



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ANDREA LAIS SANTOS E SANTOS

Democracia e relações de poder em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste, no
período de 2012 a 2018

Feira de Santana
2021

ANDREA LAIS SANTOS E SANTOS

Democracia e relações de poder em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste, no
período de 2012 a 2018

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC-UEFS), como requisito para Título de Mestre em Saúde Coletiva, com área de concentração em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Coorientadora: Clara Aleida Prada Sanabria

**Feira de Santana
2021**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARCCA	Arte Comunicação Cultura e Acessibilidade de Pessoa com Deficiência
ABADFAL	Associação Baiana das Pessoas com Doença Falciforme
ABADEF	Associação Baiana de Deficientes Físicos
APALBA	Associação das Pessoas com Albinismo na Bahia
AHSEB	Associação de Hospitais e Serviços de Saúde da Bahia
APALBA	Associação de Pessoas com Albinismo na Bahia
ASAP/CAP	Associação dos servidores aposentados e pensionistas da previdência federal na Bahia
AMEA	Associação Metamorfose Ambulante
AFOSHACCLASS	Associação, habitacional, esporte, cultura, lazer e formação
BA	profissionalizante dos trabalhadores no ramo da seguridade social
CTB	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Bahia
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CAP DEVER	Centro afro de promoção e defesa da vida padre Ezequiel Ramin
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEAPLER	Centro de Estudo, Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/DORT
CIES	Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIST	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CRM-RJ	Conselho de Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CES-MT	Conselho Estadual de Mato Grosso
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES-BA	Conselho Estadual de Saúde da Bahia
CES-RJ	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CREMEB	Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia

CROBA	Conselho Regional de Odontologia da Bahia
CF	Constituição Federal
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEBACS	Federação Baiana dos Agentes de Saúde
FEAPAES BA	Federação das Apaes do Estado da Bahia
FIEB	Federação das Indústrias do Estado da Bahia
FESFBA	Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado da Bahia
FEEB	Federação Espírita do Estado da Bahia
FATEG-BA	Federações de trabalhadores na agricultura
HEMOBA	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids da Bahia
GVV	Grupo Vontade de Viver
GT	Grupos de Trabalho
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, "queer" (quem transita entre as noções de gênero), intersexo, assexuais e outras variações (representadas pelo +)
MS	Ministério da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
NOB	Normas Operacionais Básicas
NASPEC	Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer
PPP	Parceria Público Privada
PCCV	Plano de cargo, carreira e vencimento

PES	Plano Estadual de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNP BA	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SINDIACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Sul e Extremo Sul da Bahia
SINDACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as Endemias
SESB	Sindicato dos Bancários da Bahia
SEEB	Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia
SINDMED	Sindicato dos Médicos do estado da Bahia
SINTESF	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Estado da Bahia
SINDSAÚDE	Sindicato dos trabalhadores em saúde do estado da Bahia
SINDPREV	Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Trabalho e Previdência
SINDHOSBA	Sindicatos dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Bahia
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
SUS	Sistema Único de Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SUPERH	Superintendência de Recursos Humanos
UGT	União Geral dos Trabalhadores
UCSAL	Universidade católica do Salvador
UNEB	Universidade Estadual da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Detalhamento da categoria poder e conceitos
QUADRO 2	Organização dos dados coletados nas Atas do CES-BA disponíveis e gratuitos
QUADRO 3	Detalhamento dos objetivos específicos, perguntas de investigação, questões norteadoras e fonte para levantamento de dados
QUADRO 4	Detalhamento das falas por objetivo do estudo, pergunta de investigação, categorias, biênio e achados.
QUADRO 5	Detalhamento dos biênios segundo número de atas de reunião ordinária do CES-BA
QUADRO 6	Detalhamento das entidades representantes do CES-BA por segmento
QUADRO 7	Detalhamento das entidades por segmento do CES-BA, nos três biênios
QUADRO 8	Detalhamento dos biênios segundo número de atas de reunião ordinária do CES-BA
QUADRO 9	Descrição das pautas do CES-BA segundo ano e ata do primeiro biênio
QUADRO 10	Descrição das pautas do CES-BA segundo ano e ata do segundo biênio
QUADRO 11	Descrição das pautas do CES-BA segundo ano e ata do terceiro biênio

LISTA DE TABELA

TABELA 1	Detalhamento de temas solicitados e efetivados por segmento e entidade durante o primeiro biênio do CES-BA, 2012-2014
TABELA 2	Detalhamento de temas solicitados e efetivados por segmento e entidade durante o segundo biênio do CES-BA, 2014-2016
TABELA 3	Detalhamento de temas solicitados e efetivados por segmento e entidade durante o terceiro biênio do CES-BA, 2016-2018

LISTA DE FIGURA

- FIGURA 1 Representação do Modelo Teórico do projeto de pesquisa.
- FIGURA 2 Detalhamento da Nuvem de palavras nas falas de encaminhamento e/ou propostas do segmento Prestador do CES-BA, no primeiro biênio
- FIGURA 3 Detalhamento da Nuvem de palavras nas falas de encaminhamento e/ou propostas do segmento Usuários do CES-BA, no primeiro biênio

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 Distribuição do número de encaminhamentos e propostas segundo segmento do CES-BA, por ata do primeiro biênio
- GRÁFICO 2 Número de propostas, encaminhamentos e propostas não encaminhadas, por segmento, do primeiro biênio do CES-BA
- GRÁFICO 3 Distribuição do número de encaminhamentos e propostas segundo segmento do CES-BA, por ata do segundo biênio
- GRÁFICO 4 Número de propostas, encaminhamentos e propostas não encaminhadas, por segmento, do segundo biênio do CES-BA
- GRÁFICO 5 Distribuição do número de encaminhamentos e propostas segundo segmento do CES-BA, por ata do terceiro biênio
- GRÁFICO 6 Número de propostas, encaminhamentos e propostas não encaminhadas, por segmento, do terceiro biênio do CES-BA
- GRÁFICO 7 Número de pautas segundo tipo de tema, no primeiro biênio do CES-BA, 2012 a 2014
- GRÁFICO 8 Número de pautas segundo tipo de tema, no segundo biênio do CES-BA, 2014 a 2016.
- GRÁFICO 9 Número de pautas segundo tipo de tema, no terceiro biênio do CES-BA, 2016 a 2018

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO.....	19
3 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	20
3.1 OBJETIVO GERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1 ESTADO	22
4.1.1 Concepções de Estado	22
4.1.2 As formas de Estado	25
4.1.3 Estado, Sociedade Civil e Governo	29
4.2 DEMOCRACIA	32
4.2.1 Processo histórico da formação de Estado democrático no Brasil até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	37
4.2.2 Participação Social	43
4.3 PODER	46
4.3.1 Poder político.....	48
4.3.2 Poder técnico	49
4.3.3 Poder administrativo.....	50
4.3.4 Poder econômico	51
5. METODOLOGIA.....	53
5.1 TIPO DE ESTUDO	53
5.2 CAMPO DE ESTUDO E PERÍODO DA PESQUISA	53
5.3 TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	54
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	58
6. RESULTADOS	59
Representação e poder em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste em três biênios, de 2012 a 2018.....	59
Manutenção do <i>status quo</i> ou a favor da coletividade: temas deliberados e pautados em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste em três biênios, de 2012 a 2018.....	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS	129

AGRADECIMENTOS

A Deus meu guia e minha força.

À mainha, Rose Mary que foi a minha primeira professora, que me ensinou a dar os primeiros passos, que é a minha amiga e a mulher mais forte e incentivadora que conheço.

A meu pai André Luiz por me ensinar ao meio da tempestade.

À minha orientadora do coração Thereza Christina que com todo conhecimento, paciência e dedicação conseguiu me ensinar e me envolver ainda mais na Saúde Coletiva.

À minha coorientadora Clara Prada que aceitou fazer parte da minha jornada, contribuiu e confiou no meu trabalho.

Aos meus irmãos Amanda Letícia e Anderson Luiz por confiar na pessoa que eu sou.

À Laura, minha sobrinha e meu estímulo para sorrir.

Ao meu padrinho Alney Barbosa que com o seu “ser professor” me incentiva cada dia.

Às minhas amigas Adriele Oliveira e Carla Lima, que compartilharam o mesmo espaço de moradia, sorrisos e afeto em Feira de Santana.

Às minhas amigas “do mestrado para a vida” Jéssica Vieira e Rafaela Dantas que juntas trilhamos um caminho de cumplicidade, desespero e amor.

Aos meus eternos professores e amigos do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual de Feira de Santana que me mostraram que a Saúde Coletiva vai além das nossas expectativas.

E, por fim a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES que contribuiu no meu processo formativo enquanto bolsista de pós-graduação.

*[...] Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente [...]*

Tocando em Frente - Almir Sater e Renato Teixeira

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar o exercício da democracia e as relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), no período de 2012 a 2018. Para isso, buscou-se descrever os temas e interesses pautados nas reuniões do CES-BA, e analisar o exercício da democracia entre os três segmentos e entidades que o compõe. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, baseado em documentos técnicos e normativos do CES-BA: atas de reuniões ordinárias, regimentos, pautas e Leis. Para isso, foi realizado Análise de Conteúdo (AC) à luz das categorias analíticas: Estado, sociedade civil, Poder e democracia, mediante plano metodológico e quadro analítico, fundamentados no referencial teórico. Os resultados encontrados permitiram identificar que o exercício da democracia em um micro espaço apresentou disputade poder entre os membros que, teoricamente, devem cumprir o papel de fiscalização e de compromisso com a política de saúde. Seus membros, por vezes, apontaram interesses individuais e não em defesa da democracia pautada pelo SUS. Assim, a disputa de poder na arena das reuniões apontou a intenção e o poder do estado em manter o Conselho de Saúde como meramente consultivo, como espaço de suas apresentações para desencadear ações pensadas pelos mesmos. Apenas em poucos momentos alguns dos membros, essencialmente Trabalhadores e Usuários, foram de encontro ao poder do estado. Dentre às categorias analisadas, a democracia representativa presente no CES-BA apontou dominação de poder de representantes que assumem diversas cadeiras no CES-BA e que permanecem por um longo período. A categoria “poder” foi identificada com maior frequência no segmento Gestor e Prestador, com elevados encaminhamentos, efetivação de propostas e deliberações. As limitações encontradas apontam que a escrita das atas de reunião não apresentavam critério metodológico, e eram elaboradas pelo membro da Comissão (secretário executivo), que, conseqüentemente pode faltar ou instigar determinadas situações. Outra limitação encontrada pautou-se nas entrevistas semiestruturadas com os participantes chaves, que devido à pandemia da COVID-19 foi descartada. Importante mencionar que neste estudo não foi possível realizar articulação com a conjuntura nacional, considerando o objetivo e o tempo hábil do estudo. Assim, faz-se necessário continuidade do estudo de modo que seja possível realizar análise de conjuntura do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, para que seja possível identificar os fatores e causas que determinam a manutenção do poder do estado com característica superior aos membros que compõem o Conselho de Saúde.

Palavras- chave: Democracia; Conselho de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The research aimed to analyze the exercise of democracy and power relations in the Bahia State Health Council, in the period from 2012 to 2018. To this end, we sought to describe the themes and interests discussed in the meetings of the Bahia State Health Council, and analyze the exercise of democracy among the three segments and entities that compose it. This is a case study of descriptive and exploratory type, qualitative in nature, based on technical and normative documents of the Bahia State Health Council: minutes of ordinary meetings, bylaws, agendas, and Laws. For this, it was performed a Content Analysis in the light of the analytical categories: State, civil society, Power and democracy, through a methodological plan and analytical framework, based on the theoretical framework. The results found allowed us to identify that the exercise of democracy in a micro space presented a dispute of power among the members who, theoretically, should fulfill the role of inspection and commitment to health policy. Its members sometimes pointed out individual interests and not in defense of the democracy guided by SUS. Thus, the power dispute in the arena of the meetings pointed out the intention and the power of the state in maintaining the Health Council as merely consultative, as a space for their presentations to trigger actions thought by them. Only in a few moments some of the members, essentially Workers and Users, went against the power of the state. Among the categories analyzed, representative democracy present in the Bahia State Health Council pointed to the power domination of representatives who assume several seats in the Bahia State Health Council and remain there for a long period of time. The category "power" was identified with greater frequency in the Manager and Provider segment, with high levels of referrals, effectiveness of proposals, and deliberations. The limitations found point out that the writing of the meeting minutes did not present methodological criteria, and were prepared by the Commission member (executive secretary), who, consequently, may miss or instigate certain situations. Another limitation found was in the semi-structured interviews with key participants, which due to the COVID-19 pandemic were discarded. It is important to mention that in this study it was not possible to articulate the national context, considering the objective and the time frame of the study. Thus, it is necessary to continue the study so that it is possible to analyze the conjuncture of the State Health Council of Bahia, in order to identify the factors and causes that determine the maintenance of the power of the state with a superior characteristic to the members that compose the Health Council.

Key-words: Democracy; Health Council; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, não foi uma conquista simples e, sim, travada por lutas sociais e de poder, representada pela participação da sociedade civil, enquanto organização de posições coletivas atuantes na luta de classes, oprimida pelos interesses da classe dominante que por sua vez tem se organizado mais e melhor.

Desde o fim do regime civil-militar (1964-1985), o sistema de saúde brasileiro foi pauta nas discussões e lutas sociais para a conquista e a garantia do direito: o direito à saúde pública de qualidade para todos os cidadãos.

Antes da década de 1980, a assistência à saúde ficava limitada a grupos específicos. Assim, o acesso era restrito às camadas sociais com poder econômico elevado e aos trabalhadores que a custeavam através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), esvaziado após a criação de duas autarquias vinculadas ao novo Ministério da Previdência: o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que assumiu as funções de atenção à saúde; e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Desta forma, o direito à saúde não estava aberto para toda a população brasileira e as ações de saúde eram permeadas apenas para prevenção de algumas patologias, em geral, transmissíveis, e eliminação de doenças, respondendo aos interesses de manutenção do *status quo* centrado no poder médico, higienista, bem como no poder político e econômicos da época (ESCOREL, 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

As décadas de 1970 e 1980 do século XX foram fundamentais para a ampliação da participação social, marcadas por efervescência de lutas, reivindicações de direitos e conquistas no Brasil e pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Tal movimento foi impulsionado pela criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e pela participação dos trabalhadores, estudantes, profissionais de saúde, movimentos populares, sindicatos e grupos sociais que questionavam a opressão do Estado e a ausência de direitos, mas também atores políticos e gestores como os secretários de saúde do nordeste (PAIM, 2008; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Sendo assim, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), movimento importante para as lutas e conquistas sociais, fruto das indignações decorrentes do agravamento da situação de saúde durante o regime civil-militar e do próprio autoritarismo, surge por meio de uma ideia, presente no editorial da revista Saúde e Debate, em 1977, desenvolve-se enquanto proposta e projeto, e tem como marco processual a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 (PAIM, 2008). Neste momento, pôde-se perceber maior participação da sociedade com discussões acerca do sistema de saúde brasileiro em prol da saúde universal

As propostas da 8ª CNS resultaram, posteriormente, na criação do SUS, que tem como princípios a universalidade, a igualdade, a integralidade e a participação social, garantido no artigo 198 na Constituição Federal (CF) de 1988 para toda população brasileira (BRASIL, 1988).

Passados dois anos após a publicação da CF de 1988, foram promulgadas duas leis importantes que marcaram a participação da comunidade no SUS: Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), chamada de Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b) ambas publicadas em 1990. Esta última regulamentou a participação em duas instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Assim, esses espaços legalmente instituídos são fundamentais para exercício da democracia no âmbito da saúde.

A partir da década de 1990, com os estudos científicos sobre a participação da sociedade civil no processo de tomada de decisão na área da saúde, a categoria “participação da comunidade” começou a ser modificada no campo acadêmico. Esta se referia a setores sociais excluídos, daí ter sido substituída gradativamente por “participação popular” e, depois, por “participação social” que é uma forma mais ampliada e reconhece os diversos interesses sociais e projetos existentes (SCOREL; MOREIRA, 2012). Contudo, o termo “participação social” não está descrito na CF de 1988, na Lei Orgânica da Saúde e na Lei 8.142/1990, permanecendo assim a nomenclatura “participação da comunidade”.

A discussão teórica em torno dessas categorias baseia-se nas ideias liberais e marxistas, que consideram a categoria participação social como “a base constitutiva da democracia” (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 859). Nesse sentido, os termos “participação” e “democracia” são categorias guarda-chuva, abertas a múltiplos conceitos.

Desse modo, a participação social para o exercício da democracia no SUS contribui no processo de tomada de decisão das políticas de saúde através dos espaços colegiados (conselhos de saúde e conferências). Contudo, esses espaços não são as únicas possibilidades

da participação da sociedade, mas são formas de garantir o controle social, ampliando a democratização na definição e controle das políticas de saúde como dever do Estado (BRASIL, 2014), bem como na fiscalização dos recursos públicos (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

O controle social é garantido pelo Estado para que os cidadãos atuem de forma mais efetiva da gestão do SUS, participando do processo de planejamento das políticas públicas, da fiscalização das ações do governo, controlando o cumprimento das leis estabelecidas, entre outras (BRASIL, 2014; ESCOREL; MOREIRA, 2012). O que antes não acontecia, pois, a saúde era restrita a grupos específicos e sem a voz da população.

Conforme estabelecido na Lei 8.142/90 em seu no Art. 1º, § 2º (BRASIL, 1990b, p. 2), o Conselho de Saúde “é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente”. Então, este se constitui como um espaço democrático garantido legalmente para que seus representantes levem os problemas e as necessidades de saúde da população a favor do bem comum.

Nesse sentido, o Conselho enquanto um espaço político que contribui para as demandas sociais deve atuar como contra hegemônico, dedicando seus interesses de forma coletiva. Sendo assim, este espaço pode estar a favor ou contra as necessidades demandadas pela população, isso dependerá de como ocorre a atuação dos representantes. As questões que se coloca para reflexão, são: o Conselho tem cumprido com suas funções constitucionais? Tem atuado em favor da sociedade, ou não? Em que circunstâncias?

Após a promulgação das Leis, a incorporação dos conselhos nos estados brasileiros passou a ser cumprida. Mas isso se deu para que houvesse participação social nos estados? ou apenas para cumprir as novas regras? ou, ainda, para garantia dos recursos financeiros?

Estas são questões que suscitaram muitos estudos, desde o início da implantação dos conselhos, que, a rigor, foram se efetivando a partir das Normas Operacionais Básicas - NOB 93 e 96, que condicionaram o repasse financeiro a estados e municípios à existência dos conselhos, de um fundo (conta bancária gerida pelo conselho) e da realização das conferências de saúde quadrienais (BRASIL, 1993; 1996).

Paiva, Stralen e Costa (2014) fizeram uma revisão sistemática sobre a participação social em saúde, no Brasil e encontraram que todos os estudos sobre conselhos de saúde, nas bases pesquisadas ocorreram após 2000 e isto se devia ao fato da inovação política, cultural

e institucional que representavam, questão essa já trazida por Martins et al. (2008). Esses últimos autores preocuparam-se a exclusão de atores sociais importantes da arena das decisões que contribuíam para sua marginalização e manutenção das desigualdades sociais com impactos na saúde.

Figueiredo (2001) realizou um estudo sobre o Conselho de Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RM-RJ), discutiu sobre cultura cívica, associativismo e capital social, com os representantes do segmento de usuário. Foi evidenciado que o conselho de saúde contribuiu para a formação cívica dos conselheiros e o nível de conflito entre os representantes dos usuários foi menor que nos demais segmentos (gestor e trabalhador).

O estudo de Carvalho (2017, p. 82), no CES de São Paulo, buscou compreender o discurso dos conselheiros sobre o direito à saúde visando identificar se o discurso estava voltado ao modelo hegemônico de manutenção e reprodução do *status quo* ou contra hegemônico, e recomendou que a participação e o controle social devem estar pautados no desenvolvimento de educação política para potencializar a participação dos atores sociais, estabelecendo uma base contra hegemônica para que se avancem nas formulações e propostas.

Gonçalves *et al.* (2013) fizeram uma análise comparativa de relatórios estaduais de prestação de contas e identificaram que há pouco conhecimento dos conselheiros de saúde frente aos relatórios, necessitando conhecer melhor as informações contidas, destacaram também sobre a falta de uniformidade nos relatórios entre as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), tendo apenas a categoria sobre “especificação das fontes de recursos financeiros” divulgadas amplamente, e que o aspecto “definição de prioridades na destinação de recursos e estabelecimento de metas e objetivos” não fez parte da maioria dos relatórios.

Santos (2013), avaliou a composição, atribuições e o desempenho do Conselho Estadual de Mato Grosso (CES-MT), para propor, acompanhar e fiscalizar a execução das ações de saúde no estado. O autor referiu que o Conselho Estadual de Saúde (CES) teve atuação e desempenho insatisfatório, não atingindo a plena participação social, com inconsistências nas frequências dos conselheiros, na representação e na composição do mesmo (SANTOS, 2013, p. 155). Além disso, constatou hegemonia por parte do estado no processo de tomada de decisão das políticas de saúde estadual, destacando que há despreparo técnico, passividade e omissão para aprovações internas por parte dos conselheiros.

Durán (2013, p. 143) refletiu sobre os dilemas do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES-RJ) para o exercício do controle social no SUS. Foi uma pesquisa concentrada na atuação de representantes da sociedade e dos profissionais de saúde perante os atores estatais, durante a gestão 2007-2012. Em tal trabalho, o autor concluiu que as decisões do CES-RJ estavam acima dos interesses coletivos, correspondendo aos projetos políticos do governo do estado.

No Estado da Bahia, o Conselho de Saúde foi criado através da Lei 6.074 de 22 de maio de 1991 (BAHIA, 1991). Entretanto, esta criação não foi direcionada por intermédio da participação social, mas sim por ato administrativo. Sendo assim, a proposta da Lei foi para reestruturar a organização da administração pública do estado e não para garantir a participação social no espaço de tomada de decisão da saúde (BISPO JÚNIOR, 2018).

Após criado por meio legal em 1991, a implementação e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) apenas ocorreram através da primeira reunião do conselho no dia 21 de julho de 1993 (BISPO JÚNIOR, 2018). Somente em 7 de janeiro de 2011 houve a publicação da Lei n.º 12.053/2011, que estabelece sobre a estrutura do CES-BA. A Lei diz que (BAHIA, 2011a, p.1):

O Conselho Estadual de Saúde - CES, órgão colegiado, autônomo, deliberativo, fiscalizador e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS, integra a estrutura básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, e tem composição, organização e competência definidas nesta Lei e, no que couber, na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Resolução nº 333/03, do Conselho Nacional de Saúde.

Esse contexto da criação do CES-BA nos traz as seguintes reflexões: por que a primeira reunião do conselho só aconteceu dois anos após a criação do CES-BA? E por que a publicação estrutural do CES-BA teve marco legal apenas 20 anos após a sua criação?

Importante salientar que, mesmo com todo esse contexto, a criação do CES-BA abriu espaço para ampliação das políticas de saúde no estado, bem como incorporou novos atores institucionais no processo de decisão sobre a saúde (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2015).

Assim, em meio às diversas discussões acerca da participação social, a democratização na saúde não se consolida apenas com o estabelecimento de Leis, isso inclui também o compartilhamento e exercício do poder na sociedade.

Nesse sentido, Bispo Júnior (2018, p.199) apontou em seu estudo que “a qualidade da representação nas instâncias participativas é determinada pelo grau de comprometimento e participação da sociedade no processo de construção e implementação das políticas”. Dessa maneira, a representatividade depende do interesse e da participação dos que são afetados politicamente.

Ainda há poucos estudos sobre os Conselho de Saúde na esfera Estadual, principalmente na Região Nordeste e, em especial, no Estado da Bahia (BISPO JÚNIOR, 2015). São poucos os estudos de participação social para o alcance das medidas e propostas de saúde no estado. Do mesmo modo, são raras as pesquisas que analisam o impacto e atuação do CES-BA, dedicando-se publicações, em sua grande maioria, a investigar atuações nos âmbitos municipais e locais.

A tese de doutorado sobre o processo de gestão política em uma instituição hipercomplexa de Coelho (2001) investigou como o governo governava a saúde, no ano de 2000, trazendo alguns indícios iniciais que referiram sobre: atuação do CES pouco tematizada pelos dirigentes; pouca participação da sociedade civil na formação da agenda política de saúde no estado da Bahia; e forte intervenção do poder do executivo e legislativo.

Bispo Júnior e Gerschman (2013) discutiram a relação entre democracia e conselhos de saúde com a utilização das categorias: democracia, democracia liberal, democracia representativa no Estado e na sociedade, participação social e conselho de saúde. O diálogo teórico desses autores evidenciou que o campo da saúde é um espaço de “complexidade peculiar” onde a prática deliberativa não é uma tarefa fácil, principalmente pela sua complexidade territorial devido às desigualdades sociais, com pouco interesse nas ações e decisões de forma coletiva, e a forte influência dos interesses individuais.

Além disso, foi ressaltado que existe uma distância entre a formulação de políticas sociais com dificuldade de implementação na prática, e concluiu que os conselhos de saúde só conseguem exercer seu papel de forma eficaz nos locais onde são respeitados e valorizados a democracia propriamente dita, sem intermédio de interesses individuais e/ou econômicos (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Em 2013, ao analisar o CES-BA, enquanto espaço de construção coletiva das políticas de saúde estaduais, em duas gestões com matrizes político ideológicas distintas, Bispo Júnior (2013, p.195) evidenciou que, independentemente da gestão do governo, o estado

apresentava controle da agenda de discussão, além de identificar “relações assimétricas de poder” entre os segmentos do conselho.

O estudo evidenciou também que existem poucos trabalhos que reflitam o desempenho dos CES sobre a definição das políticas de saúde no âmbito estadual, e salientou que não houve dedicação de estudos nacionais ou internacionais sobre o funcionamento do CES em algum estado do Nordeste (BISPO JÚNIOR, 2013).

Bispo Júnior e Gerschman (2015) analisaram a representatividade e a representação do CES-BA. Os resultados, mostraram que havia pouca articulação dos representantes do CES-BA com a comunidade representada, que o processo de votação do CES-BA era fragilizado, e apontou existência de interesses individuais, institucionais e corporativos, sobrepondo às demandas e às necessidades de saúde da população, onde referiu que os conselheiros tomam suas decisões a partir da consciência individual.

Oliveira e Teixeira (2015) analisaram a participação das instâncias de controle social na Política Estadual de Saúde Mental na Bahia, a partir das propostas das conferências de saúde mental, das atas do CES-BA, de documentos da SESAB no período de 2001 a 2013 e entrevistas com sete informantes-chaves. Os resultados apontaram que os participantes das Conferências Estadual de Saúde Mental da Bahia (CESM-BA) foram propositivos e coerentes com as demandas sociais no contexto da Saúde Mental (SM) mas, por outro lado, a participação do conselho na Política Estadual de SM foi incipiente, não havendo proposições decisórias para nortear a política estadual, sendo que a ocorrência da CESM se deu mais por indução do Ministério da Saúde (MS) do que de interesse do próprio estado.

Mais recentemente, Moraes e Teixeira (2021) analisaram o posicionamento de um segmento específico do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), o de usuários, diante das decisões do Governo Federal relativas ao financiamento do SUS no período 2016-2018 e, concluiu que a qualificação técnica dos conselheiros pelo longo período se faz importante, mas existe, ainda, a necessidade do conselho se articular com suas bases sociais principalmente na atual conjuntura brasileira - financiamento do SUS.

A literatura visitada evidenciou diversos desafios permeados pela institucionalização da participação social nos espaços colegiados da saúde que justificam a importância desta pesquisa. Dentre os desafios tem-se: a escolha da representação, a representatividade, os interesses do Estado na manutenção do *status quo* e condução das ações e, por fim, o desafio de atender as decisões baseadas nos interesses da coletividade.

2 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

- Como se dá as relações de poder entre os segmentos e entidades que compõem o Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA)?
- Quais são os temas mais controversos e os interesses pautados nas reuniões do CES-BA?

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o exercício da democracia e as relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), no período de 2012 a 2018.

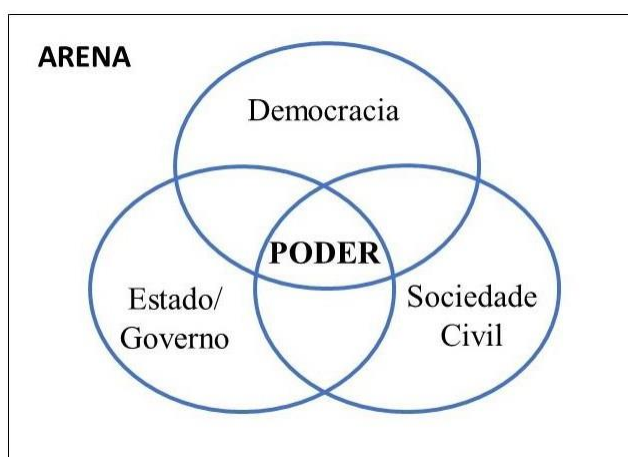
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os temas e interesses pautados nas reuniões do CES-BA;
- Analisar o exercício da democracia entre os três segmentos e entidades que compõem o CES-BA.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O exercício da democracia e as relações de poder não são muito fáceis de serem objetivadas, uma vez que o poder existe, principalmente, em exercício e a democracia é uma forma de expressar esse poder. Devido à polissemia dos conceitos e à diversidade de autores e escolas que os abordam e problematizam, um modelo teórico foi elaborado (Figura 1) e a discussão sobre os aspectos teóricos que embasarão a metodologia será feita a seguir.

Figura 1- Representação do Modelo Teórico do projeto de pesquisa.



Fonte: elaboração própria

O modelo teórico representado pelo diagrama de Venn (Figura 1) apresenta o conjunto de categorias dispersas com intersecções para facilitar o entendimento das relações entre si.

A categoria “arena”, destacada fora do diagrama está representado como um espaço de poder conflituoso (FLIGSTEINQ, 2002) que possibilita formação de decisões, no qual diversos segmentos sociais disputam projetos e políticas (MERHY, 2006 apud MELO, 2017), que podem ser de cunho público ou privado, individual ou coletivo.

No centro do diagrama, está a categoria “poder” que “designa a capacidade ou a possibilidade de agir, de produzir efeitos que podem ser nos indivíduos ou em grupos humanos” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 933). Sendo assim, a categoria poder tem forte influência nas demais categorias dispersas que, por sua vez, não foram colocadas aleatoriamente.

A interseção entre democracia, sociedade civil e Estado/Governo e, no centro, o poder, demarca a característica central da interligação de partes entre uma categoria e outra, o que revela os conflitos das abordagens teóricas de autor para autor que provocam conflitos teóricos, políticos, culturais, econômicos e sociais, dispostos principalmente nas concepções filosófica e sociológica que serão tratadas a seguir.

Assim, o modelo teórico está diretamente ligado com as relações de poder e exercício da democracia nos espaços de participação social, de modo a respaldar os objetivos propostos desta pesquisa.

4.1 ESTADO

A Enciclopédia Treccani [s.d.] define Estado, em italiano *stato*, como uma comunidade política composta por um povo que ocupa um determinado território que é detentor de um poder soberano, e que usa da força, para garantir a ordem pública. Isto é, a concepção de Estado perpassa por um poder político, que será exercido em um determinado território e povo, havendo a composição de três elementos importantes: poder político, povo e território (GRUPPI, 1980). Contudo, vale ressaltar que não há uma teoria única do Estado, e por este motivo, este capítulo irá se debruçar sobre as concepções de Estado segundo a ideia de alguns autores da filosofia e sociologia que sobre ela se debruçaram.

4.1.1 Concepções de Estado

A concepção de Estado começou a ser refletida a partir do século XV com as percepções de Nicolau Maquiavel e, posteriormente, passou a ser teorizada por diversos autores, até ser tratada de modo científico por Karl Marx, no século XIX. Esse debate esteve presente em duas grandes concepções deparadas por Marx: concepção liberal e outra como concepção democrático-burguesa do Estado (GRUPPI, 1980).

Nicolau Maquiavel foi o primeiro a refletir sobre a conformação do Estado Moderno. Mesmo não elaborando uma teoria, refletia que o Estado não tinha mais “a função de assegurar a felicidade e a virtude, segundo afirmava Aristóteles. Também não [era] mais – como para os pensadores da Idade Média – uma preparação dos homens ao reino de Deus”,

mas, se aproximava mais àquilo que permitia a quem possuísse seu controle exercer a dominação (poder) sobre os homens (GRUPPI, 1980, p. 10). Nessa concepção considerada “negativa”, o Estado deveria ser governado por um príncipe e os demais seriam seus servos (BOBBIO, 1987).

Após as reflexões de Maquiavel, outros teóricos como Jean Bodin, Thomas Hobbes, John Locke, Hegel, dentre outros, descreveram teorias liberais do Estado Moderno; em seguida Jean-Jacques Rousseau com a concepção democrático-burguesa do Estado; e posteriormente Karl Marx e Friedrich Engels fizeram críticas a concepção liberal e burguesa do Estado (GRUPPI, 1980).

Para Jean Bodin (1997, p. 48 apud PIANÁ 2009), a República seria o “reto governo” exercido por um conjunto de famílias com poder soberano. Se, para Aristóteles, a finalidade do Estado seria a felicidade, “a verdadeira felicidade de uma república e a de um indivíduo seria a mesma coisa”. Entretanto, para que isto ocorra, a República deve contar com:

Territorio suficiente para albergar a sus habitantes; una tierra fértil y ganado abundante para alimento y vestido de los súbditos; dulzura del cielo, templanza del aire y bondad de las aguas para que gocen de salud, y, para la defensa y refugio del pueblo, materias propias para construir casas y fortalezas, si el lugar no es de suyo cubierto y defendible. Estas son las primeras cosas a las que se presta mayor atención en toda República.

Thomas Hobbes também parte da teoria que o Estado é soberano, tem uma visão pessimista do homem, em que “cada homem é lobo para seu próximo”, e considera também que o homem é um ser individual, possui liberdade e propriedade, específica de uma sociedade burguesa (BOBBIO, 1987; GRUPPI, 1980, p. 12). Ele caracteriza o Estado como detentor de um poder absoluto, onde faz-se necessário um contrato entre os homens em que o Estado é resultado deste pacto, estabelecendo regras entre o soberano e os seus súditos, revelando um caráter mercantil e burguês nas relações sociais. John Locke também parte da ideia do homem livre e do contrato entre Estado e sociedade, mas, ao contrário de Hobbes, Locke aponta que o Estado pode ser desfeito se não respeitar o contrato com a sociedade, o que cria mecanismos de maior liberdade, tais como: as assembleias, a palavra, a iniciativa econômica (GRUPPI, