em sindicatos e federações (quatro represent.) • Conselhos de classe e associações profissionais (quatro represent.)
IV – Usuários.	16	<ul style="list-style-type: none"> • Fórum de entidades de patologias (quatro representantes) • Entidades congregadas em centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da saúde (três representantes) • Fórum de pessoas com deficiências (dois representantes) • Entidades congregadas em federações e associações patronais urbanas e/ou rurais, exceto entidades patronais da área da saúde • Fórum de mulheres organizadas em saúde • Fórum de entidades de aposentados e/ou pensionistas • Fórum de combate a violência • Fórum de entidades do movimento anti-racista • Populações indígenas ou quilombolas • Fórum de entidades religiosas

Com a promulgação da Lei 12.053/2011 (BAHIA, 2011) é instituída uma nova composição ao CES/BA, com o aumento do número de conselheiros e mudanças nas proporções entre os segmentos. O próprio texto da referida lei discorre que a composição deve respeitar as proporções estabelecidas pela Resolução 333/2003 e apresenta o número de representações em cada um dos quatro segmentos: gestores, quatro representantes; prestadores de serviço, quatro representantes; trabalhadores em saúde, oito representações; e usuários, com 16. Também são incluídos diversos segmentos que anteriormente não faziam parte do conselho, a exemplo de entidades étnicas, de gênero e aposentados (Quadro 05).

Uma importante inovação na nova conformação do CES/BA foi o não estabelecimento de entidades com assento cativo no conselho. Com exceção dos gestores, a Lei 12.053/2011 e o novo regimento do CES/BA apenas apontam que tipo de segmento social deve ser representado no CES/BA sem designar as entidades específicas que teriam assento no conselho (Quadro 05).

Para composição desse novo conselho, a escolha das entidades e dos representantes foi realizada por meio de processo de credenciamento e habilitação das entidades, regulamentada pela Resolução CES/BA nº 04/2011. Foi aberto um edital, com a definição de critérios e prazos para a inscrição e habilitação das entidades interessadas em ter representação no CES/BA. Após credenciamento das entidades foram realizadas plenárias por segmento e foram eleitos os conselheiros titulares e suplentes, entre as entidades de cada segmento. Esse modelo aponta um avanço no processo de democratização da própria estrutura do conselho, por possibilitar a inclusão de novos atores coletivos, além de promover o debate e facilitar o acompanhamento das diversas entidades representativas de um mesmo segmento.

Apesar dos avanços desse processo, torna-se importante destacar as dificuldades vivenciadas pelo conselho em decorrência do não credenciamento de entidades de alguns dos segmentos. O que pode estar relacionado à pequena tradição associativa do estado, à baixa visibilidade do conselho, ou, ainda, ao desinteresse da população pelas questões relativas ao conselho estadual de saúde.

O que eu fiquei meio que triste em relação a isso, principalmente no movimento negro e de mulher, é que você teve todo esse cuidado de fazer esse resgate, talvez tentar essa inclusão nesse processo de participação e procurar as entidades e você não encontrar. Não é possível que a gente não tenha organizada na Bahia uma representação do movimento negro ou de mulher pra assumir uma vaga e participar do conselho. Então, no ponto de vista da prática é pra gente perceber um pouquinho

também que é difícil, por mais que a gente tenha vontade e capacidade de fazer o processo bem amplo, bem estendido. Mas, na prática eu acho que ainda é difícil você ir buscar dentro da sociedade essas verdadeiras representações, entendeu?
(Entrevista 01).

Apesar da maioria dos conselheiros considerar que a nova composição é representativa dos segmentos sociais baianos, alguns entrevistados apresentaram críticas ao novo formato por não contemplarem representações de base territorial como federações de associação de moradores.

E não ficou o ideal, é bom que se diga. O conselho tem uma dificuldade enorme na participação de comunidades no sentido, por exemplo, de moradores. Porque quando você fala de comunidade, você pode falar de instituições que atuam na comunidade, mas você pode falar também das pessoas que habitam na comunidade, que têm suas representações como habitantes da comunidade (Entrevista 01).

Esta observação está em sintonia com a opinião de Labra (2010) que destaca que as associações de vizinhança ocupam lugar destacado na defesa do direito à saúde e do SUS e devem cumprir relevante papel na representação dos usuários nos conselhos de saúde. Para a autora, as associações de vizinhança são as únicas entidades a vocalizar demandas das comunidades. No caso do CES/BA, um fator que pode ter contribuído para não contemplação desse segmento na composição do conselho é a fragilidade organizativa das associações de moradores em âmbito estadual.

Quadro 06- Disposição das entidades que compõem o novo Conselho Estadual de Saúde da Bahia de acordo à classificação entre atores estatais, sociais e de mercado, 2011.

Segmento	Nº	Representação	Entidades
Representantes Estatais	6	Governamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário de Saúde do Estado da Bahia • Secretaria do Meio Ambiente do Estado da Bahia • Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS • Ministério da Saúde • Comunidade científica • BAHIAFARMA
Representantes de Mercado	3	Prestadores de Serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores de serviço em saúde (dois representantes)
		Empresários	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades congregadas em federações e associações patronais urbanas e/ou rurais, exceto entidades patronais da área da saúde
Representantes Sociais	23	Trabalhadores de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades congregadas em sindicatos e federações (quatro represent.) • Conselhos de classe e associações profissionais (quatro represent.)
		Trabalhadores não saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades congregadas em centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da saúde (três representantes)
		Portadores de Patologia ou Deficiência	<ul style="list-style-type: none"> • Fórum de pessoas com deficiências (dois representantes) • Fórum de entidades de patologias (quatro representantes)
		Entid. étnicas, de gênero, aposentados e movimentos sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Fórum de mulheres organizadas em saúde • Fórum de entidades de aposentados e/ou pensionistas • Fórum de combate à violência • Fórum de entidades do movimento anti-racista • Populações indígenas ou quilombolas
		Entidades Religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Pastoral da Saúde do Estado da Bahia

No Quadro 06 é apresentada a distribuição dos assentos entre representantes governamentais, de mercado e social. Quando comparado com o conselho anterior (Quadro 04), observa-se o crescimento das representações das entidades sociais e a diminuição dos representantes de mercado. Nessa nova composição, os representantes sociais ocupam 72% dos assentos do conselho (23 vagas em 32), percentual muito superior aos 33,3% na

distribuição anterior. Por sua vez, os representantes de mercado que antes tinham 1/3 da representação do conselho, passam a ocupar 9,4% das vagas (três em 32).

A diminuição das vagas destinadas às representações de mercado, especialmente a redução das entidades patronais no segmento dos usuários, é objeto de insatisfação e questionamentos entre os representantes desses segmentos.

Eu acho que a indústria, o comércio e a agricultura nós precisávamos ter mais representatividade no conselho, entendeu? Eles tiraram praticamente todo o empresariado, de seis vagas, eles tiraram quatro e deixaram apenas duas. E botaram, alocaram pra entidades do interesse político deles. Levaram pra assembleia legislativa, aprovaram e eu achei um absurdo (Entrevista 13).

Para esses segmentos, dois motivos principais foram determinantes para a diminuição do espaço da representação patronal: a baixa vocalização política do empresariado e a hegemonia dos partidos de esquerda na gestão do estado.

Rapaz, eu vou te falar que nós empresários somos muito fracos politicamente. O interesse do empresariado pelo conselho ainda é muito pequeno, isso é um fato, sendo muito sincero. Esse fato anterior que eu disse sobre as cadeiras que nós perdemos foi um pouco por negligência nossa (Entrevista 13).

Eu acho que o problema é político, que o PT e o PC do B querem tomar conta de tudo, querem ocupar todos os espaços, parece o sistema carlista, lembra? Ta parecendo esse povo aí, discrimina e exclui as pessoas pra se fazer mais forte, ta entendendo? Acho que o PC do B e o PT hoje no conselho de saúde, eu acho que tem mais de 80%, eles dominam o conselho (Entrevista 15).

Conforme observado nesses discursos, os próprios representantes reconhecem que têm baixa participação nas atividades do conselho e pouco conseguem interferir na agenda política e sobre as deliberações do CES/BA. Também apontam que o governo Wagner busca privilegiar os movimentos sociais e os representantes de partidos de esquerda, contribuindo assim para o fortalecimento de suas bases.

5.3. Frequência das entidades às reuniões do CES/BA

O Quadro 07 demonstra o percentual, por ano, da frequência de pelo menos um representante das entidades, titular ou suplente, nas reuniões do CES/BA. Antes, porém, de discutir a assiduidade da representação das entidades às reuniões, torna-se importante destacar a frequência de realização das reuniões durante o período analisado. Entre os anos de 2003 a 2006, período de gestão do então PFL, em nenhum dos quatro anos foi realizada as 12 reuniões ordinárias previstas. Em 2005, foram realizadas apenas oito reuniões ordinárias. Em 2006, ano que mais aconteceram reuniões nessa gestão, foram realizadas 11, sendo que duas dessas foram reuniões extraordinárias e apenas nove ordinárias.

O principal motivo para diminuta frequência das reuniões era a dificuldade para a formação do quorum mínimo regimental de metade dos conselheiros mais um. As reuniões eram mensalmente convocadas pelo presidente do conselho, no entanto, o número de conselheiros presentes no dia e horário estabelecido era inferior ao mínimo necessário para ao início dos trabalhos.

Quadro 07- Percentual de comparecimento de representantes das entidades às reuniões do CES/BA, por ano, 2003 – 2011.

Quadro 07- Percentual de comparecimento de representantes das entidades às reuniões do CES/BA, por ano, 2003 – 2011 (continuação).

Segm ento	Entidade		Ano											
			2003 (09 reun)	2004 (09 reun)	2005 (08 reun)	2006 (11 reun)	Média Gov. PFL/DEM	2007 (13 reun)	2008 (15 reun)	2009 (12 reun)	2010 (12 reun)	2011 (11 reun)	Média Gov. PT	Média geral
Governamentais Sociais	FEBAB	SINDSAÚDE	78%	100%	100%	100%	78%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	84%
	Sec. da Fra. Est. Saúde	SINDIMED	67%	56%	73%	83%	70%	54%	20%	50%	33%	60%	77%	74%
	Sec. Administração		100%	78%	88%	73%		92%	40%	8%	0%	0%		
	SMS Salvador		78%	44%	88%	91%		62%	27%	17%	8%	0%		
	COSEMS		84%	50%	88%	64%	56%	85%	67%	58%	50%	38%	92%	76%
	Ministério da Saúde		56%	78%	88%	100%		100%	93%	100%	100%	88%		
	UFBA		56%	67%	100%	52%	76%	69%	80%	65%	75%	63%	67%	71%
	Assembleia Legislativa		67%	44%	78%	55%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	84%	72%
Privadas	Associação de Profissionais		89%	33%	50%	64%	59%	69%	47%	25%	33%	75%	50%	54%
	Associação de Psicólogos		100%	100%	100%	100%	79%	85%	93%	92%	58%	50%	77%	78%
	Psicologia Crônica		78%	100%	63%	73%		77%	80%	67%	75%	88%		
	Parceiros		89%	33%	63%	45%		69%	67%	33%	33%	38%		
Mercado	Associação Comercial da Bahia		56%	44%	50%	45%	49%	30%	0%	0%	33%	30%	85%	69%
	Federação da Agricultura da Bahia		44%	33%	38%	55%	43%	62%	53%	42%	33%	50%	48%	46%
	COFIC		78%	89%	88%	55%	78%	46%	67%	67%	42%	38%	52%	63%
	Federação do Comércio da Bahia		78%	89%	88%	55%	78%	46%	67%	67%	42%	38%	52%	63%

Essa situação é destacada pelos entrevistados como resultante do desinteresse da própria gestão em promover a mobilização e incentivar uma participação mais ativa no CES/BA. Em um cenário que a composição tinha apenas um terço de representantes de setores sociais e os outros dois terços eram compostos por representantes governamentais e de mercado – com fortes vínculos políticos e ideológicos com o governo então vigente – caso existisse empenho da gestão estadual esses atores poderiam ser mobilizados e incentivados a uma maior assiduidade nas reuniões do conselho. Alguns discursos relatam que os gestores de então não esboçavam qualquer interesse em se atingir o quorum para realização das reuniões.

Eu poderia dizer que não havia uma preocupação do quorum dos conselheiros, por que na verdade o que acontecia era assim, chegava: “– Tem quorum?” “– Não.” “– Então, tchau! Marca aí a próxima reunião”. O próprio secretário, que era o presidente do conselho, não tinha aquela preocupação de estabelecer um diálogo e de trazer os conselheiros (Entrevista 04).

Sobre a frequência das entidades, é possível observar diferenças na assiduidade de acordo com os setores representados e o período de gestão. Conforme indicado na média geral das reuniões, os representantes dos segmentos sociais tiveram maior participação no conselho do que os membros das entidades de mercado. Enquanto os sindicatos de trabalhadores em saúde e também os trabalhadores não saúde, representados pelas centrais sindicais, tiveram uma frequência superior a 70% em todo período analisado, os representantes do setor patronal – FIEB, Associação Comercial da Bahia e Federação da Agricultura da Bahia – apresentaram frequência inferior a 50% durante o mesmo período.

Para o segmento de mercado, três entidades se destacam pela elevada participação no CES/BA: as entidades privadas prestadoras de serviço, o COFIC e a Federação do Comércio

da Bahia. A elevada presença das entidades privadas prestadoras de serviço certamente é motivada pelo interesse direto na política de saúde e nos modelos de gestão a serem implementados, o que poderia beneficiar ou diminuir a participação desse segmento na prestação dos serviços ao SUS.

Ao comparar a frequência dos segmentos entre os dois distintos períodos de gestão, observa-se que as entidades de mercado e alguns representantes governamentais tiveram maior participação na gestão carlista, ao tempo que os representantes societários apresentaram maior frequência na gestão conduzida pelo PT.

A Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB) frequentou 85% das reuniões durante o governo do PFL e apenas 28% na gestão Wagner. Ao tempo que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador esteve representada em 75% das reuniões na primeira gestão e em apenas 23% da gestão petista. Uma possível justificativa para elevada presença da SAEB na gestão do PFL é que nesse período essa secretaria era responsável pela execução orçamentária e, conseqüentemente, pela prestação de contas do orçamento da SESAB. Já na gestão Wagner/Solla toda execução e prestação de contas dos recursos da saúde eram realizadas pela própria pasta.

Para a SMS de Salvador é possível supor que a diminuta frequência na segunda gestão analisada foi motivada pelo distanciamento político e constantes conflitos entre os gestores estadual e municipal, conforme relata um prestador: *Situação muito difícil, porque a gestão municipal passa por uma crise muito grande. Então, fica num jogo de empurra da secretaria de saúde de Salvador com a SESAB, então eu acho que não tá mais na esfera da gestão, tá na esfera da política* (Entrevista 11).

Ainda sobre os representantes governamentais, chama a atenção a baixa frequência da representação da assembleia legislativa durante todo período analisado, sendo que, a partir de 2007, os deputados deixaram completamente de participar das reuniões do conselho.

Entre as entidades de mercado, com exceção de apenas uma, todos os representantes tiveram maior frequência no período da gestão conduzida pelo PFL. Este fato pode ser justificado pela grande proximidade e afinidade entre os interesses mercadológicos e o modelo de gestão adotada nesse período.

E como tem muita representação dos prestadores dentro do conselho, então sempre houve uma aproximação, sempre prevaleceu o apoio entre gestores e prestadores nas votações em relação a esses temas. Tinha uma relação muito próxima e votavam a favor dessas fundações, de organizações sociais, organizações não governamentais (Entrevista 05).

Uma questão importante a refletir é que embora se observe menor frequência das entidades de mercado na gestão do PT, isso não significa um menor poder de influência desse segmento sobre a gestão ou uma menor participação na prestação de serviços saúde ao estado. Como adverte Cunha (2007), a presença de uma entidade nos espaços dos conselhos não é sinônimo da capacidade de influência sobre os processos deliberativos, visto que uma entidade pode estar ausente das reuniões e exercer sua influência em outros espaços. Assim, a autora considera que a baixa participação dos prestadores de serviço nos conselho pode significar que esses atores não consideram o conselho como espaço legítimo de decisão, preferindo outros canais de manifestação e negociação de interesses, em uma relação com a gestão que não convém ser expressa nos espaços de deliberação pública.

No caso da Bahia, como será discutido adiante, na gestão do PT, além de serem mantidas e ampliadas as terceirizações via organizações sociais, se inovou em novos mecanismos da prestação dos serviços – a exemplo das fundações estatais de direito privado e a parceria público privado. Neste contexto, é evidenciada a necessidade de contatos

frequentes entre a gestão e as entidades de mercado, apesar da menor participação dos prestadores privados no conselho estadual de saúde.

Além da elevada proporção de representantes de mercado na antiga composição do CES/BA, chama a atenção como algumas dessas representações eram ocupadas. O caso da Associação Comercial da Bahia é emblemático por representar total distorção sobre a ocupação de espaço e a representação de interesses no âmbito do conselho. A associação comercial compunha o conselho no segmento dos usuários, no entanto, entre 2005 e 2011 a vaga era ocupada pela Sra. Maria Rita de Souza Lopes Pontes, que representava as Obras Sociais de Irmã Dulce (OSID).

A OSID é o maior prestador privado de serviço ao SUS na Bahia. Além do Hospital Santo Antônio que dispõe de mais de 1000 leitos conveniados ao SUS, também administra vários hospitais e unidades de saúde conveniadas tanto da rede estadual como também em vários municípios. Diversos representantes de usuários e trabalhadores manifestaram descontentamento sobre a distorção de um prestador privado ocupar no conselho a vaga destinada à representação dos usuários.

No nosso segmento de usuários tinha uma coisa que era esdrúxula. Você tinha Associação Comercial da Bahia, que é uma instituição privada. Só que quem representava a Associação Comercial da Bahia dentro do conselho eram as Obras Sociais de Irmã Dulce, que é um grande prestador de serviço do SUS do estado da Bahia (Entrevista 01).

Sobre os representantes sociais, esses são os conselheiros que, de uma maneira geral, apresentaram maior assiduidade às plenárias do CES/BA. Na comparação entre as duas gestões, observa-se que a maioria dos representantes sociais frequentou as reuniões mais assiduamente durante o governo do PT. Em sentido análogo à afinidade entre o segmento de

mercado e a gestão carlista, no governo do PT a maior afinidade entre as entidades sociais e a linha ideológica do governo é apresentada como motivação principal da maior participação dos representantes sociais.

Nessa gestão há uma identidade partidária grande entre muitas representações do conselho, inclusive de usuários, trabalhadores e a gestão. Ou seja, são militantes ou simpatizantes dos mesmos partidos, do PT ou do PC do B, que estão tanto na gestão quanto na representação do movimento social (Entrevista 11).

A baixa frequência de alguns representantes às reuniões do CES/BA deveria ser motivo de substituição desses conselheiros. Conforme o regimento então vigente, o conselheiro que deixasse de comparecer a três reuniões ordinárias consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano deveria ser desligado da função e ser substituído por sua entidade (BAHIA, 2005). Todavia, no período analisado, mesmo diante de vários casos de conselheiros que faltaram a mais de 12 reuniões consecutivas, o conselho não apresentou nenhum caso de desligamento por motivo de não cumprimento da frequência mínima estabelecida.

5.4. Formação da pauta e principais assuntos discutidos no CES/BA

De acordo com Silva et al (2009) o controle sobre o processo de formação da agenda de discussão se constitui em um dos principais indicadores relativos à distribuição do poder entre os participantes de um fórum. Assim, analisar a influência dos segmentos no processo de formação da pauta de discussão do conselho de saúde da Bahia se constitui em um importante indicador da dinâmica de poder nesse espaço.

Conforme estabelecido nos dois Regimentos Internos que regulamentaram o funcionamento do CES/BA até 2011 (BAHIA, 1993; 2005), a formação da pauta do conselho deveria ser realizada a partir de decisão na reunião anterior. Ou seja, ao final da reunião deveria ser discutido e decidido quais os assuntos a serem apreciados na sessão plenária seguinte, com exceção dos assuntos de natureza urgente que poderiam ser incluídos à critério do presidente. No entanto, o que se observa na análise das atas e no relato dos entrevistados é que essa determinação regimental não era uma prática comum do conselho. A formação da pauta era determinada predominantemente pelo gestor estadual em decisão conjunta com a secretaria executiva do conselho.

Embora representantes da SESAB afirmem que a pauta é definida democraticamente a partir da demanda dos conselheiros:

As pautas são encaminhadas pelos próprios conselheiros, nós checamos e encaminhamos ao setor competente pra que faça todo o processo de apresentação e essa pauta ela entra numa ordem cronológica dos pedidos. Quando existe um pedido assim de vários conselheiros ou uma pauta que merece passar na frente das demais, aí gente muda o componente da pauta (Entrevista 10).

De acordo com os relatos da maioria absoluta dos entrevistados a pauta é construída conforme conveniência da gestão. Ainda que fosse possibilitada aos conselheiros a sugestão de temas para discussão, os critérios de inclusão desses temas não eram claros e muitos conselheiros relataram dificuldades para incluir temas na agenda de discussão do conselho.

Isso às vezes traz um certo desconforto porque a pauta é muito da gestão, não é muito uma pauta do conselho. Nós que somos do segmento dos usuários ou do segmento profissionais da saúde, muitas vezes a gente quer colocar uma pauta e tem que ficar esperando sem saber quando vai ser encaixado aquele tema (Entrevista 07).

A gente precisa de uma clareza na definição da pauta: 'olha a gente tem 20 pedidos aqui, qual desses pedidos de pauta que vai ser contemplado?' E essas informações a gente não tem, não sabe como é escolhido (Entrevista 02).

Por outro lado, alguns entrevistados refletiram que as pautas indicadas pelos representantes sociais se referem a temas de interesses muito localizados de um segmento específico ou está muito centrada na luta sindical.

Falta um debate que não seja uma pauta ou corporativa ou uma pauta de questões pontuais, como a unidade de saúde do meu bairro ou os medicamentos dos renais crônicos. Aí falta também capacidade de formulação dos movimentos sociais para propor uma discussão de políticas de saúde que sejam gerais, que sejam de interesse coletivo, que não seja particular da minha categoria ou do meu grupo social (Entrevista 11).

O que se pode verificar é que apesar da possibilidade regimental de inclusão de temas por parte de usuários e trabalhadores o poder de agenda desses segmentos é consideravelmente baixo. Ainda que alguns temas considerados importantes, a exemplo da questão da regulação, foram pautados no conselho por demanda dos representantes sociais, observa-se que o gestor detém centralidade absoluta na definição do que é discutido no âmbito do conselho.

A fim de se identificar quais os assuntos que mais ocuparam o espaço discursivo do conselho, realizou-se uma classificação dos temas de acordo a natureza dos mesmos. A partir daí se identificou todos os pontos de pauta das reuniões, entre os anos de 2003 e 2011, agrupando-os de acordo com a classificação proposta. A frequência e o percentual dos temas

abordados podem ser um indicador de qual agenda pautava as discussões no conselho e sobre quais interesses o CES/BA se debruçava com maior afinco.

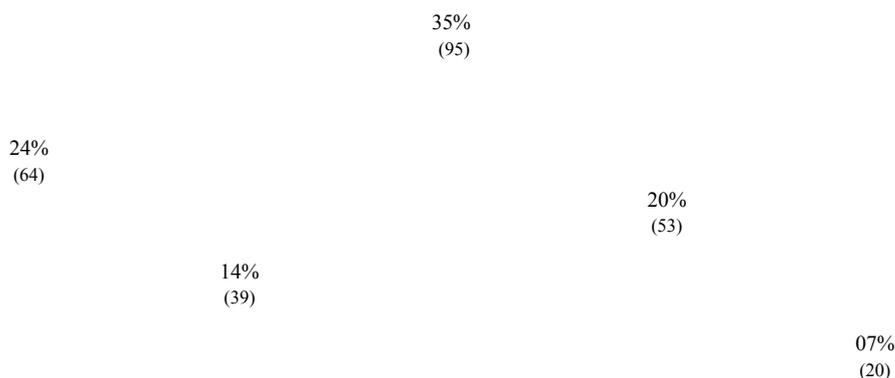
Os temas pautados nas reuniões dos conselhos foram classificados da seguinte forma:

- Gestão financeira, prestação de contas, relatórios de gestão e balanços em geral: diz respeito a todas as discussões referentes às prestações de contas, balancetes contábeis, aprovação de relatórios de gestão e gestão de recursos financeiros de uma maneira em geral.
- Participação e controle social: trata sobre o funcionamento e a organização do conselho, comissões e conferências de saúde. Engloba as discussões referentes às normas e resoluções sobre o funcionamento do próprio conselho, organizações de conferências, indicação de conselheiros para participação de comissões e ações participativas de uma forma em geral.
- Políticas públicas, programas de saúde e estado de saúde da população: está relacionada às ações que objetivam transformar as condições de vida e o estado de saúde geral da população. Também se refere às políticas públicas de saúde e também de outras áreas ou, ainda, trata de programas específicos de saúde.
- Gestão, organização e funcionamento de serviços de saúde: diz respeito às discussões que tratam sobre ações de gestão, avaliação, funcionamento e organização de unidades e serviços de saúde. Questões relativas à regionalização, pactuação com municípios, relações com a CIB, também fazem parte dessa categoria.
- Questões trabalhistas, relativas aos profissionais de saúde e formação profissional: abrange todas as questões relativas aos profissionais de saúde, à gestão do trabalho e aos processos de formação profissional e educação permanente em saúde. Discussões sobre autorização para abertura de cursos de

graduação em saúde, organização de cursos de especialização, capacitações e convênios com Instituições de Ensino Superior fazem parte dessa categoria.

No período estudado, foi discutido no conselho um total de 270 pontos de pauta. O Gráfico 01 apresenta a frequência e percentual dos temas abordados conforme as categorias apresentadas. O tema ‘políticas e programas de saúde’ foi o assunto que mais foi discutido nas reuniões, com um total de 35% dos assuntos discutidos. Em segundo lugar, a ‘prestação de contas e relatórios em geral’ ocupou 24% dos assuntos pautados. Esses dois temas juntos ocuparam 59% da pauta de discussão do CES/BA.

Gráfico 01- Frequência e percentual dos temas discutidos no CES/BA, 2003 a 2011.



Embora sejam duas temáticas de grande relevância para o exercício do controle social, importante destacar que esses temas são colocados em discussão por direcionamento da gestão, conforme relato do seguinte entrevistado: *A pauta é muito de assuntos inerentes à gestão, a exemplo de relatórios de gestão, plano de gestão, então são essas as coisas que*

fazem parte da rotina do conselho (Entrevista 11). A discussão de políticas e programas de saúde é motivada principalmente pela obrigatoriedade legal de aprovação no conselho das ações a serem implementadas pela SESAB.

Muitas dessas políticas e programas são proposições do Ministério da Saúde que demandam homologação do conselho estadual, a fim de que o estado possa receber a transferência de recursos financeiros. Quando o tema entra em pauta, a dinâmica adotada se constitui de uma apresentação, geralmente realizada por técnicos da SESAB, seguida de uma breve discussão, com momentos para que os conselheiros esclareçam suas possíveis dúvidas, e logo em seguida votação para se aprovar a referida política ou programa.

Esse modelo de condução é questionado por muitos conselheiros que argumentam sobre o pouco tempo de debate destinado a conhecer a fundo a política ou programa a ser implementado. Também é colocada em questão a lógica indutiva em favor da aprovação, visto que da forma como eram conduzidas as apresentações e discussões dificilmente os conselheiros se colocariam contrários ao desenvolvimento de programas que resultariam na implementação ou ampliação de serviços, com a captação de mais recursos financeiros para o estado.

Porque vem já de Brasília pronto e o conselho não faz nada, o conselho só faz ali aprovar. As coisas são só de homologação, homologar e acabou. Me responda: 'como é que se apresenta um projeto e daquele jeito que se apresentou você pega e aprova sem conhecimento nenhum daquilo?' Por que só tem apresentação e homologação, né? A discussão é mínima (Entrevista 16).

Sobre os processos de prestações de contas e discussões de relatório de gestão, é de se esperar, pela própria dinâmica estabelecida pela SESAB e CES/BA, que esses assuntos ocupem sempre muito espaço na pauta de discussão do conselho. Isto porque, a partir de

2007, as prestações de contas da secretaria da saúde ao conselho estadual passaram a ser trimestrais, sendo essas apresentações realizadas, na maioria das vezes, pelo próprio secretário.

Além das prestações de contas da SESAB, também eram apresentados de forma separada os relatórios da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA) e da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF). Após cada um dessas apresentações era escolhido um conselheiro relator e, então, a discussão retornava na reunião seguinte para apreciação e discussão do voto do parecerista, seguida de votação da plenária para aprovação do relatório.

O terceiro assunto que mais permeou a pauta de discussão do conselho foi a ‘organização e funcionamento dos serviços de saúde’, com 20% dos temas discutidos. Pode-se considerar que esse é um percentual baixo e está de acordo ao esperado para um fórum de deliberação estadual. Não cabe ao CES/BA se deter na discussão sobre o funcionamento de serviços específicos de saúde, o que se espera do conselho é a capacidade de proposição e definição dos rumos da política de saúde com impacto sobre a qualidade da assistência prestada e, sobretudo, nas condições de vida da população.

Em menores proporções, observa-se a ocupação da pauta pelas questões referentes ao próprio ‘funcionamento dos conselhos e conferências de saúde’, com 14% do espaço da pauta, e as ‘questões trabalhistas e relativas aos profissionais de saúde’, com apenas 7% do total de assuntos discutidos. Embora o conselho tenha passado, a partir de 2007, por um amplo processo de reformulação que se estendeu por cerca de quatro anos, esse assunto não era frequentemente inserido na pauta das reuniões do CES/BA.

Isto porque, foi criado um grupo de trabalho com o propósito de estudar e elaborar o novo formato do conselho, sendo que as discussões dessa reforma ocuparam demasiado espaço nos trabalhos desse grupo e não nas plenárias do conselho. Quando o tema foi levado

para o plenário já existia uma proposição elaborada e esta proposta foi inserida normalmente como um ponto de pauta, assim como outros temas.

Embora as questões trabalhistas ocupem formalmente pequeno espaço na pauta de discussão do conselho, os entrevistados indicam que esse era um assunto recorrente e objeto de constantes questionamentos por parte dos trabalhadores. Para os gestores e alguns representantes dos usuários, a pauta sindical era demasiadamente corporativa, relegando outros assuntos importantes do setor saúde para o segundo plano. *Então, para os sindicalistas parece que a saúde só é o salário dos servidores, parece que é só isso* (Entrevista 07).

A baixa proporção desses assuntos na pauta formal do CES/BA pode estar relacionada ao controle da pauta pelo gestor estadual, que não demonstrava interesse em privilegiar a discussão da demanda trabalhista, visto dos embates e impasses entre a SESAB e o movimento sindical. A pequena ocupação do espaço do conselho para discussão de questões relativas aos profissionais também é verificada no Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, o que pode sugerir que os conselhos de saúde não são instâncias que ocupam espaço importante nas negociações trabalhistas do SUS (PEREIRA, CÔRTEZ E BARCELOS, 2009).

5.5. Tipos e temas das deliberações do conselho

O Gráfico 02 apresenta o número de deliberações por ano, entre 2003 e 2011, do CES/BA. Observa-se que com exceção dos anos de 2004 e 2005, as deliberações do conselho ficaram entre 15 e 20 a cada ano. Na análise do gráfico é possível perceber o grande número de deliberações *ad referendum* entre 2003 e 2006, com destaque para o ano de 2004 em que houve mais deliberações *ad referendum* do que deliberações de plenária. A partir de 2007 apenas uma deliberação *ad referendum* foi aprovada pelo conselho.

Gráfico 02- Frequência das deliberações do CES/BA, segundo os tipos: deliberações de plenária e deliberações *ad referendum*. 2003 a 2011.

Esse elevado quantitativo de deliberações à revelia da plenária coincide com o período do governo carlista e pode ser resultante de duas questões principais. Primeiramente, como demonstrado no Quadro 07, nessa gestão o número de reuniões realizadas pelo CES/BA foi inferior ao preconizado. Desta forma, é possível que, diante da obrigatoriedade de aprovação pelo conselho estadual de determinados programas ou projetos a serem encaminhados para outras instâncias e sem a realização de reuniões por falta de quórum, o secretário de saúde e presidente do conselho tenha procedido com os encaminhamentos para posterior aprovação do CES/BA.

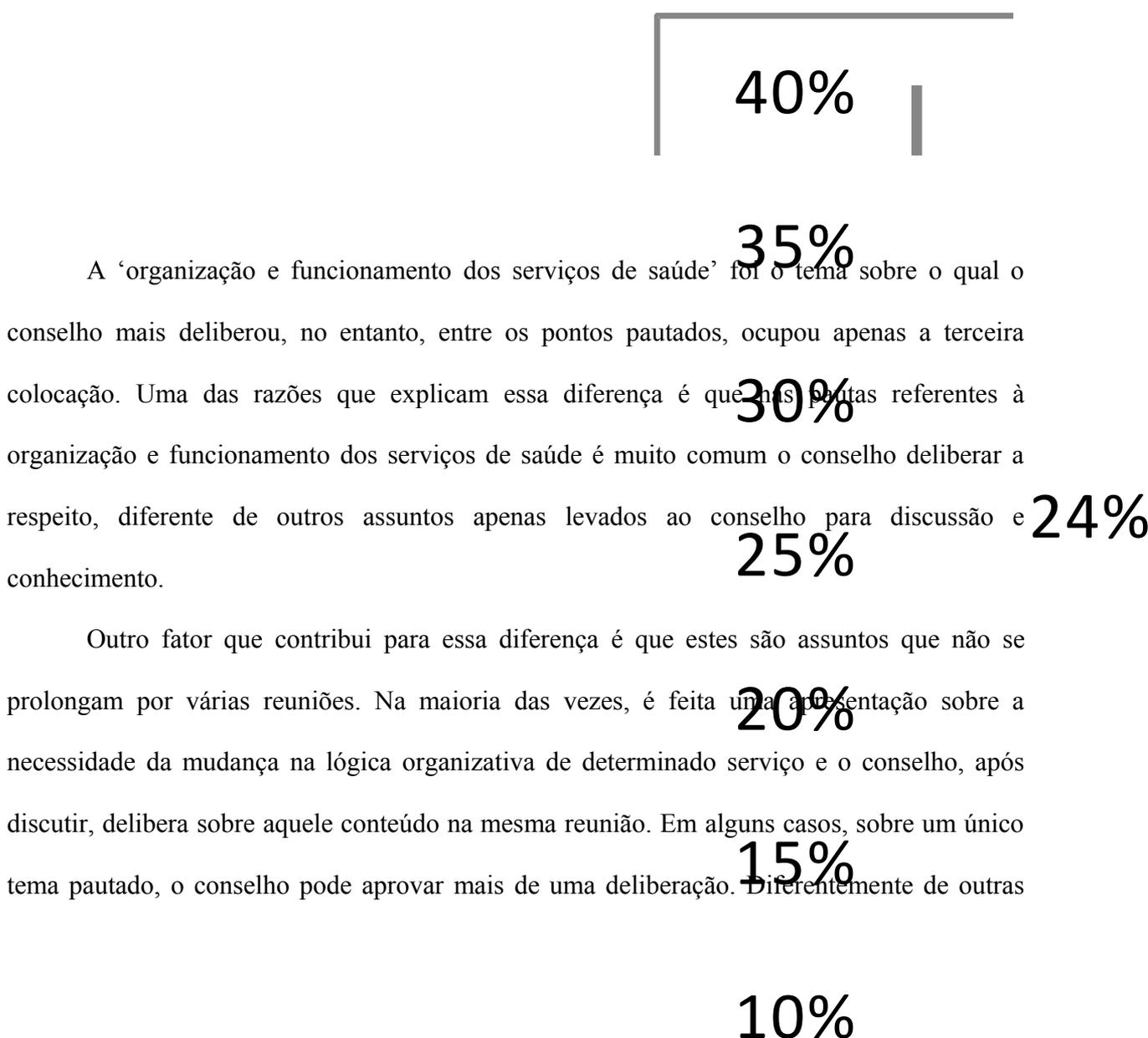
Em segundo lugar, também pelo estilo pouco democrático como ficaram conhecidos os governos carlistas (AVRITZER, 2007), é possível que algumas resoluções tenham sido encaminhadas *ad referendum* de maneira intencional para evitar a discussão e polêmica em plenário antes da sua aprovação. Assim, quando o assunto fosse para homologação do conselho já teria sido encaminhado para outras instâncias, sem grandes possibilidades de

interferência dos conselheiros. O relato a seguir é ilustrativo dessa situação, *Às vezes o governo trazia o prato pronto. É que depois que mandava abrir licitação, que mandava o projeto pra assembleia é que vinha pra discutir dentro do conselho, pra que o conselho apenas aprovasse, né?* (Entrevista 02).

Sobre o conteúdo das deliberações, também se realizou classificação de acordo com as mesmas categorias utilizadas para os temas pautados (ver pagina 116). No Gráfico 03 são apresentados os percentuais das deliberações de acordo à natureza do tema. O conselho publicou um total de 129 deliberações durante o período estudado. A ‘organização e funcionamento dos serviços de saúde’ se constitui no tema em que mais o CES/BA deliberou a respeito, com 32,5% de todas as deliberações. O ‘controle social’ é o assunto que apareceu em segundo lugar no número de deliberações do CES/BA, com 20,1%. Em seguida, as categorias ‘prestação de contas e relatórios’ e ‘políticas e programas de saúde’ apresentaram cada uma 16,6% das deliberações do conselho. Por fim, o tema que menos se deliberou no conselho refere-se às ‘questões trabalhistas e de profissionais de saúde’, com 14,2% das deliberações.

Também no Gráfico 03, compara-se a diferença percentual entre os temas pautados e deliberados pelo CES/BA. As ‘políticas, programas e estado de saúde da população’ foi o tema que mais ocupou a pauta do conselho, todavia as deliberações dessa categoria ocupam o terceiro lugar entre os temas deliberados. Esse contraste é justificado pelo fato de que muitos assuntos, principalmente relacionados à situação epidemiológica e atividades de alguns setores da SESAB, são apresentados no CES/BA apenas no intuito de discutir e dar conhecimento ao conselho, sem, no entanto, caber deliberações a respeito. São exemplos de assuntos que foram ponto de pauta, mas que não demandaram deliberação: Apresentação do plano de contingência da dengue; Situação da anemia falciforme na Bahia; Apresentação do plano diretor de vigilância sanitária, dentre outros.

Gráfico 03- Percentual das categorias de temas discutidos e temas deliberados no CES/BA, 2003 a 2011.



categorias, a exemplo das prestações de contas, que para se deliberar sobre uma determinada questão, o mesmo assunto é inserido como ponto de pauta em mais de uma reunião, contribuindo, assim, para a diferença entre o número de assuntos pautados e o total de deliberações.

5.6. Síntese do capítulo

O propósito desse capítulo foi apresentar e discutir a estrutura, organização e dinâmica do Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Com relação à composição do plenário, constatou-se que o conselho manteve por 18 anos uma distribuição irregular dos assentos, sem atender os critérios da paridade. Como exemplo, a representação dos profissionais de saúde que deveria corresponder a 25% do total de conselheiros, era composta por apenas 8,3% das vagas. Observa-se também a destinação de um assento entre os usuários para a assembleia legislativa do estado. Na análise sobre a distribuição das cadeiras entre os representantes sociais, os de governo e os de mercado, constata-se a existência de grande proporção das entidades de mercado e uma baixa representação das entidades sociais e populares.

Em 2011 é instituída uma ampla reformulação na estrutura e composição do conselho, que contou com ativa participação dos usuários. Na nova composição, o número de assentos foi ampliado de 24 para 32 e foi realizada uma redistribuição destes, com diminuição das representações de mercado e ampliação das entidades sociais e dos profissionais de saúde.

Observa-se que os temas mais discutidos no plenário do conselho são às ‘políticas e programas de saúde’ e as ‘prestações de contas’. O que contrasta com temas sobre os quais o CES/BA mais deliberou, que foi a ‘organização e funcionamento dos serviços de saúde’.

Sobre o processo de formação da agenda de discussão, é possível concluir que os gestores mantêm rígido controle da formação da pauta, o que sinaliza a existência de relações

assimétricas de poder e a dificuldade das entidades sociais vocalizarem suas demandas. No período analisado, observa-se que o conselho avançou consideravelmente em direção a ampliação da participação das entidades sociais. Todavia, a possibilidade de influência sobre a agenda de discussão não avançou na mesma cadência.

Ao retomar os critérios propostos por Dahl (2005), de inclusividade e contestação pública, como os parâmetros que possibilitam maior participação e permeabilidade ao processo decisório, é possível inferir que o CES-BA avançou apenas parcialmente no sentido de maior democratização de suas atividades. No que tange a inclusividade, observa-se um crescente processo de ampliação desta, com a valorização da participação popular e o aumento do número de entidades sociais representadas no conselho. No entanto, a postura dos gestores de manterem-se resistentes a abertura do controle da agenda de discussão, limita, sobremaneira, a possibilidade dos setores populares em influenciarem os rumos da política, conduzindo, assim, a um incompleto processo de democratização do conselho de saúde da Bahia.

6. Poder de Interferência do CES/BA na Definição e Condução da Política de Saúde do Estado

A análise do poder de interferência do CES/BA na definição e condução da política de saúde do estado foi embasada no conceito de efetividade deliberativa. Para Cunha (2007) a efetividade deliberativa está relacionada à capacidade efetiva das instituições influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política pública. Nesse sentido, a análise se pautou no poder do conselho sobre a agenda das políticas de saúde e no controle e acompanhamento da execução da política.

Cunha (2007) sintetiza alguns dos principais pressupostos acerca da democracia deliberativa. O primeiro deles trata da legitimidade dos procedimentos deliberativos, que deriva do envolvimento e da participação daqueles que possivelmente serão afetados pelas decisões. Outro pressuposto relaciona-se ao alargamento e melhoria da qualidade democrática no sentido de ampliar espaços e possibilidades de participação dos cidadãos. O terceiro pressuposto é o de que a democracia deliberativa se concretiza em instituições que articulam sociedade e Estado, viabilizando o uso da argumentação pública livre, da cooperação e da justificação das decisões por meio de razões mutuamente aceitáveis e acessíveis a todos. Desta forma, a legitimidade das decisões se fundamenta no fato das mesmas serem coletivas, com a possibilidade de incorporação das diferentes perspectivas apresentadas. No que se refere aos conselhos de saúde, embora estes se caracterizem como espaço de deliberação pública, nem sempre o agir político no interior desses fóruns se baseia nessas premissas.

Existe nos espaços participativos e também nos meios acadêmicos certa confusão em diferenciar o processo de formulação da política e a capacidade de agenda sobre a política. Neste trabalho, parte-se do pressuposto que a função deliberativa do conselho está relacionada à capacidade de influenciar na formação da agenda, ou seja, apontar e inserir temas relativos

aos problemas de saúde que devem ser objeto de políticas públicas e ações governamentais. A responsabilidade de formular a política – no sentido de elaborar as ações e os programas a serem desenvolvidas – não pode ser atribuída ao conselho, esta é uma atividade de caráter eminentemente técnico sob responsabilidade da gestão.

Assim, alguns estudos apontam que os conselhos de saúde não cumprem sua função deliberativa por não atuarem na formulação da política. Não atuam e não devem atuar. Os conselheiros de saúde não possuem disponibilidade de tempo, responsabilidade legal e aparato técnico para elaborar programas e ações a serem desenvolvidas. A sua responsabilidade é balizar a construção dessas políticas, numa perspectiva de estabelecer o direcionamento das ações e intervenções a serem desenvolvidas e acompanhar a respectiva execução.

No caso da Bahia, observa-se um baixo poder de influência do CES sobre a agenda da política de saúde do estado. O conselho, apesar de manter bom nível discursivo em suas reuniões plenárias, apresenta baixa capacidade propositiva sobre a política de saúde, conforme se observa no relato do entrevistado: *acho que é um conselho participativo, observador e questionador. Agora, eu acho que tem um poder aquém do que poderia ter no processo de definição* (Entrevista 11).

Sobre a natureza deliberativa, o CES/BA é percebido pelos conselheiros, muito mais como espaço de homologação das proposições do gestor do que como *locus* de avaliação e direcionamento da política de saúde estadual. Os entrevistados, em sua maioria, afirmam que o conselho desempenha um papel muito mais de fiscalização e acompanhamento das prestações de contas e dos relatórios de gestão do que a função propositiva sobre as políticas. O discurso do entrevistado a seguir, exemplifica tal percepção: *Então, a participação do conselheiro, assim, era importante na vigilância, na fiscalização, na aprovação ou não de contas, mas, em geral, com pouco poder de influência sobre a política* (Entrevista 09).

Foram observadas distintas posturas dos gestores, nos dois diferentes momentos políticos estudados. No período da gestão carlista, entre 2003 e 2006, existia forte embate político partidário no estado, com reflexos também no espaço do CES/BA. Os representantes sociais, em sua maioria ligados a partidos de esquerda, faziam clara oposição ao governo estadual e à política de saúde desenvolvida pela SESAB.

Assim, em decorrência dessa disputa, o gestor estadual buscava limitar o debate e apenas utilizar o conselho de saúde para aprovação das políticas e ações de acordo com as exigências legais. Em muitas situações, quando a política ou programa era conduzido para a aprovação no conselho já estava em execução ou em vias de ser implementada. Nesses casos, o CES/BA apenas cumpria o rito legal de homologação da política definida pela gestão.

A fala de um representante desse período de gestão ilustra a postura de pouca atenção e distanciamento diante do espaço conflitivo do CES/BA:

Por seu turno, o estado, na medida em que era recepcionado dessa maneira, tinha tendência de cartoriar o processo. Ou seja, só se reportar e fazer demandas ao conselho quando era obrigado por alguma necessidade de algum órgão do controle externo ou do próprio Ministério da Saúde (...). Acho que foi um momento ruim. Eu mesmo, algumas vezes que eles começavam a falar, eu ia despachar no meu gabinete, voltava depois ou saía, não dava mais pra você manter uma coisa daquela natureza (Entrevista 17).

Por outro lado, a gestão petista manteve um discurso de valorização da participação social e de respeito ao espaço deliberativo do conselho. Diversos entrevistados apontam avanços, a partir de 2007, no processo discursivo, em que todos os assuntos, mesmo os de menor aceitabilidade para trabalhadores e usuários, eram levados para uma ampla discussão no CES/BA. No entanto, mesmo diante de um espaço aberto e participativo, o gestor

mantinha forte controle e usava de artifícios e estratégias diversas para aprovar as políticas, conforme sua vontade e orientação.

Existia uma postura firme do gestor com relação às questões do seu interesse, em todos os sentidos. Se levava para o conselho e já era assim discutido antecipadamente. (...) Isso também mostra um outro lado, mesmo o gestor progressista, republicano, democrático ele tem estratégias. Tem definições pra condução da gestão que já estão tomadas anteriormente, né? (Entrevista 18).

Mesmo diante das distintas posturas dos gestores para com o conselho, é possível concluir sobre a baixa capacidade dos representantes sociais em interferir sobre a agenda política do conselho. Na gestão carlista, o estilo pouco democrático de gestão e a, conseqüente, não valorização dos movimentos sociais evidenciam a impermeabilidade da agenda para os segmentos não pertencentes à gestão. Por sua vez, o governo petista, mesmo com uma prática participativa e de proximidade com os movimentos sociais, não abria mão do controle da agenda e articulava fortemente a aprovação no conselho das decisões tomadas no nível central.

Sobre a homologação das decisões do CES/BA, independente da linha ideológica do governo, os gestores mantiveram sempre a prática de homologar todas as deliberações do plenário, conforme relatou um representante sindical: *as deliberações elas são homologadas, são homologadas independente de estar contrariando ou não à gestão* (Entrevista 05). Não se tem relato ao longo da história do conselho de deliberação que não foi seguido de um ato homologatório por parte do gestor estadual. No entanto, é possível comprovar que muitas das deliberações do conselho, mesmo homologadas pelo gestor, ou não foram implementadas ou foram implementadas conforme conveniências da gestão.

Sobre este assunto, os gestores argumentaram que, mesmo quando as deliberações vão de encontro à opinião da gestão, estes sempre homologam e implementam as ações, de acordo às definições do plenário:

Já chegou momentos onde o conselho deliberou contrário a uma postura da própria gestão. E nós tivemos o papel de acatar, né? Eu posso citar o fato, por exemplo, de algumas inspeções que nós não fomos favorável, mas que o conselho assim deliberou. O caso de Itabuna, por exemplo, né? No caso de Itabuna o conselho deliberou que ele tinha que ir lá no Hospital de Base de Itabuna, de fazer fiscalização e tudo mais. O componente do gestor achou de que naquele momento não deveria ser, mas o conselho deliberou, nós viabilizamos e os conselheiros foram. Nós tivemos uma postura sempre de tá acatando, de tá facilitando ao máximo, acho que isso é importante. Esse componente do facilitar, porque, muitas vezes, você pode até acatar, mas você dificulta o trabalho do conselho. Então, nós facilitamos todo o trabalho do conselho (Entrevista 10).

Por sua vez, alguns usuários, embora reconhecessem que as ações deliberadas são implementadas pela gestão, ponderaram que a forma como são realizadas as ações nem sempre está em sintonia com a decisão do conselho.

Nem sempre a forma como eu observei e aprovei é a que tá sendo implementada. Muita coisa que o governo faz, mesmo sendo uma resolução do conselho, tem muito mais a vontade do governo ou a forma do governo fazer do que necessariamente como ficou decidido, a decisão que foi tomada pelo pleno do conselho (Entrevista 01).

Outra dificuldade observada e que interfere no desempenho do conselho é a baixa capacidade de acompanhamento da política de saúde deliberada. Os conselheiros relataram grande dificuldade de acompanhamento das ações decididas em plenário, principalmente pela

grande demanda de tempo que este acompanhamento de ações exigiria. O conselho possui extensa pauta de discussões e deliberações, não sendo possível fazer avaliações pormenorizadas se as ações deliberadas estão ou não sendo implementadas pela gestão.

Nesse sentido, emerge como fator impeditivo para o bom desempenho do conselho a multiplicidade de atribuições e responsabilidades a cargo dos conselheiros de saúde. Os entrevistados indicaram que as ações do conselho são demasiadamente amplas e que para o conselheiro cumprir suas responsabilidades conforme preconizado teria que se dedicar integralmente a função de conselheiro.

No entanto, argumentam sobre a impossibilidade de atuarem exclusivamente como conselheiros, visto que, já são sobrecarregados por suas funções profissionais e na militância em suas entidades de origem. O discurso de um representante usuário ilustra a sobrecarga de tempo exigida do conselheiro: *Então, para além da reunião do conselho, você ainda tem reuniões de outras comissões, reuniões extraordinárias, visita a alguma unidade de saúde, relatório para dá parecer. Tudo isso leva a gente a extrapolar o que seria, digamos assim, convencional da função* (Entrevista 07).

Sobre esta temática, Labra (2010) destaca que a amplitude de responsabilidades inerentes aos conselhos de saúde está relacionada às expectativas de seus idealizadores. Para esses, as atribuições de conselheiros seriam totalmente exequíveis, contariam sempre com os meios adequados para a sua efetivação e com autonomia suficiente por parte dos colegiados, fatores quase nunca observados na prática dos conselhos.

Por sua vez, Delgado e Escorel (2008) salientam que os marcos legais que regulamentam os conselhos de saúde têm sobrevalorizado a dimensão técnica, o que parece afastar a dimensão política inerente ao processo democrático. Assim, um desvio tecnocrático estaria balizando as competências normatizadas, extirpando dos conselhos a função política e

participativa, com sobrecarga de atribuições fiscalizatórias nem sempre possíveis de serem desempenhadas pelos representantes.

Ainda sobre o acompanhamento das políticas, deve-se destacar que a implementação de uma política não é um processo simples e imediato. Em muitos casos, o conselho aprova ações que exigem articulação intersetorial e que demandam longo período de tempo para serem efetivadas. Assim, o acompanhamento da ação é de difícil controle por sua própria natureza. Além do mais, a implementação efetiva não depende, muitas vezes, apenas das ações dos gestores em saúde. A concretização de uma deliberação do conselho pode estar sujeita às vontades de outros segmentos sociais e de governo, a exemplo das áreas econômica e de planejamento, nem sempre sensíveis às demandas sociais.

Os principais instrumentos apontados pelos entrevistados como ferramentas de acompanhamento das políticas deliberadas foram as prestações de contas trimestrais e o relatório de gestão. Este último é apresentado anualmente e traz uma síntese das principais ações desenvolvidas, do orçamento executado e das metas atingidas de acordo com o estabelecido no plano estadual de saúde. O relatório é apresentado pelo próprio gestor estadual, com escolha em plenário de um conselheiro para analisar e elaborar o parecer do relatório que é apresentado e discutido na reunião subsequente.

Em que pese esses instrumentos serem apontados como principais meios de acompanhamento e fiscalização das políticas deliberadas, ainda persistem fragilidades e dificuldades no processo de prestação de contas e análise dos relatórios de gestão, mesmo que tenham sido destacados alguns avanços nos últimos anos.

O relato de um usuário exemplifica as limitações no acompanhamento das prestações de contas:

Então, às vezes, eu acho que esse é um processo meio viciado. Uma vez eu fiz um parecer de prestação de contas e eu comecei a fuçar muito as coisas e eu pedi notas

técnicas e as notas técnicas nunca chegaram antes da reunião em que eu deveria apresentar. Eu te juro que a minha vontade foi apresentar o parecer dizendo que eu não aprovava. Mas, aí se cria uma situação de constrangimento de que você é levado, de certa forma, a apresentar algo que seja positivo, que seja afirmando um parecer favorável ao relatório. Então, é um pouco viciado nesse aspecto, sabe? (Entrevista 07).

As dificuldades em realizar um efetivo controle da prestação de contas também é evidenciado em outros cenários (AVRITZER, 2007; BISPO JÚNIOR E SAMPAIO, 2008). Para Labra (2010) não só a efetivação de uma deliberação do conselho, mas todo o processo de produção de políticas é algo intrinsecamente complexo, demorado e incerto com relação aos resultados. Isto porque envolve inúmeros atores, com interesses muitas vezes antagônicos, e a política irá se moldar a depender da correlação de forças entre esses segmentos. Nesse contexto, a deliberação do conselho e a disposição do gestor da saúde em implementá-las são apenas alguns dos elementos constituintes desse processo que envolve outras forças políticas, materiais e organizacionais.

6.1. Os modelos de gestão das unidades prestadoras de serviço

Os modelos de gestão das unidades prestadoras de serviço da rede própria da SESAB foram os motivos dos embates mais acirrados no âmbito do CES/BA. Em ambas as gestões analisadas, tanto a carlista como a petista, a dicotomia entre a prestação direta de serviços e a terceirização para outras modalidades de gestão ocupou a pauta do conselho como tema de maior tensão. Os dois principais protagonistas dessa disputa eram os gestores estaduais, em defesa da flexibilização dos modelos de gestão, e os profissionais de saúde, em sentido oposto, na luta por um modelo de prestação puramente estatal. Os representantes dos usuários,

em decorrência da amplitude da natureza das entidades, apresentavam-se divididos. De uma maneira geral, os representantes patronais se aliavam ao governo e os representantes sociais aos trabalhadores.

Na gestão do então PFL, 2003 a 2007, foi dado prosseguimento à política de ajuste fiscal e macroeconômico, iniciada desde 1990. Souza (2007) destaca que, em decorrência do empenho dos governos carlistas para o ajuste fiscal, a Bahia experimentou nos anos 1990 uma diminuição considerável da despesa de pessoal, motivada principalmente pelas privatizações e terceirizações diversas. Entre os anos de 1995 e 2000, o estado reduziu o percentual da despesa com pessoal em relação à receita líquida real de 55 para 45%. Destaca-se que a redução da despesa com servidores foi realizada antes mesmo do teto imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (SOUZA, 2007).

Nesse contexto, a SESAB saúde também fez uso da estratégia de transferir para entidades diversas a gestão de vários hospitais do estado. O principal modelo adotado nesse período foi o de terceirização para as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as entidades privadas filantrópicas. O relato de um gestor desse período demonstra a defesa ideológica e a resistência dos trabalhadores a esse modelo:

É fundamental também você flexibilizar, porque eu não tenho dúvida que a iniciativa privada pode fazer a assistência com competência, eu não tenho dúvida. Agora, trabalhar junto às Organizações Sociais tinha uma forte resistência do sindicato, eles não aceitavam isso. (...) Então nós saímos com vários hospitais novos, agora tudo isso dirigido por Organizações Sociais, pra desespero dos sindicatos (Entrevista 17).

No âmbito do conselho, as discussões sobre os modelos de gestão resultavam em forte resistência dos representantes sociais, todavia, sem grandes possibilidades desses interferirem

no direcionamento das políticas. De acordo com vários entrevistados, o controle do gestor sobre a maioria absoluta dos conselheiros e a prática de abreviar o debate faziam com que as posturas e opiniões dos representantes sociais pouco refletissem sobre as deliberações do CES/BA e as políticas estaduais de saúde. O discurso de um representante sindical ilustra tal situação: *Durante a gestão anterior o SINDIMED e o SINDSAÚDE cumpriam o papel de apenas de marcar posição dentro do conselho, né?* (Entrevista 03).

Na gestão petista, o que se observa é a frustração de vários representantes de movimentos sociais que nutriam grandes expectativas com relação à reversão do modelo das terceirizações. Isto porque, as formas indiretas de gestão não foram substituídas durante o novo governo. Em sentido contrário às expectativas dos militantes, o modelo de terceirização da prestação de serviços foi ampliado durante o governo petista, conforme o seguinte relato: *Então, esse governo atual, dizia: ‘nós somos contra as OS e as OSCIP’. Mas, não se livrou delas e criou novas modalidades* (Entrevista 12).

Os principais questionamentos relacionam-se à linha ideológica dos partidos, PT e PC do B, que estão à frente da SESAB e à trajetória política dos dirigentes desse governo, que sempre se manifestaram favoráveis à administração direta. O discurso a seguir demonstra os questionamentos e desconfortos gerados dentro do próprio governo pelo direcionamento dado pela nova gestão: *Muitos se sentem incomodados e isso a gente via na fala até de alguns dirigentes, por algumas falas que diziam: ‘Nossa! Mas é a gente mesmo que tá fazendo isso? Eu não acredito!’ ‘OS de novo, não dá pra acreditar. Não tem outra alternativa?’ Então, isso dava uma inquietude grande em todo mundo* (Entrevista 18).

Além de manter as OS e as entidades filantrópicas, o novo governo buscou implementar novas modalidades de gestão com destaque para a Parceria Público Privado (PPP) e as Fundações Estatais de Direito Privado, o que motivou os principais embates no CES/BA durante o governo petista.

O estado da Bahia adotou a primeira Parceria Público Privado para prestação de serviços de saúde do país. A PPP foi instituída pela SESAB para gestão e prestação de serviços do Hospital do Subúrbio, voltado principalmente para as urgências e emergências. Este hospital, localizado no bairro de Periperi, subúrbio ferroviário de Salvador, foi inaugurado em 2010, com 298 leitos de internação, sendo 30 de internação domiciliar e 60 de terapia intensiva. De acordo com o governo do estado, existe grande carência de leitos hospitalares no estado da Bahia e o Hospital do Subúrbio constitui-se na única unidade hospitalar pública de emergência inaugurada na região metropolitana de Salvador desde o ano de 1990 (BAHIA, 2012a).

Segundo informações da SESAB, o Estado da Bahia foi responsável pela construção do hospital, ao custo de 54 milhões de reais e o parceiro privado investiu, inicialmente, cerca de 36 milhões de reais para equipar o hospital. A escolha da empresa privada foi realizada, em fevereiro de 2010, por meio de leilão na Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo (BM&F/Bovespa) e a inauguração do hospital ocorreu em Setembro de 2010 (BAHIA, 2012a). O prazo de concessão foi de 10 anos e o estado remunera a empresa privada pela prestação de serviços ao valor de 142 milhões de reais anuais (BAHIA, 2012b).

Além do Hospital do Subúrbio, localizado na capital, durante o governo Wagner/Solla foram inaugurados mais quatro hospitais regionais no interior do estado, todos eles com gestão terceirizada para Organizações Sociais ou para entidades privadas filantrópicas. São eles: Hospital Regional de Juazeiro, inaugurado em julho de 2009 e gerido pelo Instituto de Medicina Legal Professor Fernando Filgueiras (IMIP); Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, inaugurado em dezembro de 2009 e gerido pelo Instituto Fernando Filgueiras (IFF); Hospital Estadual da Criança em Feira de Santana, inaugurado em agosto de 2010 e sob gestão do Instituto Sócrates Guanaes (ISG); e o Hospital Regional de Irecê, inaugurado em outubro de 2008 e sob gestão provisória das Obras Sociais de Irmã Dulce (OSID).

Por sua vez, a fundação estatal de direito privado constitui-se de organismo da administração indireta, sem fins lucrativos, de interesse coletivo, dotado de personalidade jurídica de direito privado (BAHIA, 2009). A proposta do governo é que essas fundações sejam implementadas no estado em três grandes áreas: na Saúde da Família; para a reestruturação da BAHIAFARMA, empresa estadual destinada à produção de medicamentos; e na área hospitalar. A Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) foi a primeira instituição estadual na saúde do tipo fundação de direito privado. Envolve a articulação entre o estado e os municípios, num modelo de gestão interfederativo, para contratação e gestão de pessoal para Saúde da Família nos diversos municípios do estado (SOLLA e PINTO, 2010).

Para os gestores, a busca da eficiência e da agilidade na gestão pública foram as razões principais que justificaram a necessidade dessas novas modalidades (SOLLA e SOUZA, 2010). Além do mais, alegaram com bastante ênfase os limites orçamentários com gasto de pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Justificativa contestada pelos representantes dos movimentos sociais que defendiam reformas estruturais para flexibilização da referida lei.

Não é um grande argumento, já que você tem um governo que tem maioria no parlamento. Então, em qualquer momento que a administração pública atual encaminhar, a Lei de Responsabilidade Fiscal pode ser modificada no sentido de que o percentual para a saúde ele pode ser relativizado. Então, aí que vêm os conflitos, a tensão, porque a justificativa não convence (Entrevista 05).

Entre os representantes sociais, predomina a ideia de que essas novas modalidades se caracterizam como uma desresponsabilização do Estado na prestação dos serviços e um direcionamento à privatização do SUS. *É o governo se transformar num mero assinador de*

cheques. (...) Nós temos a compreensão que privatizar é terceirizar e não adianta você mudar o nome pra ficar bonitinho, porque é um terceiro que vai gerir (Entrevista 12).

Embora os representantes sociais, constantemente, levantassem questionamentos referentes à política de terceirização, não existia no âmbito do conselho um debate aprofundado e com avaliação contábil sobre os limites orçamentários da SESAB e suas possibilidades de despesas com pagamento de pessoal. De um lado, o governo afirmava que a terceirização era necessária pelos limites da LRF; do outro, os representantes sociais se colocavam contrários alegando vieses de privatização. No entanto, no âmbito do conselho não era analisado a real situação financeira da pasta.

Além do mais, após a instalação da PPP e da FESF muitos conselheiros, inclusive prestadores e gestores, questionam a falta de transparência na gestão dessas entidades e as dificuldades de controle e acompanhamento por parte do CES/BA, mesmo com os conselheiros estaduais possuindo assento no conselho curador da fundação estatal.

Outro questionamento relaciona-se aos resultados alcançados pelos novos modelos. Segundos alguns entrevistados, a FESF obteve desempenho muito inferior ao esperado. Um representante dos prestadores/gestores expressa a insatisfação com o baixo impacto dessa forma de gestão: *A FESF em apenas 33 municípios não é resultado. Não chega a 15% dos municípios, no estado são 417. Depois, e os indicadores comparativos? Onde eles optaram teve melhor resolutividade? A população tá mais satisfeita? A gente tem que mergulhar fundo nessas questões (Entrevista 06).* Já a PPP é questionada pelo elevado valor do repasse estadual para a entidade privada, o que poderia obter melhores resultados se o mesmo investimento fosse realizado em serviços da administração direta.

Também é motivo de controvérsia a forma de condução do governo para a aprovação desses novos modelos, especialmente a FESF. Embora todos reconheçam que o tema foi amplamente debatido e que a postura da gestão estadual foi de colocar a proposta da fundação

de forma bastante transparente, os representantes de usuários e trabalhadores alegam que o gestor utilizou de orquestrada manobra na VII Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) para posterior aprovação da fundação.

Durante a VII CONFERES, realizada entre 09 e 11 setembro de 2007, o tema da fundação estatal de direito privado foi posto em pauta e ocupou espaço central na discussão da conferência. Esse tema ocupou, em 2007, não só espaço central na conferência estadual, como também foi assunto de grande destaque durante a XIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Vale destacar, que durante a XIII CNS, após extensos e acalorados debates a proposta das fundações de direito privado foi rejeitada pela plenária final da conferência.

No caso da Bahia, existia, naquele momento, uma clara resistência de trabalhadores e movimentos sociais à proposta. Também entre os gestores e nas discussões internas dos partidos do governo a proposta não foi consensualmente aceita, por conta de sugerir uma inflexão na linha ideológica desses partidos e na trajetória de seus dirigentes. Os discursos dos gestores revelam tal situação:

Essa foi uma demanda muito polêmica, muito mesmo. Não só dentro do próprio conselho, mas dentro do próprio governo como um todo (Entrevista 10);

Foram inovações da gestão e que tiveram embate político no interno desses partidos de esquerda que tão no governo (Entrevista 18).

Nesse sentido, houve um movimento inicial de articulação e convencimento interno no próprio governo para que esses atores garantissem a aprovação posterior nas instâncias de participação popular.

Diante da veemente resistência à proposta na conferência estadual e sob o risco da plenária final aprovar a rejeição das fundações estatais de direito privado no estado, o governo

fez o encaminhamento para que a plenária final da conferência não negasse a proposta e aprovasse a continuidade e o aprofundamento do debate. *Aí houve claramente um processo de articulação, né? Onde os atores que faziam a defesa da fundação, que envolvia o campo de gestores, houve um movimento articulado de garantir essa construção, né?* (Entrevista 18).

Desta forma, este encaminhamento foi aprovado e o governo remeteu a discussão para o CES/BA. No entanto, o que foi aprovado na conferência como ‘aprofundamento do debate’ se transforma no âmbito do conselho, a partir da iniciativa da gestão, no debate de aprovar ou não aprovar a fundação. Assim, diante do movimento de articulação política dos gestores e após a realização de algumas discussões no CES/BA, a proposta das fundações estatais de direito privado vai para votação no plenário e é aprovada pelos conselheiros estaduais de saúde.

Essa articulação é vista como processo de manipulação do conselho pelos gestores para a aprovação da proposta, o que desencadeou questionamentos e insatisfações por parte de trabalhadores e usuários:

Essa questão da Saúde da Família pra mim é algo que até hoje me incomoda muito. (...) No final da conferência, a proposta que era de barrar o processo ela é transformada pela gestão numa coisa que é para ir para o diálogo social dentro do conselho. E foi uma grande estratégia de aprovação disso. Porque mudando a translocução entre barrar a Fundação Estatal para dialogar sobre a Fundação Estatal, a gestão, através do conselho, leva o diálogo para uma comissão do conselho e encaminha para que seja aprovado o projeto de lei na Assembleia e aí é instituída a Fundação Estatal de Saúde da Família. Então assim, o conselho, de certa forma, naquele momento e nessa discussão, pra mim especificamente, ele foi usado como instrumento pra fazer o que a gestão queria (Entrevista 07).

Nesse contexto, é possível concluir que as deliberações sobre os modelos de gestão do SUS na Bahia ocuparam espaço destacado no CES/BA, sem, no entanto, existir grande poder de interferência dos trabalhadores e representantes sociais sobre os modelos da prestação de serviços. Merece destaque as diferenças e semelhanças do agir dos gestores nos dois momentos políticos vivenciados. Enquanto na gestão carlista o conselho é visto apenas como espaço necessário à aprovação das propostas, na gestão Wagner/Solla o debate e o envolvimento comunitário são estimulados e valorizados. No entanto, em ambos os períodos, os gestores utilizam de diversos meios e estratégias para aprovarem suas propostas, mesmo diante de questionamentos e oposições dos representantes sociais.

No bojo da discussão sobre o poder de interferência do CES/BA sobre as políticas de saúde, importante também analisar a relação estabelecida entre conselho estadual a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para o processo decisório.

6.2. Relação entre o conselho estadual e a Comissão Intergestores Bipartite

As comissões intergestores foram introduzidas a partir da publicação da NOB-93, com o intuito de constituírem-se em espaços de negociação e pactuação entre gestores para operacionalizar o funcionamento do SUS. A CIB é composta pela representação dos estados e municípios e destina-se a construção dos arranjos para viabilizar a política de saúde em território estadual. Por sua vez, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) articula as representações do Ministério da Saúde, estados e municípios a fim de pactuar ações em todo território nacional.

Sobre o processo de definição da política de saúde do estado da Bahia, alguns discursos sugerem um possível choque de competências entre o CES e a CIB e a usurpação do

poder deliberativo do conselho estadual por parte da CIB. Para os representantes dos trabalhadores, usuários e alguns gestores/prestadores, o efetivo poder deliberativo sobre a política de saúde estadual foi deslocado do CES/BA para a CIB. *A CIB interfere totalmente, porque é a CIB que delibera. O que o conselho faz hoje é homologar o que a CIB deliberou. Só que, algumas vezes, quando ele vai homologar a coisa já tá andando, e aí quem é que vai ter a coragem de mandar parar?* (Entrevista 16).

Existe grande inquietação dos conselheiros diante do volumoso número de resoluções da CIB que são encaminhadas para homologação do conselho e aprovadas no início de cada reunião. Em algumas plenárias ultrapassavam de 60 as resoluções da CIB a serem homologadas pelo conselho. Muitos dos entrevistados alegam que homologavam essas resoluções sem conhecer o seu conteúdo e até sem realizar a leitura das mesmas.

Por outro lado, os gestores estaduais e municipais referem não existir conflito de competências entre as duas instâncias. Para esses segmentos, o que existe é a falta de entendimento de algumas representações do conselho quanto aos papéis das duas instâncias, o que conduziria à disputa de espaço do conselho para com a CIB. Segundo os gestores, ao CES/BA caberia a apreciação e deliberação sobre a macropolítica do estado, no sentido de discutir e aprovar as linhas gerais de ação. Já a CIB, teria uma atuação mais operativa, de caráter gerencial, focada na definição de arranjos para viabilizar a execução da política deliberada.

Então, eu avalio de que ainda existe uma falta de entendimento por parte de membros do conselho quanto aos papéis. (...) Eu percebo muito com meus colegas ali sentados ao redor do conselho, de que a CIB faz 50 ou 80 resoluções e todas as resoluções com cunho deliberativo direto, né? E isso gera muita inquietação. Por exemplo, liberar o CAPS AD do município tal, né? Mas, essa liberação da CIB só foi possível

porque antes o conselho estadual e os conselhos municipais autorizaram a política de CAPS pra o estado da Bahia (Entrevista 10).

Não obstante às definições conceituais apresentadas pelos gestores, os discursos desvelaram que a efetiva definição da política de saúde perpassa realmente pela CIB. A fala de um gestor esclarece a situação vivenciada: *O povo ficava no conselho gritando e a CIB decidindo, né?* (Entrevista 17). Alguns gestores apresentam inclusive visão limitada sobre o caráter deliberativo do conselho, como se a negociação entre gestores se sobrepusse ao processo de deliberação pública instituído no SUS: *porque as políticas de saúde como elas prescindem, elas podem prescindir da deliberação do conselho, mas não podem prescindir da pactuação intergestores* (Entrevista 18).

A relação entre os conselhos de saúde e as comissões intergestores tem suscitado debates e análises de diversos especialistas da área. Para Côrtes (2009) a institucionalização das comissões intergestores teve impacto sobre a dinâmica e o espaço deliberativo dos conselhos. A autora destaca que essas comissões passaram a ser os principais espaços institucionais da tomada de decisão sobre o funcionamento geral do SUS, o que afetou negativamente a capacidade dos conselhos de saúde em consolidar-se como fórum central da tomada de decisão setorial.

Especificamente sobre a gestão estadual, Lotufo e Miranda (2007), identificaram fragilidades da participação social no processo de formulação dos planos estaduais de saúde. Neste processo, os conselhos estaduais atuam muito mais como instâncias de homologação, do que propriamente espaço de formulação de diretrizes para a construção dos planos. Os achados desses autores evidenciam o espaço central ocupado pela CIB e a influência dos gestores municipais sobre a definição das políticas nos estados em concomitância com a perda da capacidade de interferência dos conselhos estaduais.

Pellegrini (2007), ao debater sobre os papéis instituídos nos espaços de deliberação do SUS, infere que a crescente valorização das comissões intergestores carrega consigo a proposição implícita de enfraquecimento dos conselhos de saúde, submetendo-os ao lugar de instância secundária do SUS. Questiona ainda sobre a validade legal das decisões da CIB e CIT que se sobrepõem às deliberações dos conselhos. Isto porque, as comissões foram criadas por meio de uma norma infralegal, a NOB 93, instituída por portaria do Ministério da Saúde. E segundo o autor, uma portaria ministerial não pode conceder superioridade hierárquica ao caráter deliberativo dos conselhos de saúde, instituídos por meio da Lei 8142/90.

As comissões intergestores, apesar de exercerem forte influência sobre a condução da política de saúde, permaneceram sem amparo legal por um período de quase vinte anos. Foram criadas em 1993, mas apenas em 2011 foi publicada a Lei 12.466, que reconhece essas instâncias como fórum de negociação e pactuação sobre os aspectos operacionais do SUS (BRASIL, 2011).

Embora gestores estaduais e municipais da Bahia tenham convergido na defesa das comissões como espaço central de deliberação e decisão das políticas estaduais, isso não significa que o ambiente da CIB seja um espaço harmônico e de consenso fácil entre seus membros. A disputa entre representantes do estado e dos municípios apresentava-se de forma bastante conflituosa e, por vezes, extrapolava o ambiente da comissão e manifestava-se nas plenárias do CES/BA.

Mesmo com o domínio e a forte influência dos partidos governistas no direcionamento das ações do conselho, a competição por espaços e recursos entre o estado e os municípios, muitas vezes, se sobrepunham ao alinhamento ideológico do grupo dominante. Assim, em determinados momentos nas duas gestões, os representantes dos municípios, mesmo com fortes vínculos político partidários com os gestores estaduais, se opuseram ao posicionamento e orientação destes, conformando alianças, mesmo que provisórias, com outros representantes

de municípios que faziam oposição ao governo estadual. Tal situação evidencia que a disputa por captação de recursos e o corporativismo dos representantes municipais, em determinados contextos, soam mais forte do que o vínculo e a orientação partidária.

Então, mesmo havendo identidade partidária há um conflito aí pela distribuição de recurso, o que fica com o estado, o que fica com o município. E esses conflitos se manifestavam no conselho estadual anterior entre o representante do COSEMS e o gestor estadual, que eram politicamente ligados ao PFL. E se manifestou depois entre dois representantes que também eram da mesma identidade partidária, no caso, ligados ao PT (Entrevista 11).

A existência de conflitos entre estado e municípios em instâncias decisórias do SUS na Bahia foi evidenciada por Guimarães (2003), que identificou como principais motivações a partilha dos recursos financeiros e a busca de maior autonomia decisória. Nesse contexto, os municípios reivindicavam mais autonomia e melhores condições técnicas, administrativa e financeira; o estado, por sua vez, além de resistir para não perder recursos, desconfiava da capacidade dos municípios em implementar devidamente as políticas pactuadas. Segundo Guimarães (2003), as decisões na CIB que deveriam ser baseadas em critérios técnicos e operacionais, convergiram-se num processo permeado de desconfianças, insatisfações e disputas por recursos e poder.

6.3. Síntese do capítulo

Este capítulo teve como objetivo analisar o poder de interferência do conselho estadual na definição e condução da política de saúde. É possível concluir que o CES/BA exerceu baixo poder de influência sobre o direcionamento da política de saúde do Estado. Apesar do

espaço participativo e da possibilidade de expressão dos conselheiros, especialmente na última gestão analisada, o conselho se debruçava, majoritariamente, sobre assuntos pautados pela gestão. Ou seja, as reuniões do conselho eram tidas como bastante discursivas, mas se discutia o que era de conveniência dos gestores. Os representantes sociais demonstraram frágil capacidade de proposição sobre a política de saúde. Assim, o conselho é visto como espaço de discussão e homologação das políticas de saúde definidas pelo nível central da gestão.

Observa-se grande embate sobre o tema dos modelos de gestão das unidades prestadoras dos serviços. De um lado, os gestores em defesa de formas de flexibilização na gestão. De outro, os representantes sociais mantiveram postura firme na defesa de um modelo puramente estatal. Foram relatados frustrações e embates pelo fato do governo petista aprofundar as formas de administração indireta, com destaque para as fundações estatais de direito privado e as PPP, em sentido contrário às expectativas dos representantes sociais.

São evidenciados tensionamentos na relação entre o CES e a CIB, em que se relata a usurpação do poder deliberativo do conselho estadual por parte da CIB. Os resultados demonstram que a efetiva definição da política de saúde perpassa realmente pela CIB e que o conselho tem sido fragilizado no processo de deliberar sobre os caminhos e as prioridades das políticas a serem implementadas.

Independente da linha ideológica do governo, os gestores mantêm a prática de homologar as deliberações do CES/BA. No entanto, é possível comprovar a existência de uma distância entre o ato de homologar e a efetivação da política. Para os representantes sociais, parte das deliberações homologadas ou não foram implementadas ou foram de maneira distorcida ao que o plenário deliberou. Também é observado baixa capacidade dos conselheiros em acompanhar o processo de implementação dessas políticas.

A capacidade do conselho em deliberar e fazer acontecer a política deliberada remete à discussão da parte teórica desse trabalho, que apresenta as arenas interna e externa como espaço de disputa dos conselhos de saúde. A arena interna se refere à capacidade dos conselheiros em influenciar sobre os temas deliberados pelo conselho. A arena externa diz respeito à capacidade do conselho em fazer com que suas deliberações sejam efetivadas. Assim, vale retomar as considerações de Labra (2010), que destaca que as decisões do conselho não são em si finalísticas. O processo de produção de políticas é complexo, demorado e incerto. Neste sentido, importante compreender que a efetivação de uma política, envolve não só as deliberações do conselho, mais uma série de outros fatores, interesses e forças diversas.

7- Articulações e interferências políticas: a força das influências externas sobre a postura e o agir dos conselheiros de saúde

Na análise das relações estabelecidas no âmbito do CES/BA observa-se a forte influência dos partidos políticos e das centrais sindicais nas posturas e posicionamentos dos conselheiros. É consenso entre os entrevistados que a maior parte dos conselheiros tem posicionamentos moldados por interesses além daqueles relativos à saúde da população ou ao seu grupo populacional representado. Os sindicatos com assento no conselho são filiados a centrais sindicais, e essas, por sua vez, mantêm próximas ligações com partidos políticos. Também os representantes dos usuários, em sua maioria, possuem ligação com partidos e centrais, o que acaba por influenciar em sua conduta no plenário.

É possível identificar dois períodos políticos distintos, com dinâmicas próprias, na disputa política no ambiente do conselho estadual da Bahia. Num primeiro momento, o acirrado confronto eleitoral no estado, entre o grupo carlista e os partidos de esquerda, também é reproduzida no âmbito do conselho. Assim, o espaço do CES/BA é permeado pela disputa entre grupos rivais, que defendem seus respectivos projetos políticos. Já no segundo momento, com a ascensão e hegemonia do PT e partidos aliados ao comando do governo do estado, a contenda se revela dentro da base aliada por disputa de espaço e para a orientação da linha a ser seguida pela gestão.

7.1. Interferência partidária no CES/BA durante o governo carlista

Entre 2003 e 2007, período do governo carlista, o governador era o Sr. Paulo Souto e o secretário estadual de saúde o Sr. José Antônio Rodrigues Alves. Neste período, existia forte hegemonia do Partido da Frente Liberal (PFL), hoje Democratas (DEM), na condução política

estadual. Além de comandar o governo do estado, esse partido possuía os três senadores, a maior bancada do estado na Câmara dos Deputados, maior bancada e presidência da Assembleia Legislativa da Bahia, prefeitura da capital Salvador e mais da metade das 417 prefeituras das cidades baianas. Não obstante à hegemonia carlista que perdurava de maneira ininterrupta desde 1990, as eleições de 2002 sinalizaram indícios de desgaste desse grupo político. Diferentemente dos pleitos anteriores, em que o candidato a governador do PFL mantinha longas margens de vantagem, o então candidato oposicionista, Jacques Wagner do PT, conseguiu atingir quase 40% dos votos válidos e Lula, candidato vitorioso à presidência da república, obteve mais de 60% dos votos do estado (SOUZA, 2007), fatores que tornaram a rivalidade entre governo e oposição ainda mais acirrada no estado.

No ambiente do conselho, a disputa entre o governo e o grupo oposicionista se manifestava de forma clara e explícita. De um lado, representantes da gestão estadual e municipal conduziam um bloco que contavam com a participação de prestadores privados, representantes patronais e alguns segmentos sociais cooptados. De outro, os trabalhadores em saúde, juntamente com representantes da CUT, CTB e FETAG – trabalhadores não saúde – e outros representantes dos usuários faziam forte oposição ao projeto de governo representado pela SESAB. Vale ressaltar que os conflitos estabelecidos não eram baseados apenas nos rumos do setor saúde, mas, sobretudo, ao projeto do governo em curso.

Os principais partidos oposicionistas eram o PT e o PC do B. Essas agremiações mantinham o controle dos principais sindicatos trabalhistas do estado e dispunham de considerável apoio dos movimentos sociais, inclusive os que tinham assento no conselho. Embora o PT liderasse a oposição e tivesse maior número de deputados e prefeitos entre os oposicionistas, no movimento sindical o PC do B, historicamente, mantinha maior hegemonia e controlava as principais lideranças, condição que se mantém até os dias atuais. Os representantes do Sindicato dos Médicos, do Sindicato dos Servidores Estaduais, do Sindicato

dos Trabalhadores na Agricultura e da Central de Trabalhadores do Brasil, que sempre mantiveram uma postura mais dura contra o governo estadual, eram todos ligados ao Partido Comunista do Brasil.

Assim, o Conselho Estadual de Saúde da Bahia, mais do que se debruçar sobre a política de saúde do estado, se constituiu durante longo período como trincheira de luta entre grupos políticos adversários. O cenário do CES/BA apresenta-se como espaço privilegiado para contestação, crítica e possibilidade de interferência dos rumos da política, além de possibilitar, pelo menos em tese, o acesso a informações privilegiadas.

De acordo com o depoimento de diversos conselheiros, a ocupação do conselho pelo movimento sindical e a atuação desses representantes em forte oposição ao governo vigente foi uma ação deliberada dos partidos do campo da esquerda.

Nos últimos tempos a grande invasão do movimento sindical dentro do conselho na Bahia, tem a ver com determinações dos partidos políticos. Eu já ouvi conselheiro dizendo: 'isso tá acontecendo porque o PC do B mandou, isso tem que ser assim porque tal partido mandou'. Então, tem a ver com o partido que tá por trás orientando ideologicamente, sabe? (Entrevista 07).

Neste contexto, os partidos políticos e as centrais sindicais passam a exercer forte influência sobre os conselheiros, interferindo na postura e no agir desses representantes. A fala de um usuário ilustra essa situação: *O partido chama e discute como vai ser a nossa posição no plenário e até de como vai ser o voto. (...) Interfere também, não só na questão dos trabalhadores, mas no segmento de usuários também (Entrevista 02).*

No entanto, deve ser destacado que a convocação dos conselheiros pelos partidos e pelas centrais não era uma ação cotidiana, que ocorria mensalmente antes de cada reunião. Como os representantes eram militantes desses sindicatos ou partidos, sistematicamente se

colocavam em oposição às posturas e ações propostas pelo governo do estado. Apenas diante de temas mais polêmicos ou propostas de grande envergadura, é que os representantes se reuniam com a cúpula partidária e das centrais para ouvirem as orientações e debaterem as estratégias de enfrentamento da política governamental.

No período dessa primeira gestão estudada, prevalecia no conselho um clima beligerante, em que a plenária do CES/BA era palco de constantes e acirrados enfrentamentos e discussões. Duas questões principais determinavam esse clima conflituoso. De um lado, uma prática política de tradição autoritária e que se mantinha impermeável às demandas populares. De outro, um grupo de militantes sindicais e de partidos de esquerda que viam no conselho a possibilidade de contestar os rumos da saúde e de toda a política governamental em curso.

A relação entre partidos políticos, movimentos sociais e os conselhos de saúde é tema de pouco debate na literatura brasileira. No entanto, a escassez de publicações não é um indicativo que essas relações não existam ou que esse seja um fenômeno secundário na dinâmica dos conselhos. No caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, é provável que esse fenômeno tenha emergido de forma mais explícita em virtude da forte rivalidade política existente no estado e do fato que o movimento sindical, especialmente o de servidores públicos, se constituir num forte aliado dos partidos de esquerda na oposição ao grupo carlista. Nesse contexto, importante compreender a caracterização e princípios dos partidos políticos e sua relação com os movimentos sociais.

Para Weber (2009a) os partidos caracterizam-se por organizações voluntariamente criadas e baseadas em livre recrutamento, em que a ação social se assenta numa união de interesses racionalmente motivados. Podem ser orientados por interesses pessoais ou fins objetivos. Na prática, podem dirigir-se exclusivamente à obtenção do poder para o líder e à ocupação dos cargos administrativos por seus quadros. Ou podem estar orientados, de maneira predominante e consciente, por interesses de estamentos ou classes (partido

estamental ou de classe). Podem ainda ser motivados por fins objetivos concretos ou por princípios abstratos, no caso dos partidos ideológicos.

Ainda de acordo com Weber (2009b) os partidos políticos nos Estados modernos fundamentam-se em dois princípios básicos. Podem ser essencialmente organizações de patronagem de cargos, em que seu objetivo consiste em colocar, mediante eleições, o líder maior na posição dirigente, para em seguida ocupar os cargos estatais. Neste caso, diante da carência de concepções políticas, defendem em seu programa aqueles postulados que consideram mais atraente para os eleitores. Ou então são partidos representantes de ideologias, pretendendo, portanto, a realização de ideais de conteúdo político. Embora Weber (2009b) apresente essas duas tipologias clássicas, considera que, em regra, os partidos são formados por ambas as características. Tanto possuem fins políticos objetivos, como aspiram também à patronagem de cargos.

Para Kinzo (2004) os partidos têm papéis específicos em duas arenas do sistema político: a eleitoral e a decisória. Na arena eleitoral, tem a função de competir pelo apoio dos eleitores e a busca de votos, a fim de conquistar cargos e posições de poder. Nas democracias representativas contemporâneas, é por meio desse mecanismo que a cadeia de representação política se forma, num processo de vinculação dos cidadãos eleitores aos espaços formais de tomada de decisão. Por sua vez, na arena decisória, os partidos possuem a prerrogativa da formulação, planejamento e implementação de políticas públicas, participando como atores legítimos no jogo de poder e no processo de negociação política. Assim, constituem-se como agentes fundamentais, ainda que não suficientes, no processo democrático representativo e canais de expressão e representação de interesses nas democracias de massa.

No caso da Bahia, até 2006, a disputa política local expressava em certo modo as tipologias clássicas propostas por Weber. De um lado, o partido do governo (PFL/DEM), de orientação conservadora, buscava a manutenção e consolidação no comando do estado. Neste

governo, a ocupação dos cargos públicos se dava pela forma mais clássica de patronagem, em que os apadrinhados do chefe político disputavam o carisma do líder para a ocupação dos cargos mais importantes na estrutura do governo estadual. Do outro lado, os partidos à esquerda do cenário político, sobretudo PT e PC do B, mantinham um forte discurso ideológico de mudança do cenário político, com foco na diminuição das desigualdades sociais, bandeira de incentivo à participação popular e fortalecimento das políticas sociais republicanas por parte do governo.

Nesse contexto, os movimentos sociais – representados no conselho pelos sindicatos de trabalhadores e representações de patologias e religiosa – pouco influenciavam na condução da política de saúde do estado. Para Soares do Bem (2006), os movimentos sociais ocupam, de maneira geral, duas grandes posições na relação com o Estado e no processo de produção de políticas públicas. Frente aos governos conservadores e pouco participativos os movimentos desempenham o papel reivindicatório, de protesto e pressão para atendimento das demandas populares, em uma clara oposição às políticas estatais. Em outro momento, com a abertura do Estado às experiências comunitárias e populares, esses movimentos passaram a ser auscultados e a participar da elaboração de políticas públicas, num processo de ampliação da esfera estatal. Com efeito, no período da gestão carlista os movimentos sociais, no espaço do conselho, apenas desempenhavam a função contestatória e reivindicativa diante na inacessibilidade do aparelho estatal às demandas do movimento social e sindical.

De acordo com a classificação sintetizada por Gallegos (2009) e apresentada na parte teórica desse trabalho (item 4.2), a relação entre Estado e Sociedade Civil se enquadra em quatro tipologias: I) Sociedade Civil *versus* Estado; II) Sociedade Civil e o Estado; III) Sociedade Civil com o Estado; e IV) Sociedade Civil no Estado. Embora, tenha sido apontado anteriormente que os conselhos de saúde se enquadram no tipo IV – em que os atores sociais são incorporados no interior do Estado para participar do processo de deliberação das políticas

– a relação estabelecida no CES/BA, entre 2003 e 2007, se aproxima do tipo I, Sociedade Civil *versus* o Estado. Isto porque, naquele momento, os representantes dos movimentos sociais mantiveram forte crítica à ação do governo estadual e o propósito, mais do que interferir na política de saúde, era a tomada do poder, via partidos aliados, para implementação de uma nova institucionalidade governamental. Neste sentido, o espaço do conselho foi utilizado como *locus* de resistência e contestação ao projeto político em curso.

7.2. Interferência partidária nos CES/BA durante o governo petista

Em 2007, com a eleição do governador Jaques Wagner uma nova dinâmica se instala no cenário político do estado e também no conselho de saúde. No entanto, se mantém a forte influência partidária e sindical, conforme se discutirá adiante. Nessa gestão, a secretaria de saúde do estado é assumida por uma coalizão de forças entre o PT e o PC do B, com a liderança do Partido dos Trabalhadores. Para gestor da pasta é nomeado Jorge Solla, médico e pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, com ampla trajetória na defesa e gestão do SUS. Além da produção e militância acadêmica, foi secretário municipal de saúde de Vitória da Conquista, quando o município alcançou destaque nacional na gestão do SUS, e secretário de atenção à saúde do Ministério da Saúde na primeira equipe do Governo Lula, durante a gestão do ministro Humberto Costa. A escolha de Solla para gestão da SESAB se constituiu numa unanimidade entre os partidos da base de apoio ao novo governo e foi recebida com entusiasmo pelo movimento social e sindical.

Para composição do *staff* da SESAB foram utilizados critérios técnicos e políticos, com a valorização de profissionais com trajetória de militância no movimento sanitário e nos partidos de esquerda. Buscou-se privilegiar técnicos e especialistas do campo da saúde coletiva com atuação em diversos segmentos, a exemplo de professores das universidades

baianas e servidores de carreira da própria SESAB. Nesse contexto, também se contemplou militantes do movimento popular e sindical, a exemplo de Alfredo Boa Sorte – nomeado Superintendente da SESAB – militante do PC do B e ex-presidente do sindicato dos médicos da Bahia, que teve papel destacado no CES/BA na oposição ao governo carlista.

No início do novo governo, o ambiente belicoso vivenciado no período anterior cede lugar a um clima de construção coletiva e de expectativas por atendimento às históricas demandas dos movimentos sanitário, popular e sindical. O governo se apresenta naquele momento como progressista, republicano e que tem entre as suas diretrizes o incentivo à participação popular. Os representantes sociais, que militaram durante décadas para derrocada do carlismo, mais do que ter o novo governo como aliado, se sentiam parte integrante e responsável pelo sucesso da gestão.

Na verdade havia uma harmonia, porque havia um objetivo comum. Ainda que no processo de discussão houvesse algumas tensões, mas, com certeza havia um objetivo maior que levava a uma rediscussão em direção ao consenso. Então, naquele momento a questão colocada em primeiro lugar: 'era um governo nosso, certo?'
(Entrevista 04).

Já no início do governo, a formação do grupo de trabalho com os conselheiros estaduais para reformular a composição do CES/BA, viabilizou grande capital político para os gestores da SESAB. Esse episódio foi bastante significativo para os conselheiros que se sentiram valorizados e partícipes do processo de mudança. Assim, a afinidade partidária e as ações iniciais do gestor em valorização do conselho contribuíram para um clima de harmonia e um sentimento de construção coletiva da política de saúde do estado.

Formou-se no conselho um espaço de hegemonia dos movimentos sociais e dos partidos de esquerda. Os representantes de orientação conservadora ou abandonaram o

conselho ou se emudeceram em decorrência do adesismo ao novo governo. A fala de um representante sindical esclarece o momento vivenciado e a estratégia dos segmentos conservadores para manutenção de seus interesses.

De ter direita tem, que ninguém aqui é besta. Só que os que são de direita apóiam quem é governo. Quem é direita ali não faz a oposição, o problema é esse. A gente sabe disso, porque tem interesses, entendeu? Então, quem tá ali que é de direita, hoje inclusive tá na base de apoio ao governo, deixou de fazer oposição, preferiu não fazer oposição, porque tem outros interesses, entendeu? (Entrevista 01).

No entanto, a atmosfera pacifista do CES/BA não perdurou durante toda a gestão Wagner/Solla. Existiam grandes expectativas do movimento social por mudanças impactantes no quadro da assistência à saúde no estado e nos modelos de gestão. Por parte do movimento sindical, as expectativas relacionavam-se à reposição de perdas salariais cumulativas de governos anteriores e ao estabelecimento de uma arrojada política de valorização de pessoal.

No decorrer da gestão, o que se observou foi o não atendimento a essas demandas, pelo menos não de acordo ao tempo e à forma que os representantes populares esperavam. Assim, o sentimento de desencanto com o governo petista contribuiu para a mudança de posicionamento de determinados segmentos e o surgimento de posturas oposicionistas a algumas das propostas dos gestores.

O fato do governo não romper com a política de terceirização causou frustração e desilusão entre os que esperavam o direcionamento para um modelo de gestão majoritariamente público/estatal. Além do mais, a busca das novas modalidades, a exemplo das fundações estatais de direito privado e a PPP, desencadeou o sentimento de traição às históricas bandeiras dos militantes de esquerda.

Entre os trabalhadores, as posturas de enfrentamento e de oposição foram motivadas pela dificuldade na efetivação dos pleitos da categoria. O discurso de um representante sindical exemplifica os novos posicionamentos assumidos: *na segunda metade do governo Wagner, em que a implementação do plano de carreira não se viabilizava na prática, os sindicatos começaram a perder credibilidade junto ao governo, né? E passaram a ser mais descrentes, mais ofensivos, mais contestadores* (Entrevista 03).

Essa mudança de atitude inaugura uma nova dinâmica das relações no ambiente do conselho. A disputa em questão, diferentemente do período anterior, já não é entre projetos antagônicos, mas sim entre segmentos integrantes da mesma matriz política. Os partidos que estão na composição da secretaria, PT e PC do B, são os mesmos que estão na liderança dos movimentos sociais e na orientação das centrais sindicais. Ainda que sejam todos integrantes do bloco político que compõem o governo, a situação conformada se demonstrou confusa e conflituosa, especialmente para os representantes dos movimentos sociais. Isto porque, esses representantes, mesmo se considerando base de apoio da gestão, demonstraram preocupação em ter suas demandas suprimidas pelo governo que apoiavam e se sentiam partícipe.

Nesse contexto, a conjuntura política envolveu questões conflituosas entre os princípios e interesses dos partidos, a política do governo e as bandeiras do movimento social e sindical. O que conformou uma situação concomitante de alinhamento e estranhamento entre partidos, governo e movimentos sociais.

Mas nós temos que ser coerentes. Porque o sindicato ele tem sua pauta, o partido tem sua pauta e o gestor tem sua pauta. Essas pautas, elas podem se confluir? Podem. Mas, a pauta sindical não pode ser uma pauta que pense inicialmente que tem que contemplar a gestão, porque apoiou a gestão. Tem que ser uma pauta que contemple os trabalhadores. O movimento sindical não vai inicialmente pensar que tem que contemplar a pauta do governo, do gestor (Entrevista 05).

Partidos e sindicatos expressam preocupação em ser governo e ainda ter legitimidade e respeito por parte das categorias. Observa-se entre os representantes do movimento sindical a intenção em manter ao mesmo tempo o apoio ao governo e uma relação de independência em relação à condução da gestão, principalmente por receio de perder credibilidade com suas bases diante de um atrelamento incondicional às políticas propostas pelo nível central. O discurso de uma conselheira usuária e militante sindical retrata o sentimento em relação a essa questão: *eu sou governo, mas eu não posso perder minha relação com os movimentos de base, com o meu sindicato. E pra isso eu tenho que me manter com a minha postura de esquerda que eu sempre tive* (Entrevista 04).

A greve dos médicos e dos servidores estaduais da saúde, ocorrida em maio de 2011, representa um exemplo emblemático da situação de alinhamento e conflito entre partido, governo e sindicatos. Diante de um longo desgaste da negociação salarial que não avançava nos moldes que os trabalhadores aspiravam, o SINDIMED e o SINDSAÚDE, com apoio da CTB, iniciaram um processo de articulação da greve. Nesse momento, a gestão contou com o apoio dos dirigentes partidários do PT e do PC do B, para tentar impedir o movimento paredista, sob a alegação do ônus político que a greve traria para o governo Wagner e para os partidos. No entanto, os sindicatos não cederam à pressão dos partidos e do governo e realizaram a greve que durou sete dias.

Sobre a postura firme dos representantes trabalhistas e sociais, os gestores argumentam que os anseios por realização das demandas populares são muito maiores no governo de orientação de esquerda do que em outros governos. Nesse sentido, os gestores consideram como natural a elevada expectativa e o endurecimento nas posturas dos representantes sociais que, segundo eles, vislumbravam a possibilidade de realizar conquistas que em outros governos não seriam possíveis.

Os gestores ainda alegam que na disputa entre governo e movimento social, a interferência dos partidos e das centrais sindicais, na maioria das vezes, não é favorável ao governo. Para eles, as entidades primam pela manutenção das bandeiras históricas nem sempre possíveis de se viabilizar na prática. *O partido é representado por aquela gestão e quando a gestão caminha por um outro viés que não seja o que tá idealizado, isso causa incômodo e aí o partido vai pra cima do gestor* (Entrevista 18).

Além dos embates entre os representantes dos movimentos sociais e os gestores, observou-se nesse período a disputa entre partidos para ocupação de espaços no ambiente do CES/BA. Representantes ligados ao PT e ao PC do B, com certa frequência, rivalizavam-se no intuito de assumirem posições nos trabalhos do conselho. Assim, a escolha de membros para formação de comissões, a eleição de parecerista dos relatórios de gestão e para as prestações de contas ou a escolha de representante do conselho para participação de eventos fora do estado, dentre outros fatores, sempre levava à disputa entre os conselheiros ligados a esses partidos. *Na verdade está estabelecida no conselho uma correlação de forças. Eu não diria talvez na disputa de construção da política de saúde do Estado, mas na disputa dos espaços dentro do Conselho, né? No caso, a disputa entre PT e PC do B, então isso existe de fato* (Entrevista 04).

Deve se destacar que essa luta por espaço entre os partidos e as centrais sindicais não era algo agressivo ou que promovesse embates acirrados entre os conselheiros. Constituíam-se numa disputa velada entre os conselheiros ligados ao movimento político e que de certa forma refletia o poder do partido e da central, não só no conselho como também no próprio governo. O discurso a seguir exemplifica a natureza da disputa estabelecida e a diferença para os embates que ocorriam na gestão anterior.

A percepção, eu acho que é mais difícil do que no momento anterior. Porque no momento anterior a disputa era de projeto político. E hoje a disputa se dá entre dois

partidos do campo da esquerda. Agora assim, com uma dificuldade muito grande de percepção, porque todos os partidos estão na mesma pasta, dividem espaço na pasta, entendeu? (Entrevista 01).

Outro fator a ser destacado no processo interno dessa disputa é que os conselheiros ligados ao PC do B buscavam sempre maior ocupação dos espaços do conselho. Isto pode estar relacionado ao fato de que, no estado da Bahia, este partido mantém maior nível de organização e controle sobre o movimento sindical. No ambiente do CES/BA, a maior parte dos conselheiros representantes de usuários e trabalhadores era ligada ao PC do B e apenas um pequeno número ligado ao PT. Como o PT mantém o comando e a hegemonia na secretaria de saúde do estado, a ocupação dos espaços do conselho pelo PC do B pode ser parte integrante de uma estratégia de fortalecimento desse partido dentro do próprio governo.

7.3. Militância Múltipla e Trânsito Institucional: a interpenetração entre partidos políticos, movimentos sociais e governo

A dinâmica política vivenciada pelo CES/BA entre 2007 e 2011 se distancia sobremaneira do momento vivenciado no período anterior. Especialmente pela mudança da relação entre Estado e Sociedade Civil, com aumento considerável da permeabilidade da máquina governamental à participação da sociedade. De acordo com a tipologia de Gallegos (2009) – discutida no item 4.2 – a relação estabelecida se aproxima do tipo IV, ‘Movimentos Sociais no Estado’, em que há, além do fortalecimento dos espaços participativos institucionalizados, um movimento de valorização dos atores sociais no processo de deliberação e efetivação de políticas públicas.

Então são características de cunho completamente distintos em relação ao que era o conselho numa gestão passada e o que é o conselho agora. Se percebe, de uma forma muito nítida, um outro viés político, né? A estrutura da secretaria não mudou, mas a participação, vamos dizer assim, a participação avançou muito dentro da política de saúde do estado. (...) Foi aberta uma nova possibilidade de apresentação e participação de atores, de diálogo entre os segmentos e a gestão, né? (Entrevista 01)

Assim, com a mudança do governo do estado da Bahia, os movimentos sociais passam a ser, com frequência, ouvidos pelos setores de governo e, em alguns casos, ocupam determinados espaços no interior da máquina estatal. Diante da mudança da conjuntura política, os movimentos migram de um papel de oposição ao Estado para a posição de aliados do governo e colaboradores das ações estatais, ainda que, em muitos casos, encontrem sérias dificuldades para viabilizar suas demandas.

Nesse sentido, é estabelecida na Bahia uma complexa relação entre Estado, Sociedade Civil e partidos políticos. Conforma-se um cenário em que os partidos políticos de origem contestatória assumem o comando do governo do estado e simultaneamente continuam a liderar o movimento social e sindical. Esse processo, ao mesmo tempo em que permite a aproximação entre Sociedade Civil e Estado, também é gerador de conflitos entre sujeitos pertencentes ao mesmo campo partidário e que ocupam posições diferentes no cenário político.

Conforme reflexões de Silva e Oliveira (2011), dos anos 1970 aos dias atuais, os movimentos sociais passaram por novos padrões de relação, formas de organização e repertórios de ação que, mesmo não sendo linear, se caracterizam por níveis crescentes de inclusão institucional na máquina estatal. Visão compartilhada por Soares do Bem (2006) ao destacar que nas décadas de 1970 e 1980 os movimentos sociais eram definidos por sua destacada capacidade de pressão e reivindicação, e que a partir da década de 1990 estes

passaram a assumir o papel de não apenas fazer oposição ao Estado, mas de participar do processo de elaboração de políticas.

Ou seja, os movimentos sociais se originam de processos organizativos e contestatórios de segmentos da sociedade brasileira, os quais, naquele momento, encontravam-se em posição de externalidade em relação à política institucional. No entanto, o processo de redemocratização do país e os avanços das reformas participativas geram uma profunda mudança nas oportunidades de acesso à política institucional. Fenômeno viabilizado por meio: da participação em novos espaços abertos às representações da sociedade; pelo envolvimento na implementação de políticas públicas; do acesso a recursos governamentais diversos; ou ainda com a ocupação de posições diretamente no interior do aparelho do Estado (SILVA E OLIVEIRA, 2011; GERSCHMAN, 2004b).

A relação entre partidos, movimentos sociais e governo é apresentada na literatura brasileira de forma ambígua (SILVA E OLIVEIRA, 2011; GOHN, 2003). De um lado, a aproximação entre partidos e movimentos sociais é vista de forma perniciososa, em que os partidos constituem-se como incômodos aliados que tenderiam a instrumentalizar as organizações de movimentos sociais, desvirtuando da autonomia e combatividade das mesmas. Do outro, os partidos são considerados entidades necessárias à vocalização e viabilização das demandas das organizações, para fins de transformação em políticas públicas. Importante destacar que nas duas abordagens prevalece a ideia de que os partidos políticos são atores claramente distintos e externos às organizações de movimentos sociais.

Todavia, na realidade brasileira, a relação entre movimentos sociais e partidos não se conforma dessa maneira, existindo forte grau de imbricamento entre essas entidades sociais. Para Gohn (2003), as formas de atuação no interior do aparelho estatal conformam outros tipos de relações entre o movimento social e as instituições governamentais, que em grande medida são mediadas por partidos políticos (GOHN, 2003).

A relação entre movimentos sociais e Estado apresenta uma grande variação em termos de graus e mecanismos de inclusão/exclusão (SILVA E OLIVEIRA, 2011). De acordo com os autores, as relações entre movimentos sociais e partidos devem ser pensadas não através de um padrão único de relações, mas sim como um *continuum* de possibilidades. Assim, apresentam três tipologias que caracterizam essa relação (Quadro 08)

No caso da dinâmica estabelecida no CES/BA, observa-se que no período do governo carlista a relação estabelecida entre os movimentos sociais, os partidos de esquerda e o governo é de independência. Frente às práticas políticas autoritárias e ao não reconhecimento e desvalorização das demandas dos movimentos social e trabalhista, esses movimentos direcionam suas atividades para as ações contestatórias e de competição com o poder instituído.

Já no governo do PT, quando uma nova dinâmica social se estabelece, as relações entre partidos, movimentos e governo extrapolam o limite da cooperação e se caracterizam como interpenetração. A própria trajetória dos partidos de origem progressista propicia esse tipo de relação. Isso porque, esses partidos, em sua maioria, têm suas bases no movimento social e suas bandeiras de luta estão assentadas nos princípios da justiça social e nas demandas dos setores populares.

Deve-se destacar que, embora a tipologia proposta por Silva e Oliveira (2011) possibilite o estabelecimento de relação entre os períodos de gestão do governo da Bahia e a postura do CES/BA, tal classificação não é conclusiva, tampouco definitiva. A política é dinâmica por essência, mantém-se em constantemente estado de mutação e os acordos firmados são, em sua maioria, provisórios (TESTA, 1995). Neste sentido, as relações estabelecidas não podem ser consideradas como tipologias estáticas e, numa perspectiva de *continuum* de possibilidades, podem, a depender do contexto, se caracterizar como uma ou outra tipologia.

Quadro 08- Tipologias de relação entre partidos políticos e movimentos sociais

Tipo de Relação	Característica da Relação
Independência	Ocorre quando há uma separação significativa entre política institucional e política não institucional, causada, em geral pela exclusão política característica de contextos autoritários. Faz com que grupos contestadores tenham que desenvolver mecanismos extra institucionais de expressão política e, no limite, estabelecer uma relação de competição com partidos instituídos por meio da criação de novas organizações políticas e mesmo partidárias.
Cooperação	Ocorre quando partido e movimento, mantendo suas fronteiras, estabelecem formas cooperativas de relação, seja em termos de apoio de organizações do movimento a certo partido em momentos de disputas eleitorais, seja em termos de defesa pelo partido de reivindicações e propostas de determinadas organizações de movimento.
Interpenetração	Ocorre quando as fronteiras entre partido e movimento apresentam uma relativa diluição, cujo grau pode ser bastante variável, com o compartilhamento de militantes, marcos interpretativos, orientações ideológicas e estruturas organizativas.

Fonte- Silva e Oliveira, 2011.

A interligação entre movimentos sociais e partidos é fortalecida por um fenômeno denominado de ‘militância múltipla’, em que lideranças são simultaneamente militantes de movimentos sociais, partidos políticos e organizações populares diversas (MISCHE, 1997). Não por acaso, os quadros dos partidos de esquerda, em sua maioria, têm formação e/ou são originados dos movimentos sociais e populares. Assim, na medida em que se inserem e desenvolvem seu ativismo em diversas organizações sociais e, também, nos partidos políticos

esses militantes criam conexões e sobreposições entre essas esferas de ação, levando, em certos casos, a uma relativa diluição de suas fronteiras (SILVA E OLIVEIRA, 2011).

Este é justamente o cenário que se observa no âmbito das relações estabelecidas no CES/BA durante a gestão petista. A maior parte dos conselheiros de representação societal possui trajetória de militância em diversas organizações e grupos sociais. Assim, além de fazerem parte do sindicato ou associação que representam formalmente no conselho são ligados a uma diversificada rede de entidades como federações, fóruns de usuários ou trabalhadores do SUS, centrais sindicais (com destaque para CUT e CTB) e partidos políticos (principalmente PT e PC do B).

Para Wampler e Avritzer (2004), os atores políticos de esquerda, especialmente aqueles liderados por partidos políticos, com frequência buscam ampliar o acesso dos cidadãos e das organizações da sociedade civil aos processos de tomada de decisão pública. Neste sentido, buscam fortalecer os elos entre atores da sociedade civil, participação local, coalizões de governo e instituições.

Com a posse do governador do PT em 2007, mais do que ampliar o espaço de atuação dessa rede de militantes sociais, uma nova e complexa dinâmica é estabelecida. Isto porque, a atuação dos movimentos e dos sujeitos sociais, que até então ocorria no campo da oposição e como prática contestatória, se amplia para o espaço estatal com a responsabilidade de condução da máquina pública.

Devido à interpenetração partido/movimento, além da maior abertura e permeabilidade das instituições governamentais às demandas e proposições de organizações de movimentos sociais, ocorre também que muitos militantes do movimento social passam a ocupar cargos e funções dentro do governo num processo denominado de ‘trânsito institucional’ (SILVA E OLIVEIRA, 2011).

O trânsito institucional é caracterizado pelo deslocamento de militantes sociais/partidários por diferentes espaços de atuação – a exemplo de movimentos sociais, partidos, fóruns institucionais e funções de governo – o qual é, em grande medida, viabilizado pela interpenetração partido/movimento. Nesse sentido, os resultados eleitorais, com as vitórias e derrotas dos partidos e coalizões, tendem a produzir a passagem de militantes da sociedade civil para o governo e vice-versa (SILVA E OLIVEIRA, 2011).

No caso da composição do *staff* da secretaria de saúde do estado da Bahia, o exemplo mais emblemático do trânsito institucional e que tem uma relação direta com o conselho estadual de saúde, foi a nomeação do ex-presidente do sindicato dos médicos da Bahia, Alfredo Boa Sorte, para ocupar a função de superintendente da secretaria. Além deste, vários outros integrantes de movimentos sociais, universidades e partidos de esquerda, com militância na área da saúde, migraram de seus movimentos e instituições para o ambiente da SESAB, com o propósito de desempenhar funções técnicas e de gestão.

O trânsito de militantes do movimento social para o governo significou para os representantes sociais maior possibilidade de viabilização das demandas populares. No entanto, essas demandas não foram contempladas conforme o desejo e as expectativas desses movimentos. Uma questão relacionada a isso, e que se constituiu em motivo de conflito entre alguns dos novos gestores e as entidades que outrora representavam, foi a mudança de postura por parte desses membros da gestão. Estes, quando estavam no movimento sindical mantinham determinados posicionamentos e no exercício do cargo de gestor assumiram posições contrárias à sua trajetória de luta.

Os principais motivos alegados para transformação das posturas defendidas são os limites e dificuldades inerentes à própria gestão, conforme alegou um representante dos gestores: *essa mudança é por estarem na gestão e enfrentarem diariamente no seu cotidiano*

os limites entre a teoria e a prática, entre o que de fato nós defendíamos lá atrás e o que de fato estamos vivenciando hoje, né? (Entrevista 18).

Ainda sobre os questionamentos da postura dos gestores, o mesmo entrevistado justificou que as inflexões ideológicas da linha de ação do governo era a única forma para viabilizar a expansão dos serviços, mesmo que isso gerasse desgastes políticos aos responsáveis pela gestão. *Era o dilema de fazer daquela forma ou não fazer. E aí era melhor optar pelo fazer pagando, talvez, uma fatura alta do ponto de vista político-ideológico do que a crítica pelo imobilismo (Entrevista 18).*

Mesmo reconhecendo a importância das demandas manifestadas pelos segmentos sociais, os gestores apresentavam as amarras do ajuste fiscal e as limitações orçamentárias como fatores determinantes para a mudança na direção dos seus posicionamentos. As limitações impostas aos gestores em saúde frente ao ideário defendido pela Reforma Sanitária brasileira têm sido apontadas em diversos estudos sobre o tema (MACHADO et al, 2010; MIRANDA, 2010)

Miranda (2010), ao estudar os processos decisórios entre gestores no SUS, constatou forte hegemonia e unidirecionalidade da política econômica vigente, que tendem a reduzir o grau de autonomia decisória dos gestores em saúde, produzindo modos de integração sistêmica regulada e indutores de comportamentos regrados. Segundo o autor, os gestores constantemente deparam-se com a necessidade do estabelecimento de critérios de seleção e regulação para as demandas políticas e sociais em razão da limitada oferta financeira. Há uma tendência em racionalizar e limitar a natureza e o volume das demandas sociais e políticas, eliminando a sobrecarga de problemas por meio de mecanismos seletivos institucionais. As práticas de gestão ficam então reduzidas ao gerenciamento, sob tutela normativa, de estratégias programáticas e recursos disponibilizados pelos núcleos econômicos do governo (MIRANDA, 2010).

Em direção semelhante, Machado e colaboradores (2010) sugerem que a partir da regulamentação do SUS em 1990, a luta política dos atores setoriais, incluindo gestores, enfrentou um contexto político econômico bastante adverso, especialmente em decorrência dos efeitos da agenda neoliberal e dos processos de reforma do Estado. Consideram que muitos obstáculos à concretização da saúde como direito de cidadania têm raízes estruturais e econômicas e expressam desafios que extrapolam os limites do setor.

Não obstante às sérias limitações orçamentárias e à política de ajuste fiscal impostas ao SUS, a opção dos gestores da Bahia foi de aproximação com o receituário da nova gestão pública e não o de questionamento a esse formato racionalizador de administração. A política de saúde do estado obteve avanços importantes na ampliação dos serviços hospitalares. No entanto, o modelo gerencial adotado fundamentou-se na terceirização das unidades para instituições privadas, o que revela o direcionamento para o novo gerencialismo.

O modelo imposto pelas reformas liberais é de separação entre as funções de financiamento, regulação e prestação dos serviços. Ao Estado caberia a responsabilidade do financiamento e regulação, distanciando-se da prestação dos serviços, que passaria a ser desempenha pelo setor privado. Tal concepção se fundamenta no argumento da eficiência e parte do princípio que o setor privado é mais eficiente que o público (ALMEIDA, 2003). Esta foi justamente a linha de ação seguida pela SESAB no contexto da ampliação dos serviços.

Ao discutir o desempenho desses novos modelos nos países que adotam a política de Bem-Estar Social, Vianna (2003) adverte que a flexibilização na prestação dos serviços e as parcerias com o setor privado não tem surtido os efeitos desejados. Por sua vez, Almeida (2003) destaca que esses modelos tendem a acarretar a perda dos instrumentos de controle estatal sobre a prestação dos serviços. Além do mais, a necessidade de aumento da capacidade regulatória do Estado demanda a ampliação das estruturas gerenciais o que significa aumento dos gastos do setor.

Neste sentido, além das evidências oriundas dos países europeus que esses novos modelos não trazem os resultados esperados (VIANNA, 2003), observou-se na década de 1990 uma resistência contra hegemônica do movimento sanitário brasileiro à nova ordem estabelecida pelo receituário neoliberal (FLEURY, 2007). Diante disso, o adesismo do governo do PT a esses modelos – e não um movimento de resistência às políticas de ajuste fiscal ou a busca de alternativas que valorizassem o papel do Estado também na prestação dos serviços – gerou estranhamentos e desencadeou oposições acirradas do movimento popular e sindical.

Ainda em relação às articulações e interferências políticas, alguns entrevistados sugerem a busca de ascensão e promoção pessoal por parte de alguns conselheiros. Em virtude da importância do conselho, pelo menos do ponto de vista do poder simbólico, o mesmo é visto como possibilidade de destaque e exercício de liderança em um cenário amplo, para além de sua entidade de origem ou do seu segmento específico.

Alguns entrevistados apontaram que além do destaque em âmbito setorial, determinados representantes viam no conselho a possibilidade de se destacarem para projeção no cenário político eleitoral. O discurso de um prestador privado exemplifica essa situação: *O conselho tinha muitos interesses político-partidários e alguns conselheiros que lá estavam tinham objetivos políticos de se eleger para algum cargo. Para alguns, era um trampolim para a vida particular, interesses políticos próprios* (Entrevista 19).

Durante o período estudado, foi possível observar que determinados conselheiros candidataram-se para cargos eletivos e alguns desses obtiveram êxito nos resultados eleitorais. Entre os conselheiros e exconselheiros eleitos para mandatos legislativos, citam-se: Antônio Britto, representante dos prestadores privados, eleito para o cargo de Deputado Federal pelo PTB em 2010; e Maria Aladilce de Souza, representante do SINDSAUDE, eleita vereadora para a cidade do Salvador pelo PC do B em 2008. Entre os que se candidataram, mas que não

lograram êxito são lembrados: Alfredo Boa Sorte, representante do SINDIMED, candidato a deputado estadual pelo PC do B em 2010, obteve 19.342 votos; Josivaldo de Jesus Gonçalves, também candidato a deputado estadual pelo PC do B em 2010, com 7.754 votos; e Maria Luiza Costa Câmara, candidata a vereadora de Salvador pelo PSB em 2008, com 2.926 votos.

Mesmo diante da afirmação de alguns entrevistados sobre o uso político/eleitoral da participação no conselho e da verificação de que alguns conselheiros e exconselheiros candidataram-se para cargos legislativos, não é possível inferir sobre o uso intencional da participação no conselho para benefício eleitoral. Mesmo porque, não se pode estimar o capital político propiciado pela participação no conselho estadual de saúde.

7.4. Síntese do capítulo

Nesse capítulo foram discutidas as articulações e interferências políticas no ambiente do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, buscando-se identificar os fatores de maior influência na postura e no agir dos conselheiros de saúde. Os principais achados remetem para o forte domínio dos partidos políticos e das centrais sindicais sobre os posicionamentos dos conselheiros. Observa-se que os representantes sindicais e populares mantêm vínculos e afiliações com os partidos do campo da esquerda, num processo de militância múltipla. São observadas dinâmicas distintas nas duas gestões estudadas, mas em ambas prevalece a interferência dos partidos.

Na gestão carlista, de orientação conservadora, é estabelecido processo de impermeabilidade do governo às demandas populares. Neste período, a atuação dos movimentos sociais, em posição de externalidade ao Estado, é direcionada pela lógica

contestatória e de oposição à ação estatal. Prevalece no ambiente do conselho a acirrada disputa entre dois projetos políticos antagônicos.

No governo do PT, os movimentos sociais alargam a possibilidade de participar do processo de construção das políticas de saúde, ainda que encontrem sérias dificuldades para viabilizar suas demandas. É estabelecida uma complexa relação entre movimentos sociais, partidos políticos e governo.

Alguns militantes de movimentos sociais passam ocupar funções de governo em processo denominado de trânsito institucional. São evidenciados conflitos e frustrações frente às expectativas dos movimentos sociais não atendidas pelo novo governo. Observa-se mudança de posicionamento de alguns membros da gestão que assumiram novas posturas em detrimento de bandeiras outrora defendidas. Ainda em relação às questões político-partidárias alguns entrevistados sugerem a existência de interesses eleitorais por parte de alguns representantes, que participariam do conselho na busca de ascensão e promoção pessoal, almejando se projetarem para o cenário político eleitoral.

8. Representação e Representatividade no Conselho Estadual de Saúde da Bahia

A temática da representação e representatividade ocupa espaço importante no debate sobre a participação política e as instâncias de representação social. Este tem sido um tema de instigante discussão especialmente quando se trata da análise das democracias contemporâneas. Embora sejam na atualidade termos fortemente imbricados, a democracia nem sempre esteve associada à representação. A democracia, em suas origens, foi pensada como forma de participação direta dos cidadãos. No entanto, frente à complexidade do mundo contemporâneo, em que a participação de todos os cidadãos em todos os assuntos da sociedade demonstrou-se inviável, a representação foi pensada como meio para tornar possível o regime democrático.

Como já demonstrado na parte teórica desse trabalho, a democracia eleitoral configura-se como mecanismo limitado de participação e de ausculta dos interesses e necessidades dos cidadãos. O modelo de democracia restrito aos procedimentos para a escolha de representantes demonstra-se superficial e com natural incapacidade para controle e acompanhamento dos governos.

Com o advento das novas instâncias de participação política, a exemplo dos conselhos de políticas sociais, amplia-se o processo de democratização do Estado e de envolvimento dos cidadãos, o que faz emergir novos formatos de representação. Neste contexto, o modelo de representação eleitoral demonstra-se insuficiente e, por vezes, inadequado para contemplar a abrangência e complexidade dos novos formatos participativos.

No Brasil, a multiplicação de espaços de participação conduziu à transformação da representação política vivenciada nos últimos anos, o que fez transbordar, parcialmente, às fronteiras das eleições. A Sociedade Civil, ainda que de forma não exclusiva, assume a

responsabilidade de direcionar e exercer o controle das funções executivas, especificamente em determinadas áreas de políticas sociais, como a de saúde. Nesse sentido, atores societários passam a desempenhar funções de representação política, mesmo que não tenham sido eleitos pela maioria da população para este fim (LAVALLE, HOUTZAGER E CASTELLO, 2006). Assim, são estabelecidos novos formatos e meios de representação, como os exercidos pelos conselheiros de saúde.

Sobre o Conselho Estadual de Saúde da Bahia, a representação e a representatividade foram analisadas a partir de quatro categorias: processo de escolha do representante pela entidade; relação estabelecida entre os representantes e suas entidades; conformação da representação de interesses no âmbito do conselho; e critérios utilizados para definição de posturas e posicionamentos no plenário do CES/BA.

8.1. Escolha dos representantes para o CES/BA

O processo de escolha dos representantes era de exclusiva responsabilidade das entidades, sem qualquer tipo de interferência, acompanhamento ou recomendação do CES/BA. Quando da vacância ou encerramento do período de mandato dos representantes, a Secretaria Executiva encaminhava ofício às instituições, com solicitação de envio dos nomes dos novos representantes. Não existia por parte do conselho orientações ou recomendações sobre como a entidade deveria proceder para a escolha dos conselheiros. Frente a este cenário, os resultados evidenciam diferentes meios de escolha dos representantes, com o predomínio de três formatos principais apresentados a seguir.

Uma das modalidades é a que o presidente da entidade assume naturalmente a representação no conselho. Esse modelo foi observado, principalmente, entre os representantes dos profissionais de saúde, em que os presidentes do Sindicato dos Médicos e

do Sindicato dos Servidores Estaduais em Saúde, de maneira quase automática, assumiam a representação de suas entidades no CES/BA. *A prática nossa no SINDSAÚDE sempre foi o representante do SINDSAÚDE no conselho ser o presidente* (Entrevista 05).

Outro critério de seleção consiste na escolha do representante por parte do corpo dirigente da entidade. O que se observou foi o predomínio desse método como o mais utilizado pelas instituições para a escolha dos representantes, especialmente entre os prestadores e os usuários. Nesse formato, não há envolvimento das bases ou realização de assembleias para eleição do representante. A cúpula da instituição decide internamente o nome do conselheiro a ser indicado, que pode ser um membro da própria diretoria ou outro filiado/associado. Segundo os relatos dos entrevistados, a indicação feita pela diretoria é motivada por destaque pessoal no interior da organização, associada à confiança que a direção mantém sobre esses indivíduos. Os discursos a seguir ilustram o formato de escolha pelo núcleo diretivo e as características desse processo:

Fui escolhido entre os membros da associação dos sindicatos dos hospitais. Através da sua diretoria fizeram a indicação. Então, foi um consenso entre suas entidades e sua diretoria, não houve assim uma assembleia geral com essa finalidade (Entrevista 14).

A minha escolha foi por indicação deles. Eles me tinham como referência, por que eu sempre lutei pelo SUS. Então, a minha indicação foi mais por isso, por essa trajetória (Entrevista 20).

O terceiro método de escolha foi a eleição em assembleia ou reunião do corpo de filiados da entidade. Embora esse possa parecer o critério mais democrático e natural para escolha da representação, observa-se que poucas foram as entidades que publicizaram entre os

seus membros o processo de eleição para representante no CES/BA. Tal situação era motivo de insatisfação e questionamento sobre a representatividade dos conselheiros oriundos de entidades sociais. *Tem algumas áreas, principalmente na área de sindicatos e associações, que poucos faziam uma eleição democrática pra poder indicar as pessoas que iriam fazer parte do conselho. Geralmente, as mesmas instituições mandavam sempre o nome das mesmas pessoas* (Entrevista 17).

A pequena transparência nos critérios de escolha dos representantes é também evidenciada em diversos estudos sobre o tema. Em municípios do estado do Rio de Janeiro, Gerschman (2004b) identificou a baixa visibilidade nos mecanismos utilizados para a eleição dos representantes dos usuários nos conselhos de saúde. Embora também tenha identificado um cenário de representação difusa, com a escolha de representantes por múltiplos métodos, sugere que, para a maioria dos casos, não são as comunidades que escolhem seus representantes, mas as associações que designam seus indicados no conselho. De maneira semelhante, Labra (2010) também identificou critérios pouco conhecidos para a escolha do representante. Destaca que, em muitos casos, as associações da sociedade civil replicam em seu interior os mesmos traços autoritários e excludentes ainda prevalentes na sociedade brasileira, constituindo-se em instâncias pouco democráticas.

Além da baixa transparência, foram identificados dois outros problemas relativos ao processo de eleição dos conselheiros. O primeiro deles refere-se à distorção da representação, com a escolha de alguns conselheiros que faziam parte de outros segmentos, mas que eram indicados para a representação dos usuários. Como exemplo, conforme destacado no Capítulo 05, a representante das Obras Sociais de Irmã Dulce, maior prestador privado do SUS na Bahia, fez parte do conselho na representação dos usuários, por indicação da Associação Comercial da Bahia. Por sua vez, o representante da FETAG, que ocupou no conselho por

seis anos uma vaga no segmento dos usuários, é trabalhador em saúde, da categoria dos agentes comunitários, e inclusive faz parte da entidade sindical desses profissionais.

Embora, de acordo com os princípios do SUS, todos devam ser considerados usuários do sistema, no âmbito dos conselhos de saúde os segmentos de gestores, profissionais e prestadores possuem percentuais de vagas reservados para essas categorias. A ocupação dos assentos dos usuários por representantes que fazem parte, se identificam e militam em outros segmentos, tendem a causar grave distorção nos critérios de paridade e afetar a correlação de forças no interior dos conselhos.

Outra irregularidade decorre do fato de que alguns conselheiros exerceram múltiplos mandatos consecutivos na representação da mesma entidade. *Eu já tô na minha quarta recondução no conselho estadual. De 2003 pra cá, então oito anos. Exatamente, oito anos que tô no conselho* (Entrevista 06). Tal situação vai de encontro ao preconizado por todos os regimentos internos do CES/BA, que sempre estabeleceram o mandato do conselheiro estadual em dois anos, sendo possível uma única recondução por igual período.

Em ambos os casos pareceu existir omissão ou conivência do conselho diante das distorções apresentadas. Essas situações eram bastante conhecidas e comentadas entre os conselheiros, todavia as conversas restringiam-se aos espaços informais. Não foi identificado nos documentos analisados e nos relatos dos entrevistados qualquer indício de questionamento ou representação formal no conselho frente a essas irregularidades.

8.2. Relação representante, entidade e base representada

Ao analisar as relações estabelecidas entre os conselheiros de saúde e suas respectivas entidades, observa-se a existência de distanciamento e pouca articulação entre o representante e a comunidade representada. Todos os entrevistados relataram a dificuldade de manter

articulação com suas bases, em decorrência principalmente da desmobilização e desinteresse dos pares em acompanhar o trabalho do CES/BA. Além do mais, muitos dos entrevistados destacaram também a falta de apoio da entidade que representam, ressaltando que nem mesmo a diretoria da instituição se interessa pelos assuntos tratados no âmbito do conselho de saúde.

Conforme discussão apresentada no Capítulo 07, os conselheiros mantêm próximos vínculos com os partidos políticos e as centrais sindicais, com forte influência dessas instituições sobre as opiniões e posturas dos conselheiros. No entanto, as entidades partidárias direcionam o posicionamento dos conselheiros na defesa da pauta sindical ou quando se trata de questões relativas à macropolítica, a exemplo dos modelos de prestação das unidades do SUS. Na atuação cotidiana dos conselheiros, observa-se que os representantes desempenham suas atividades sem o devido suporte ou acompanhamento das entidades que representam. Em muitos casos, evidencia-se uma relação direta dos conselheiros com as cúpulas partidárias e o pequeno envolvimento com membros da própria entidade.

Os representantes da Sociedade Civil, em sua maioria, relataram que as entidades não oferecem subsídios para a ação dos conselheiros, tampouco demonstram interesse sobre o trabalho do CES/BA ou sobre a situação da política de saúde do estado. Muitos afirmam que as diretorias fazem questão de manter a vaga da instituição no conselho estadual pelo *status* que isso significa e pelo potencial poder de inserção no governo, no entanto, não valorizam as atividades do conselho. A percepção de descompromisso das entidades com os conselheiros foi exemplificada pelos discursos dos usuários:

Rapaz, a própria entidade não acompanha e deixa de lado a discussão, não se interessa, não prioriza. Eu participava de reunião, de curso, de seminário, tinha a preocupação de fazer um relatório, encaminhar um relatório, e a direção não dizia nada sobre isso, nada. Era como se eu não tivesse feito nada (Entrevista 01).

Eu notei que a CUT teve ausente de todo o meu processo. (...) A CUT não tava nem aí pra representação da central no conselho, né? (Entrevista 04).

Se as relações com as diretorias se constituem como frágeis, ainda mais distante se mostra o contato dos conselheiros com as bases das entidades representadas. A maioria dos representantes mantém pouquíssimos contatos com os filiados ou associados das instituições, conforme evidenciado: *Na realidade não existe em si uma aproximação, não chega às bases as propostas discutidas no conselho (Entrevista 16).* Os assuntos referentes ao CES/BA, na maioria das vezes, não são tratados nas assembleias ou plenárias das entidades e, de maneira geral, não há mecanismo de ausculta dos pares ou discussões sobre os temas abordados no conselho.

Os entrevistados referem que muitos conselheiros não mantêm contato algum com o corpo de filiados da entidade, ao passo que outros manifestaram que a única forma de comunicação estabelecida é a realização de informes esporádicos às comunidades sobre os acontecimentos do conselho, sem, no entanto, existir mecanismos de *feedback*. *Eu dou conhecimento à Federação assim de coisas mais importantes, mais gerais. Mas, ainda é muito pouco (Entrevista 13); Eu procuro manter informados os médicos, através de assembleia, da revista editada pelo sindicato, do site do sindicato. (...) Eu diria que os médicos acabam sendo informados, né? (Entrevista 03).*

Os resultados referentes ao processo de escolha dos representantes e as relações estabelecidas entre estes e sua base de apoio sugerem a existência de fragilidades na representação dos conselheiros. No entanto, conforme destacado, não é possível avaliar a representação nas instituições participativas apenas pelos critérios da representação eleitoral.

De acordo com Avritzer (2007b), a representação realizada por atores da sociedade civil nas instituições participativas, a exemplo dos conselhos de saúde, é bastante diferente da

representação eleitoral clássica, como a realizada pelo parlamento, que tem mandatos de partido e os representantes recebem salário. Para Lünchmann (2007), a representação exercida nos conselhos gestores difere da representação eleitoral por esboçar uma ideia difusa do representado, que muitas vezes não está restrito a um determinado território, segmento ou classe social. O autor elenca algumas características que tornam a representação da sociedade civil nas instâncias participativas diferente do modelo eleitoral: a participação e representação são ao mesmo tempo individual e coletiva; trata-se de representação voluntária, que se constitui em muito diferente da atuação política profissional; e são exercidas em diferentes espaços participativos, muitas vezes, pelos mesmos indivíduos.

Nesse sentido, a legitimidade da representação da sociedade civil extrapola a questão se o representante foi ou não eleito no interior de suas entidades. Embora o envolvimento dos afetados pela política deva sempre ser estimulado e valorizado, em alguns casos, nem sempre isto é possível. Um bom exemplo diz respeito à representação exercida por Organizações Não Governamentais (ONG), visto que estas organizações se constituem em atores sem mandato direto de sua base de referência. Em muitos casos, estas entidades não possuem vínculos com os grupos representados, e a escolha ocorre em função de sua *expertise* e qualificação (LÜCHMANN, 2007).

A multiplicidade de formatos para a escolha de conselheiros parece ser uma característica comum no interior das instituições participativas. Segundo Lünchmann (2007) os mecanismos de escolha de representantes sociais são mesmo plurais e oscilam de caso a caso. Alguns setores escolhem seus representantes em assembleias; outros possuem estrutura presidencialista; outros são escolhidos por fóruns de entidades ou confederação de sindicatos; e existem ainda as indicações das categorias profissionais.

Frente a essas possibilidades, o processo de escolha realizado em assembleias ou plenárias das entidades se constitui em mecanismo amplamente defendido como democrático

e participativo. No entanto, apesar de conferir maior organicidade com as bases, este tipo de representação apresenta também limitações, por manter-se circunscrito àqueles que estão mobilizados (LÜCHMANN, 2007). Ou seja, os critérios de escolha ficam limitados aos que têm interesse e/ou oportunidade de participar da militância política da entidade. Isso não significa que as vozes ali presentes ou os interesses manifestados correspondam aos interesses de todos que vão ser afetados pela política, o que sugere também limitações na representatividade desse método de escolha.

Desse modo, se evidencia a limitação do processo eleitoral diante dos novos formatos de representação da Sociedade Civil. Diante disso, o problema em questão é o que pode conferir legitimidade a esses representantes.

Ao retomar as reflexões de Avritzer (2007b), discutidas no Capítulo 04, observa-se que os principais elementos da teoria representativa são a autorização, o monopólio e a territorialidade. Importante considerar que dois aspectos diferenciam a representação nas instituições participativas da eleitoral/parlamentar: o primeiro refere-se a não necessidade explícita da autorização; e o segundo é que não há o requisito do monopólio territorial na representação da Sociedade Civil. E mesmo que o representante se constitua como eleito em um território definido, ele se superpõe a outras formas de representação do mesmo espaço. Assim, a representação da sociedade civil se constitui em processo de superposição de representações que pode ocorrer sem a autorização ou monopólio para o exercício da soberania (AVRITZER, 2007b). Neste contexto, a identificação com a causa e a agregação de solidariedades se apresentam como fatores muito mais legítimos do que o monopólio territorial e a autorização formal.

Para as instituições participativas, Avritzer (2007b) sugere que existem outros tipos de autorização além da eleitoral, que estão relacionados a três diferentes tipos de papéis políticos que podem ser exercidos pelos atores: o de agente; o de advogado; e o de partícipe. Para os

três casos, o “agir no lugar de” é respeitado, no entanto varia de perspectiva e pode ser justificado de diferentes maneiras.

No caso do agente, a autorização eleitoral é mantida e a legitimidade é justificada por meio do voto. Para o advogado, também identificado com ativista de causas diversas, não há o processo de autorização formal, o que concede legitimidade é a afinidade com o tema e/ou a solidariedade com a situação de injustiça. O papel político do partícipe é legitimado pela *expertise* e domínio sobre o tema de sua atuação, essas representações/instituições se originam no seio da Sociedade Civil a partir de iniciativas e militância de sujeitos sociais. Assim, a depender do tipo de representação, a legitimidade pode ser conferida pela identidade e solidariedade com a causa, como também pelo domínio e afinidade sobre o tema.

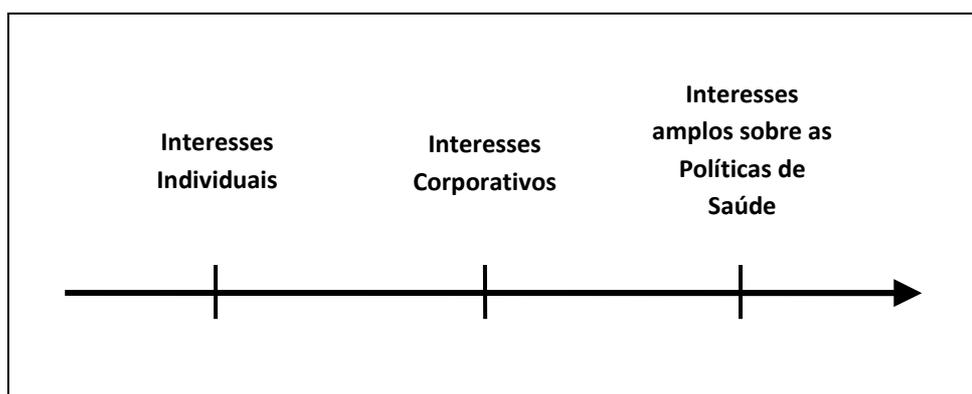
No entanto, deve-se destacar que a existência de outros mecanismos de legitimidade, não significa que deva ocorrer o insulamento dos representantes e o distanciamento das suas entidades de origem. A representação nos conselhos de saúde é tipicamente resultante do processo de ampliação da participação da sociedade no processo decisório. Desta forma, a participação e o envolvimento comunitário devem ser cada vez mais estimulados no sentido de aglutinar os diversos mecanismos de legitimidade e potencializar os espaços de participação da sociedade.

8.3. Representação de interesses entre os conselheiros de saúde

Conforme observado na Figura 01, a representação de interesses no âmbito do conselho não se expressava de maneira única. Os resultados evidenciaram um padrão de comportamento dos representantes na defesa de três níveis de interesse: interesses individuais; interesses corporativos ou institucionais; e interesses amplos sobre as políticas de saúde.

Os interesses individuais caracterizavam-se pelo fato dos representantes buscarem benefícios pessoais ou destaque individual de sua participação no conselho. Assim, foi relatado que muitos conselheiros tinham sempre “*necessidade de aparecer*” ou queriam sempre fazer parte de todas as atividades demandadas pelo plenário: como viagens para participar de eventos fora do estado; fazer parte de comissões; ou mesmo assumir a relatoria das prestações de contas realizadas pelos gestores.

Figura 01- Tipos de Representação de interesse como *continuum* de possibilidades no CES/BA



Fonte- Elaboração própria

Outra característica desse tipo de representação de interesses diz respeito aos posicionamentos assumidos nas discussões e votações em plenário, em que os representantes adotavam posturas baseadas em seus interesses individuais, sem levar em conta, os interesses gerais ou mesmo do grupo representado. O discurso a seguir caracteriza a predominância dos interesses individuais sobre os coletivos: *A representação era muito personificada. Então, primeiro a pessoa achava que ela tava ali pra cuidar dos interesses dela, independente da entidade. Se os interesses dela também beneficiassem a entidade, ótimo pra entidade, se não, paciência* (Entrevista 01). Tal situação constitui-se em indicativo do distanciamento e falta de

acompanhamento do representante por parte dos seus pares, conforme discutido anteriormente.

Os interesses corporativos, segundo nível de representação, apresentaram-se como os mais frequentes e os mais destacados pelos conselheiros. Neste caso, os representantes assumiam no conselho a postura de acirrada defesa dos interesses do seu segmento, desvirtuando-se das questões gerais sobre a saúde da população e as políticas a serem implementadas. Foi relatada também a existência de uma velada disputa entre alguns representantes sociais, com o propósito de conseguir inserir na discussão do conselho os assuntos relativos à sua categoria.

Defesas muito mais corporativas, não tenho a menor dúvida. Tinham defesas das política estadual de saúde? Tinham, existiam essas defesas. Mas, se fazia muito mais defesas corporativas do que estruturantes de políticas de saúde. Então, era a categoria 'A' fazendo seu bloco na defesa de uma proposta que era favorável à sua corporação, né? (Entrevista 18).

O que se observou foi o estabelecimento de uma lógica de fragmentação de interesses que, muitas vezes, colocava à demanda dos grupos específicos sobre a necessidade de saúde da população. Os grupos apontados como os que mais tencionaram na defesa de sua pauta específica foram os trabalhadores em saúde e os representantes de patologias. Foi consenso entre os entrevistados que o movimento sindical manteve postura incisiva no conselho sobre a garantia dos direitos trabalhistas e a defesa de ganhos salariais: *Pra mim tá muito claro de que a pauta sindicalista, nesse exato momento, é apenas salário e a questão do plano de carreira. Então assim, em certos momentos isso se torna uma pauta acima de tudo e outras pautas são relegadas ao segundo plano (Entrevista 07).*

Por sua vez, foi destacado que os representantes das patologias mantiveram, predominantemente, um discurso monotemático voltado exclusivamente para a conquista de benefícios para o seu segmento. O próprio modelo de representação estabelecido para os conselhos de saúde foi apontado como indutor da fragmentação dos interesses.

A representação dos usuários por representante de grupos de patologias acaba enfraquecendo. Então, representantes lá das hepatites só querem falar das hepatites; representantes dos renais crônicos só querem falar dos renais crônicos. E isso gera uma fragilidade que acaba levando para uma maior passividade em relação à discussão das políticas de um modo geral (Entrevista 11).

O terceiro tipo de representação de interesses correspondeu à posição em defesa da melhoria do estado de saúde da população e do desenvolvimento de políticas de saúde amplas e resolutivas. Neste caso, os interesses pessoais e principalmente os de corporações ou grupos foram relativizados frente à importância das questões abrangentes relativas ao SUS e à qualidade da saúde no estado. É o típico caso da predominância do interesse geral sobre as especificidades das partes. O discurso de um entrevistado ilustra a tomada de posição para além dos interesses de sua entidade: *O meu compromisso não é só com a CUT, não é só com a minha entidade sindical, mas é com todo o processo político de construção de uma sociedade justa, de construção do SUS, daquilo que eu acredito, tá entendendo?* (Entrevista 04).

Vale ressaltar que esses três tipos de representação de interesses não eram excludentes entre si. A realidade observada demonstrou que, muitas vezes, os representantes não mantinham apenas um desses três níveis de interesse. Ou seja, o mesmo representante, a depender da conjuntura e da correlação de forças estabelecida, poderia se posicionar motivado, simultaneamente, por interesses pessoais, das corporações ou em defesa da

ampliação do nível de saúde da população. Mesmo que alguns conselheiros demonstrassem maior inclinação para posicionamentos individuais ou corporativos, isso não significa que agiam motivados apenas por esses tipos de interesse.

8.4. Em que os conselheiros se baseiam para definir suas posições

A maioria dos entrevistados referiu que definem suas posturas a partir da consciência individual e da própria avaliação do que seria mais adequado para a elaboração da política de saúde. As principais razões alegadas para utilização de critérios pessoais foram: a ausência de interlocução e acompanhamento das bases, questão já discutida neste capítulo; e por defenderem a necessidade de autonomia dos representantes para a tomada de posições no exercício do mandato.

O discurso de um prestador ilustra a ideia que o representante necessita ter autonomia para o desempenho da função de conselheiro.

Fundamentalmente, minha postura é embasada na minha consciência, isso eu acho que é correto, é fundamental. Ou seja, eu fui escolhido, mas eu não fui escolhido com uma camisa de força no sentido de que você tem que fazer isso aqui. Não pode ser assim. Foi um voto de confiança das pessoas que me escolheram e eu exerço meu papel com base, enfim, nos valores e no que eu acho que é correto (Entrevista 11).

Por sua vez, existam aqueles representantes em que o posicionamento era embasado, quase que exclusivamente, nas orientações da instituição representada, com pouca liberdade para assumir postura diferente do estabelecido pela entidade. *A posição era sempre a mesma, que era uma posição da instituição, não era a posição da pessoa, né?* (Entrevista 18). Este formato de representação se manifestava tanto entre os representantes dos movimentos sociais

e sindicais, como também entre os prestadores e gestores. Os conselheiros de entidades de governo – a exemplo dos representantes do Ministério da Saúde, COSEMS e das secretarias estaduais – defendiam no conselho sempre os interesses específicos da entidade representada, em decorrência das atribuições inerentes ao cargo ou função ocupada.

Neste modelo, mesmo que, do ponto de vista pessoal, o representante não concordasse com determinados encaminhamentos ou ações a ser implementadas, este se posicionava sempre em defesa do interesse da instituição. O relato do entrevistado demonstrou a situação de constrangimento e coerção que moldava o posicionamento dos conselheiros ligados ao governo:

É difícil, rapaz! Você, às vezes, pega o indivíduo muito mais pelo que ele sente como indivíduo do que nessa condição de ser um técnico ou tá ali pra cumprir uma tarefa de governo, entendeu? Mas, não tem jeito. Na hora que você faz o argumento, às vezes, você até toca a pessoa de outra forma. Mas, as coisas são tão discutidas lá nas estruturas mais elevadas, se bate tanto da necessidade de ser daquela forma que o cara vai lá e não tem jeito. Você pode falar o que for, ele pode achar que é interessante, que é importante, que é até melhor pra população, mas na hora do voto é com o governo (Entrevista 01).

Entre os representantes sociais e sindicais, foi evidenciado que estes se baseiam fortemente em bandeiras históricas dos movimentos populares e nos posicionamentos e orientações nacionais dos sindicatos e centrais sindicais. Mesmo sem conseguir estabelecer espaços de discussão com os membros de sua entidade, alguns representantes alegaram que se posicionam sempre a partir dos preceitos gerais que fundamentam a atuação de sua categoria. *Nós temos princípios que nos norteiam, que norteiam a atuação do sindicato. Então, mesmo que não existisse acompanhamento da diretoria ou que a base não quisesse nem saber, eu seguia sempre esses princípios estabelecidos, entendeu? (Entrevista 12).*

Na Bahia, os achados referentes à representação de interesses e aos fatores que interferem na postura dos conselheiros remetem à discussão sobre a dualidade dos tipos de mandatos: imperativo e representativo. Como destacado na sessão 4.4, o mandato imperativo é originado do direito privado e caracteriza-se pelo fiel cumprimento por parte do representante dos designos e vontade do representado. O instrumento de legitimidade desse tipo de representação é o contrato, mecanismo no qual são estabelecidos os limites e obrigações do representante (LAVALLE, HOUTZAGER E CASTELLO, 2006).

Por sua vez, o mandato representativo não guarda linearidade entre a ação do representante e a vontade do representado. De acordo com Manin (1997), na história das democracias modernas, o governo representativo nunca foi um sistema em que os eleitos têm a obrigação de realizar a vontade dos eleitores. Mesmo que o representante seja eleito entre seus pares, sua atuação é fundamentada em outros fatores além dos interesses de quem o elegeu. Neste caso, o representante pode, ao seu juízo, priorizar o benefício geral sobre o interesse específico de setores da população (LAVALLE, HOUTZAGER E CASTELLO, 2006). Nesses dois tipos de mandatos, a questão central estabelecida é a dualidade entre o controle do representado e a autonomia do representante para o exercício do mandato.

Para Manin, Przeworski e Stokes (2006) a representação por mandato necessita ser aprofundada a partir da reflexão de duas questões principais. As ações dos representantes devem seguir rigorosamente suas plataformas eleitorais? Se seguir essa plataforma será realmente melhor para os eleitores? Ao discutir essa problemática, os autores argumentam que o mecanismo de mandato imperativo apresenta debilidades por não levar em consideração a dinâmica do processo político, sempre sujeito a intempéries. A depender de mudanças nas conjunturas política, econômica ou social, seguir fielmente os compromissos assumidos pode significar malefícios para o público geral ou mesmo para o segmento especificamente representado.

E mesmo que não haja mudança de conjuntura, seria justo ou aceitável um representante viabilizar benefícios para um determinado grupo social, diante de privações ou prejuízos para o total da população? Frente a esses questionamentos, argumentam que os representantes possuem fortes motivos que justificam o desvio dos compromissos assumidos em favor do que é melhor para o público, sem que isso se caracterize como ausência de representatividade (MANIN, PRZEWORSKI e STOKES, 2006). Assim, é possível inferir que a representatividade não pode ser avaliada apenas levando-se em consideração a fidelidade das ações do representante frente aos compromissos assumidos com os representados.

Urbinati (2006) destaca que embora foi o formato representativo o responsável por viabilizar o regime democrático para o mundo contemporâneo, a relação entre representantes e representados é problemática. Isto porque, a representação não pode nunca ser corroborada no sentido de que os representantes saibam efetivamente o que as pessoas desejam. Além do mais as expectativas da população e as realizações de seus representantes jamais irão corresponder com exatidão. Para a autora, os líderes e representantes ao invés da imparcialidade desvinculada das influências sociais são vulneráveis a elas. Nesse sentido, a representação será sempre afetada por forças exógenas divergentes da vontade os eleitores.

Os conselhos de saúde são por excelência o espaço da discussão e da deliberação. Trata-se de um colegiado em que a argumentação e a avaliação das propostas apresentadas constituem-se como requisito necessário para o aprimoramento das ações e definição das políticas. Essas características guardam proximidade com os pressupostos de Manin (1997), que sugere o governo representativo ser concebido e justificado como o espaço do debate e que o processo de tomada de decisão deve ocorrer como resultado da argumentação entre os representantes. Para o autor, o que justifica a deliberação pública é a natureza diversificada do organismo representativo e não a existência de uma imutável convicção prévia e impermeável ao debate dos representantes.

Neste sentido, a adoção do mandato imperativo demonstra-se como inadequado para o exercício da representação no âmbito dos conselhos de saúde por não possibilitar a autonomia e liberdade do representante para ceder em determinadas negociações ou priorizar questões gerais em detrimento dos interesses dos segmentos específicos.

No caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, a postura de alguns representantes em defender rigidamente as opiniões e os interesses do grupo representado, sinaliza um desvirtuamento sobre o principal objetivo do CES/BA que é deliberar sobre a política de saúde do estado. A opção de algumas representações por manterem-se estáticas, na defesa apenas de suas respectivas categorias, demonstra a aproximação com o mandato do tipo imperativo, o que contribui para a baixa capacidade propositiva do conselho e o pequeno poder de interferência sobre os rumos da saúde no estado.

Mas, se por um lado, não pode existir controle total dos representados sobre o representante, por outro, não é razoável a completa independência e ausência de mecanismos de acompanhamento do conselheiro. Nesse sentido, a melhor alternativa para o dilema controle *vs.* autonomia é a busca do equilíbrio entre esses dois pólos. Ao se privilegiar um dos dois extremos, ocorrerá a total ausência de controle das ações dos representantes ou o esvaziamento do conteúdo político da representação como mecanismo responsável por organizar o governo e promover o bem-estar coletivo (LAVALLE, HOUTZAGER E CASTELLO, 2006).

Diante desse dilema, como pode então ser garantida na prática cotidiana a representatividade nas instituições de participação social? Como já destacado nesse trabalho, a representação nas instâncias participativas é difusa e busca confluir características da representação institucional com mecanismos de mobilização social (GERSCHMAN, 2004). Assim, a representatividade das organizações da sociedade civil exige uma indissociável ligação entre representação e participação.

No modelo de representação eleitoral, as dimensões que conferem legitimidade a representação são a autorização, a identidade e a prestação de contas (SANTOS E AVRITZER, 2005). Nas entidades de participação da sociedade, ao mesmo tempo em que esses critérios não são suficientes para garantir a representatividade, não é possível prescindir deles. Os processos de escolha dos representantes, o acompanhamento das ações dos conselheiros e o suporte dado pelas entidades precisam ser aprimorados e publicizados. No entanto, é preciso avançar além dessas questões.

Para as instâncias participativas – como o próprio nome evoca – a representatividade só pode ser assegurada mediante o envolvimento e a participação da população. Nesse sentido, Lüchmann (2007) adverte que a qualidade e a legitimidade da representação vão depender do grau de articulação e organização da Sociedade Civil. Segundo o autor, a participação se constitui em fator chave para a boa representação. Em direção semelhante, Urbinati (2006) destaca que os representantes não devem e jamais podem ser insulados da sociedade.

Para Gerschman (2004b), o exercício da representação exige mobilização social e a presença de organizações políticas com capacidade de vocalização e potencialidade para gerar espaços de poder. Nesse sentido, a legitimidade dos representantes dos conselhos de políticas se amplia quanto maior for o vínculo do conselheiro com a população representada e quanto mais orgânico for esse vínculo.

Assim, para as instâncias de participação social, além dos mecanismos clássicos de legitimidade, que devem ser assegurados sempre quando possível, a representatividade vai estar sempre garantida em um contexto de ativa mobilização das comunidades e de proximidade do representante com a base representada.

8.5. Síntese do capítulo

Neste capítulo foi discutida a problemática da representação e da representatividade no Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Para análise dos dados, levou-se em consideração que a representação nas instâncias de participação social não pode ser avaliada a partir dos mesmos critérios utilizados para a representação eleitoral. A inserção de representações da sociedade civil no interior do aparelho estatal, com o intuito de participar do processo de definição e acompanhamento de políticas públicas, institui uma nova modalidade de relação entre Estado e sociedade e reconfigura o papel da representação política.

Sobre o processo de escolha dos representantes para o CES/BA, evidenciou-se que os conselheiros foram selecionados por múltiplas formas, com o predomínio de meios não democráticos de escolha. As três principais formas de seleção foram: o presidente da entidade assume naturalmente a representação no conselho; a indicação por parte da diretoria da instituição, sem a realização de assembleias ou consultas aos demais membros; e eleição entre os filiados da entidade. Foram observadas distorções na ocupação das representações das entidades, com a escolha de pessoas que faziam parte e militavam em outros segmentos, mas que foram indicados para a representação dos usuários. Também foi observada uma tendência de profissionalização dos conselheiros, com indivíduos que estão na representação do conselho por período muito superior ao permitido pelo regimento do CES/BA.

A relação entre conselheiros, entidade e base representada apresentou-se permeada de fragilidades, distanciamento e pouca interação. Os representantes alegaram desinteresse tanto da diretoria da entidade quanto dos seus membros, o que dificulta a ausculta das demandas e a discussão sobre os posicionamentos a serem adotados. Nesse sentido, muitos alegaram que sua atuação é isolada e que encontram dificuldades para estabelecer *feedback* com a instituição.

Foram evidenciados três níveis de representação de interesse: individual, corporativa e abrangente sobre a política de saúde. Os interesses individuais caracterizaram-se por busca de benefício ou promoção pessoal na atuação no CES/BA. Os interesses corporativos ou institucionais foram associados à postura de acirrada defesa das específicas demandas dos segmentos, com a secundarização das políticas públicas para a população em geral; estes interesses evidenciaram-se como os mais frequentes entre os conselheiros. O nível mais elevado de representação de interesse correspondeu à posição em defesa da melhoria da saúde da população e o desenvolvimento de políticas de saúde abrangentes. Destaca-se, que os representantes não pautaram sua atuação apenas por um desses tipos, podem ocorrer diferentes manifestações de interesses a depender da circunstância estabelecida.

O posicionamento dos conselheiros foi embasado por duas razões principais: (I) a partir da consciência individual e da própria avaliação do que seria mais adequado para a saúde da população; (II) orientações e bandeiras históricas do segmento ao qual pertence, com pouca liberdade de assumir posicionamentos divergentes das reivindicações da entidade. Esses dois tipos de postura remetem à discussão entre o mandato imperativo e o mandato representativo.

Conclui-se que o mandato imperativo é inapropriado para a representação nos conselhos de saúde e que as dimensões de legitimidade atribuídas à representação eleitoral não são suficientes para conferir representatividade a atuação dos conselheiros. Diante disso, é apontada que a representatividade nas instâncias de participação social é legitimada a partir da confluência entre representação e participação, viabilizada por meio da proximidade entre representantes e representados e da perene participação e mobilização social.

9. Considerações Finais

A construção desse trabalho foi motivada pelo desejo de se conhecer o papel político desempenhado pelo Conselho Estadual de Saúde da Bahia na definição e implementação das políticas de saúde estaduais, bem como as forças e influências que interferem na postura dos conselheiros.

Embora o período do estudo foi delimitado entre os anos de 2003 e 2011, ao analisar os aspectos históricos foi possível identificar que o Conselho de Saúde da Bahia mantém longa tradição de práticas antidemocráticas e diminuto envolvimento dos movimentos sociais e entidades populares. Tais características não podem ser dissociadas dos princípios ideológicos e das práticas de gestão desenvolvidas pelos governos carlistas que comandaram a Bahia durante 16 anos (entre 1990 e 2006), período correspondente à maior parte dos anos de existência do CES/BA. Estão fartamente disseminadas na literatura as práticas autoritárias e antidemocráticas desses sucessivos governos (AVRITZER, 2007; GUIMARÃES, 2003; MILANI, 2007), práticas estas que também se manifestaram na relação com o conselho estadual de saúde.

A própria composição do plenário do CES/BA atesta a pequena importância atribuída às entidades sociais e a excessiva valorização das entidades de mercado. O conselho, desde a sua criação até o ano de 2011, não atendia ao princípio da paridade, com sub-representação dos profissionais de saúde e entidades sociais e populares. Das 12 cadeiras destinadas aos representantes dos usuários, cinco eram ocupadas por entidades de mercado e uma pela assembleia legislativa do estado.

Tais achados suscitam reflexões sobre a necessidade de melhor especificação do que se constitui como representação dos usuários nos conselhos de saúde. Tanto a Lei 8142/90 quanto a Resolução CNS 333/2003 regulamentam que o conselho deve ser composto por 50%

de representantes dos usuários, todavia não estabelecem princípios de como deve ser a distribuição dessas vagas entre os diversos segmentos sociais. Neste sentido, a depender da prática política do gestor e da correlação de forças no território, a representação das entidades sociais e populares pode ser preterida frente aos organismos patronais e de mercado sob o discurso de que perante o SUS todos são usuários. O conselho da Bahia constitui-se em um típico exemplo dessa situação.

Ao assumir o comando estado, em 2007, o governo liderado pelo PT adota o discurso de incentivo a participação popular e valorização dos movimentos sociais. No âmbito do conselho estadual de saúde, se realiza um longo processo de reformulação da estrutura e composição do conselho, com aumento do número total de conselheiros e ampliação na proporção dos representantes populares e entidades sociais.

No que tange ao funcionamento do conselho, observa-se diferenças na comparação entre as duas gestões estudadas. Durante a gestão carlista em nenhum dos anos se realizou as doze reuniões ordinárias previstas; era constante o clima de tensão entre os representantes de governo e os representantes sociais; as falas dos representantes sociais eram rigidamente controladas conforme tempo delimitado no regimento; e foi observada grande quantitativo de deliberações *ad referendum* à plenária do conselho. Tais situações foram pouco observadas durante a gestão petista, que adotou uma linha de diálogo e incentivo a participação social.

Essas diferenças verificadas entre os dois períodos de gestão se coadunam com as observações de Côrtes (2002) de que a disposição das autoridades em incentivar e respeitar a participação popular se constitui em importante variável para ampliar o funcionamento dos espaços participativos.

Por outro lado, a comparação entre as gestões não evidenciou apenas diferenças. Independente da linha ideológica do governo, os representantes dos gestores – nos dois períodos analisados – exerceram rígido controle sobre a agenda de discussão, o que evidencia

a presença de relações assimétricas de poder entre os segmentos que compõem o conselho. Os achados da pesquisa demonstram que o poder de agenda dos trabalhadores e dos representantes sociais é consideravelmente baixo.

Assim, pode-se concluir que o conselho da Bahia vivenciou um processo de democratização limitado e incompleto. Durante a gestão petista, algumas ações desenvolvidas – a exemplo da reestruturação do conselho, do estímulo à maior participação dos movimentos sociais e a condução das reuniões com maior possibilidade de expressão e participação – evidenciam iniciativas em direção a democratização do conselho. Todavia, o rigoroso controle da pauta e da agenda de discussão sinaliza a presença de práticas pouco democráticas em ambos os governos analisados.

Embora o conselho tenha avançado no processo de inclusividade e debate público, o poder dos conselheiros em interferir sobre os rumos da política de saúde não avançou na mesma cadência. Além do controle da pauta, os gestores utilizavam de manobras e artifícios diversos para aprovação das ações e políticas do seu interesse, mesmo diante de forte resistência dos representantes sociais. O processo de aprovação da fundação estatal de direito privado e da PPP constitui-se no mais emblemático exemplo da distinção entre a ampliação do diálogo e a democratização da gestão. Existiu uma clara e explícita rejeição por parte dos movimentos populares e sindicais a esses novos modelos de gestão. No entanto, mesmo que o governo tenha aberto e ampliado o diálogo sobre o tema, manteve postura firme e não reticente em defesa da proposta, aprovando-a, inclusive, com o uso de estratégias considerados antidemocráticos por parte dos representantes sociais.

Nesse sentido, pode-se concluir que a democratização dos conselhos de saúde perpassa não apenas pelo incentivo ao debate, mas, sobretudo pela disposição das autoridades em compartilhar poder e em incorporar ideias e anseios expressos pelos representantes da Sociedade Civil. Tal conclusão guarda semelhança com os pressupostos defendidos por

Serapioni e Duxbury (2012), para os quais a existência e o fortalecimento das instâncias participativas pressupõem a capacidade da Sociedade Civil interferir nos rumos das políticas, mesmo que isso, eventualmente, possa não corresponder aos interesses dos *policy makers*.

Foi possível comprovar que a CIB exerce grande influência na definição da macropolítica de saúde estadual e que o CES/BA acaba por desempenhar papel secundário no processo deliberativo. Como as políticas de saúde, por exigência legal, necessitam ser aprovadas pelos conselhos, no caso da Bahia evidenciou-se que, em muitos momentos, os gestores estaduais e municipais decidiam, no âmbito da CIB, sobre as políticas a serem implementadas e essas decisões eram levadas para que o CES/BA apenas as homologassem. Mesmo que a tramitação no conselho gerasse tensões e questionamentos, de maneira geral, os gestores mantinham-se irredutíveis na defesa das propostas. Sob o discurso da viabilidade técnica ou do risco do estado perder recursos financeiros, as propostas eram sempre aprovadas pelo conselho, que acabava por exercer o mero papel de homologador de decisões definidas externamente.

A grande influência desempenhada pela CIB corrobora a já anunciada existência de relações assimétricas de poder no âmbito do conselho. Nesse sentido, destacam-se a supremacia dos gestores em impor os caminhos a serem seguidos e as fragilidades dos representantes de trabalhadores e segmentos sociais em exercer papel de maior relevo político nas definições inerentes ao sistema de saúde.

A trajetória do estudo também desvelou que no espaço do conselho são reproduzidas disputas de caráter partidário, que envolvem a confrontação pelo comando político do estado ou pela hegemonia de poder no âmbito da própria secretaria estadual de saúde. Os conselheiros estaduais mantêm próximas relações com partidos políticos e centrais sindicais, e estas entidades acabam por direcionar o posicionamento dos conselheiros no plenário no CES/BA. A maioria dos representantes de entidades sociais e de trabalhadores em saúde são

ligados à partidos de esquerda, especialmente PT e PC do B. Assim, as posturas assumidas pelos conselheiros, muitas vezes, são motivadas por questões outras além dos interesses das suas entidades ou de aspectos referentes ao aprimoramento do SUS e das políticas de saúde.

Nos dois períodos analisados, observam-se duas distintas querelas políticas. No governo do PFL/DEM, a disputa entre partidos de direita e de esquerda pelo comando do governo do estado pauta a dinâmica exercida no CES/BA. Neste contexto, o posicionamento dos representantes sociais se baseia na ação contestatória não só referente às políticas de saúde, mas sobre toda a linha de ação assumida pela gestão carlista. Por sua vez, na gestão do PT o plenário do conselho é basicamente formado por segmentos integrantes da base aliada e a disputa em questão ocorre entre as forças internas do governo no intuito de se tentar influir sobre o direcionamento da gestão e por espaço dentro da máquina estatal. Neste momento, revela-se uma velada disputa de espaço entre o PT e o PC do B.

A relação entre governo, conselho de saúde, partidos políticos e movimentos sociais demonstrou-se numa complexa e imbricada rede de articulações e interesses. Os fenômenos da militância múltipla (em que indivíduos militam simultaneamente em diversas entidades como associações, sindicatos, partidos, dentre outros) e do trânsito institucional (quando os indivíduos migram de representantes de movimentos sociais para ocupação de funções dentro do governo, ou vice-versa) desvelam que o posicionamento dos conselheiros de saúde é moldado a partir da interação entre diversas forças e contextos, e que tais posturas nem sempre são coerentes com as expectativas de suas entidades de origem.

Estes fatos remetem à reflexão sobre a representação e representatividade no âmbito do conselho da Bahia. O que se comprovou no estudo foi a existência de fragilidades e distanciamento entre os conselheiros e as bases representadas. Os representantes, em sua maioria, são selecionados por métodos não democráticos; existe uma tendência de

profissionalização dos conselheiros; e os representantes alegam que as entidades não acompanham e não se interessam por sua atuação no conselho.

Não obstante aos problemas encontrados sobre a representatividade dos conselheiros, vale destacar as diferenças existentes entre a representação eleitoral e a representação em instâncias de participação da sociedade. Talvez, uma das principais distorções na análise da representação nos conselhos gestores é se utilizar os critérios procedimentais da democracia liberal – eleições periódicas e regra da maioria – para aferir a representatividade nas instâncias de deliberação pública. A representatividade nos conselhos de políticas públicas pressupõe, sobretudo, a mobilização social e a participação.

A qualidade da representação nas instâncias de participação social é determinada não apenas a partir do critério de escolha do representante, mas, principalmente, pelo grau de comprometimento e participação da sociedade no processo de construção e implementação das políticas. Assim, a representatividade está sempre assegurada onde existe o interesse e a participação daqueles que serão afetados pela política, ao tempo que a representação é sempre questionável em contextos de apatia participativa e insulamento do representante.

Isto porque, os conselhos de saúde não se encontram atomizados da realidade social e refletem, portanto, a prática democrática de cada localidade. Desta forma, os conselhos só conseguem exercer eficazmente o papel de instância democrática, participativa e deliberativa em ambientes onde os valores democráticos são respeitados e valorizados. Esperar dos conselhos um desempenho democrático exemplar em uma atmosfera onde predominam a competição desenfreada, o individualismo e a desvalorização do bem coletivo é acreditar em uma realidade quimérica inatingível. Isto só contribui para o desenvolvimento de expectativas frustrantes e geradoras de descrédito.

Deve-se considerar que a consolidação de valores democráticos é um processo gradual, lento e que exige avaliação e aperfeiçoamento constantes. Esse ideal demanda

mudanças de valores culturais e de práticas enraizadas por longos períodos, difíceis de serem alterados. Os conselhos de saúde, nesse decurso, constituem-se em fecundo instrumento de fomento à prática participativa e à educação cidadã com capacidade de promover em médio e em longo prazo a transformação dos valores antagônicos à democracia.

Por fim, vale destacar que os resultados dessa pesquisa evidenciaram algumas características, a exemplo da interferência dos partidos políticos sobre o posicionamento dos conselheiros, ainda pouco referidas nos estudos sobre os conselhos de saúde. Outros estudos com essa abordagem podem agregar novos saberes e produzir novas evidências empíricas sobre a dinâmica dos conselhos e os fatores que interferem no agir dos representantes.

Além do mais, o cenário estadual ainda é pouco explorado nos estudos sobre participação social em saúde no Brasil. Não obstante as contribuições das pesquisas sobre os conselhos de saúde dos municípios, a dinâmica das relações e as responsabilidades inerentes aos conselhos estaduais se diferem sobremaneira dos fóruns municipais, o que também suscita a realização de novas pesquisas sobre a esfera estadual com o propósito de aprimorar a participação no SUS e nesse âmbito da gestão.

REFERÊNCIAS

ABELSON, J. et al. Does deliberation make a difference? Results from a citizens panel study of health goals priority setting. **Health Policy**, v. 66, n. 1, p. 95-106, 2003.

ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ALMEIDA, C. Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M.L.W. **A Miragem da Pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto de globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ARAÚJO, C. Razão pública, bem comum e decisão democrática. In: COELHO, V. S. P. e NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

ARENDT, H. **Sobre a Violência**. Rio de Janeiro: Relume-Demurá, 1994.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Editora, 2007.

AVRITZER, L. A Participação Social no Nordeste. In: AVRITZER, L (org). **A Participação Social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007a.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados**, v. 50, n.3, p.443-464, 2007b.

AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região nordeste. In: FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

BAHIA. Lei Estadual 6074/91. **Diário Oficial do Estado da Bahia**. 23 de maio de 1991. Salvador, 1991.

BAHIA. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 01/1993. **Regimento Interno do CI Bahia**. Salvador: (mimeo), 1993.

BAHIA. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 02/2005. **Regimento Interno do CES - Bahia**. Salvador: (mimeo), 2005.

BAHIA. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 13/2008. **Aprova proposta de projeto de lei que delibera sobre a reestruturação do Conselho Estadual de Saúde a ser encaminhado à Assembleia Legislativa**. Salvador: (mimeo), 2008a.

BAHIA. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 14/2008. **Regimento Interno do CES - Bahia**. Salvador: (mimeo), 2008b.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **FESFSUS: Fundação Estatal de Saúde da Família**. Salvador: SESAB/FESFSUS, 2009.

BAHIA. Lei Estadual 12.053/2011, de 07 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a estrutura do Conselho Estadual de Saúde da Bahia e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**. 08 de janeiro de 2011.

BAHIA. Projeto Hospital do Subúrbio. Disponível em http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm. Acesso em 20 de setembro de 2012a.

BAHIA. Saúde Tem Remédio - Hospital do Subúrbio. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3935:a-saude-tem-remedio-revista-exame&catid=48:saladeimprensa&Itemid=25> . Acesso em 20 de setembro de 2012b.

BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: FLEURY, S; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p.7-16, 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, n.6, p. 403-409, 2008.

BOBBIO, N. MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 12ª ed. Brasília: Editora da UNB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2002.

BOBBIO, N. **O Futuro da Democracia**. 11ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

BORON, A. A. **Filosofia política marxista**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal n.º. 8.080 -19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 19 de set de 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal nº. 8142 –28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 28 de dez de 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 1996**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333 de 04 de novembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Lei Federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 25 de ago de 2011.

BRONFMAN, M. CARNEVALE, C.H. Descentralización y Participación en Salud: nuevos aportes para la discusión. In: BRICEÑO-LEÓN, R; MINAYO, M.C.S; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. (coord). **Salud e Equidad: uma mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COELHO, V.S. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V. S. P; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

CÔRTEZ, S MV. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, v.7, p.18-49, 2002.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Org.).

Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

CÔRTEZ, S.V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: CÔRTEZ, S.V. (org) **Participação e Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CÔRTEZ, S.V. et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CÔRTEZ, S.V. (org) **Participação e Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CUNHA, E.S.M. A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e de Criança e Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L (org). **A Participação Social no Nordeste.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

DAHL, R. **Sobre a democracia.** Brasília: UNB, 2009.

DAHL, R. **Poliarquia:** participação e oposição. São Paulo: Edusp, 2005.

DELGADO, M; ESCOREL,S. Ensaio sobre a Resolução 333 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 43, p.79-95, 2008.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DEMO, P. **Participação é conquista.** São Paulo: Cortez, 2001.

DRYZEC, J. S. Legitimidade e economia na democracia deliberativa. In: COELHO, V. S. P; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

ESCOREL, S. DELGADO, M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: as singularidades e similaridades no controle social. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 43, p.62-78, 2008.

ESCOREL, S; MOREIRA, M.R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FEDOZZI, L. J. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In: FLEURY, S; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FLEURY, S. Reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.307-9, 2007.

FLICK, U. **Qualidade na Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, U. **Desenho na Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009b.

GALLEGOS, F. R. Sociedad Civil, participación y democracia em el nuevo contexto político latinoamericano. In: FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.6, p. 1670-41, 2004b.

GERSCHMAN, S; VIANA, A.L.D'A. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA N.T, *et al* (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 129-53, 1990

GOHN, M.G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. V. 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GUIMARÃES, M.C.L. Processo decisório e conflitos de interesse na implementação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas da Bahia. **Caderno CRH**, n. 39, p. 105-32, 2003.

GUIZARDI, F.L; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p.797-805, 2006.

HABERMAS J. **A Inclusão do outro: estudos de teoria política**. São Paulo: Loyola, 2002.

KINZO, M.D.G. Partidos, Eleições e Democracia no Brasil Pós-1985. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 54, p.23-41, 2004.

LABRA, M.E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA N.T, et al (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LABRA, M.E. Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidade e paradoxos do controle social. In: UGÁ, M.A.D. et al. (org). **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

LAVALLE, A. G; HOUTZAGER, P. P; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.67, p.49-103, 2006.

LIJPHART, A. **Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

LOTUFO, M; MIRANDA, A.S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **RAP- Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 6, p. 1143-63, 2007.

LÜCHMANN, L.H.H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.70, p.139-70, 2007.

MACHADO, C. V. et al. Política de Saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças. **Revista de Política Planejamento e Gestão em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 11-31, 2010.

MANIN, B. **Principles of Representative Government**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

MANIN, B.; PRZEWORSKI, A.; STOKES, S. C. Eleições e representação. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n.67,p. 105-38, 2006.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p. 105-121, 2008.

MILANI, C.R.S. Participação Social e Ação Pública Local na Bahia. In: AVRITZER, L (org). **A Participação Social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A. S. Processo decisório em comissões intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. **Revista de Política Planejamento e Gestão em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 117-39, 2010.

MISCHE, A. De estudantes à cidadãos: redes de jovens e participação política. **Revista Brasileira de Educação**, n. 5/6, p. 134-50, 1997.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.3, p. 795-806, 2009.

NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

ORLANDI, E.P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas de discurso**. 5ª ed. Campinas: Pontes, 2009a.

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso**. 8ª ed. Campinas: Pontes, 2009b.

PECHEUX, M. **O Discurso**. 5ª ed. Campinas: Pontes, 2009.

PELLEGRINI, B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 02, p. 325-33, 2007.

PEREIRA, E.O; CÔRTEZ, S.V; BARCELOS, M. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: histórico, funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEZ, S.V. (org) **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PITKIN, H.F. **The Concept of Representation**. Los Angeles: Califórnia Universit, 1978.

RAMOS, G.S. Participación social en el campo de la salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, v.30, n.3, 2004.

REIS, F.W. Deliberação, Interesses e Sociedade Civil. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

RIO DE JANEIRO. Conselho Estadual de Saúde. Composição do Conselho Estadual: colegiado pleno. Disponível em < <http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/colegiado-pleno.html> >. Acesso em 27 de agosto de 2012.

SALES, T. Raízes da desigualdades social na cultura política brasileira. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.9, n.25, p.27-37, 1994.

SANTOS, B. S; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SARTORI, G. **A teoria da democracia revisitada: o debate contemporâneo**. São Paulo: Editora Ática, 1994.

SCHUMPETER, J. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Jorge Zahar, 1984.

SEMERARO, G. Da libertação à hegemonia: Freire e Gramsci no processo de democratização do Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v.29, p.95-104, 2007.

SERAPIONI, M; DUXBURY, N. Citizens' participation in the Italian health-care system: the experience of the Mixed Advisory Committees. **Health Expectations**, (Epub ahead of print), 2012.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.11, p. 2411-21, 2006.

SILVA, I.F; LABRA, M.E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 161-70, 2001.

SILVA, M.K. et al. A Dinâmica das Relações Sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: CÔRTEZ, S.V. (org) **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SILVA, M.K; OLIVEIRA, G.L. A face oculta(da) dos movimentos sociais: trânsito institucional e intersecção Estado-Movimento – uma análise do movimento de Economia Solidária do Rio Grande do Sul. **Sociologias**, v. 13, n. 28, p. 86-124, 2011.

SILVEIRA, H.F.R. Um estudo do poder na sociedade da Informação. **Ciência da Informação**, v.29, n.3, p.79-90, 2000.

SOARES DO BEM, A. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o Estado e sociedade brasileira nos Séculos XIX e XX. **Educação & Sociedade**, v. 27, n. 97, p. 1137 – 57, 2006.

SOLLA, J.J.S.P; PINTO, H.A. Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010.

SOLLA, J.J.S.P; SOUZA, M.C.D. A primeira parceria público-privada em saúde do Brasil. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2010.

SOUZA, C. Coalizões Eleitorais e Ajuste Fiscal nos Estados Brasileiros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 63, p.31-53, 2007.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médias; Abrasco: 1992.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação**: o caso da saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995.

TOURAINÉ, A. **O que é Democracia?** Petrópolis: Vozes, 1996.

TRIVIÑOS, N.A.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

UGARTE, P. S. Que participação para qual democracia. In: COELHO, V. S. P; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

URBINATI, N. O que torna a representação democrática? **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, n.67, p. 191-228, 2006.

VIANNA, M.L.W. Política *versus* Economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e Estado de Bem-Estar. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M.L.W. **A Miragem da Pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto de globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

VITA, Á. Democracia deliberativa ou igualdade de oportunidades políticas? In: COELHO, V. S. P; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

WAMPLER, B; AVRITZER, L. Públicos Participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: COELHO, V.S.P; NOBRE, M. **Participação e Deliberação**:

teroria democrática e experiências institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Vol I. 4ª Edição, reimpressão. Brasília: Editora UNB, 2009a.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Vol II. 4ª Edição, reimpressão. Brasília: Editora UNB, 2009b.

WERLE, D. L. Democracia deliberativa e os limites da razão pública. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

WOOD, E. M. **Democracia contra o capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXOS

E

APÊNDICES

ANEXO A

Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

- Fale-me um pouco como funciona o Conselho Estadual de Saúde.
- Para você, qual é o papel do Conselho Estadual de Saúde. Como ele pode contribuir para a melhoria da saúde no estado?
- Fale-me um pouco de você. Que segmento você representa e como que se dá sua participação no conselho.
- Como você foi escolhido na sua entidade para representá-la no CES-BA?
- Existe alguma discussão entre você e a entidade que você representa sobre os assuntos que são tratados no conselho?
- Normalmente, em que você se baseia para definir suas posturas e posicionamentos aqui no conselho?
- Existe capacitação para os conselheiros de saúde? Você participam de cursos, palestras, ou treinamentos? Fale-me sobre isso.
- Como se dá o relacionamento dos representantes dos gestores com os demais segmentos?
- Fale-me um pouco como são organizadas e conduzidas as reuniões do Conselho Estadual de Saúde. Você considera que todos têm possibilidade de se expressar?

- Para você, as opiniões dos conselheiros são levados em consideração nas deliberações do conselho? Busca-se valorizar e analisar as opiniões de todos?
- Como é definida a pauta da reunião, todos podem inserir assuntos? Você se sente contemplado com os assuntos discutidos?
- Como você avalia o poder de influência do conselho na definição e condução das políticas de saúde do estado?
- O gestor ele sempre homologa e implementa as decisões do conselho?
- Fale-me um pouco como se dão as relações entre os conselheiros? Você vê as relações de maneira amistosa ou conflituosa? Fale-me um pouco sobre isso.
- E as articulações, como se dão as articulações aqui no conselho? Existem alianças entre conselheiros de segmentos diferentes? Quais os interesses ou motivos que definem essas alianças?
- E na discussão e aprovação de assuntos polêmicos, como são conduzidas essas reuniões?
- Na sua opinião há manipulação ou cooptação dentro do conselho? Fale-me sobre isso.
- Em sua opinião, os conselheiros mantêm uma postura firme e independente em defesa dos interesses de duas entidades?
- E depois de aprovadas as questões aqui nas reuniões, o conselho acompanha a implantação e desenvolvimento das políticas? Nas reuniões do conselho são cobrados ou discutidos o andamento das políticas aprovadas?

- Como se dá a relação do conselho com a sociedade? Em sua opinião, o conselho se articula com outras entidades, com conselhos municipais ou com outros segmentos da sociedade para discutir e acompanhar as políticas?
- Tem mais alguma coisa importante ou que você queria destacar que não foi tratado nessa entrevista? Por favor, fique a vontade para falar.

ANEXO B

Roteiro da Observação das Reuniões do Conselho

- Identificação dos conselheiros e segmentos a que pertencem.
- Local e logística das Reuniões do Conselho. A reunião acontece em local apropriado que possibilita a participação de todos os interessados? O formato da reunião incentiva ou possibilita a livre expressão dos conselheiros?
- Quem preside as reuniões do conselho?
- Existe secretaria executiva ou secretaria *ad hoc* do conselho?
- Como é o trabalho e participação das comissões?
- Quais representantes participam mais ativamente das discussões do conselho?
- Qual a natureza do conteúdo das pautas das reuniões? São assuntos pró-ativos, a exemplo de discussão de políticas, ou assuntos re-ativos, de ações já executadas ou queixas sobre funcionamento de serviços?
- Quais os critérios de definição das pautas das reuniões?

- O Conselho discute questões mais amplas como os determinantes sociais em saúde ou se restringi as ações assistenciais de saúde?
- Busca-se valorizar ou incorporar as opiniões e propostas de todos os conselheiros?
- Qual a natureza das relações estabelecidas (conflituosa, harmoniosa, desconfiança, descrédito)?
- Como os atores se articulam entre si pra defesa dos seus interesses?
- Observa-se iniciativas de cooptação ou assédio político no conselho?

ANEXO C



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Participação Social e Relações de Poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Nessa investigação científica buscamos compreender a organização e funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, assim como identificar as relações de poder estabelecidas e os arranjos para o processo de tomada de decisão. Esse estudo tem o propósito de contribuir com a participação social no SUS e o aprimoramento dos conselhos de saúde, especialmente os conselhos estaduais. A fim de subsidiar a pesquisa serão realizadas entrevistas com conselheiros estaduais de saúde, profissionais de saúde e gestores, nas quais se abordarão assuntos pertinentes ao próprio conselho. Assim gostaria de contar com a sua colaboração, em fazer parte dessa pesquisa permitindo-me entrevistá-lo(a). O tempo estimado para duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Esta entrevista deve ser gravada e posteriormente transcrita para procedermos com a análise. Assim, solicito sua autorização para gravar essa entrevista. Gostaria de informá-lo(a) que seus dados e informações pessoais serão mantidos em absoluto sigilo e que em hipótese nenhuma, em qualquer fase da pesquisa, o Sr(a) será identificado(a). Destaco, que as informações prestadas pelo Sr(a) serão de grande importância para ajudar-nos na análise das questões referentes ao Conselho Estadual de Saúde. Os possíveis riscos da pesquisa estão relacionados à não garantia do anonimato e aos constrangimentos de algumas questões a serem respondidas pelo Sr.(a). No que se refere aos benefícios, o Sr.(a) não terá nenhum benefício pessoal direto com os resultados da pesquisa, o estudo poderá propiciar resultados indiretos para o Sr.(a), na medida em que poderá contribuir para a melhoria e o fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde, melhoria na organização dos serviços e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esclareço que sua participação é decorrente de sua livre decisão e o Sr(a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que isso lhe trague qualquer dano ou constrangimento. Na qualidade de participante voluntário, o Sr(a) não receberá nenhuma espécie de pagamento por sua participação.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Se



Comitê de Ética em Pesquisa

Essa pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. (CEP-ENSP/FIOCRUZ). Endereço e telefone: R- Leopoldo Bulhões, nº. 1480 – Térreo. Manguinhos, Rio de Janeiro , RJ. Tel. 2598-2863

Se necessário, o Sr.(a) pode entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa.

- José Patrício Bispo Júnior (pesquisador). Tel- (77) 8837 3087.

Endereço: Av. Rio de Contas, n.58, Vitória da Conquista - BA.

- Silvia Gerschman (coordenadora e orientadora da pesquisa) Tel- (21)

2598 2605 (FIOCRUZ) / 8171-7317. Endereço- R- Leopoldo Bulhões, n.1480, Manguinhos. ENSP-FIOCRUZ. Rio de Janeiro – RJ.

Coordenador da Pesquisa

Tendo sido devidamente informado sobre os objetivos, riscos, e benefícios de minha participação na pesquisa a “Participação Social e Relações de Poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia”, concordo em participar da mesma.

Salvador, ____ de _____ de 201__.

Participante

APÊNDICE A



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Conselho Estadual de Saúde da Bahia

Salvador, 07 de junho de 2011
Ofício Externo nº. 26/2011

Dra. Silvia Gerschman
Pesquisadora do DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Prezada Senhora.

Informamos à V. Sa., que o pesquisador José Patrício Bispo Júnior está autorizado a fazer a sua pesquisa neste Conselho Estadual de Saúde, inclusive o mesmo participou da 176ª Reunião Ordinária deste Conselho do dia 26 de maio de 2011, bem como fez uma visita técnica em nossas instalações onde foram disponibilizados documentos por ele solicitado.

Atenciosamente,


Elisabete Lima de Moraes
Coordenadora do CES

APÊNDICE B



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 18 de julho de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 152/11
CAAE: 0165.0.031.000-11

Título do Projeto: “Participação Social e Relações de Poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisador Responsável: José Patrício Bispo Júnior

Orientadora: Sílvia Gerschman

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

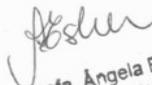
Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 06 / 2011

Data de apreciação: 06 / 07 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP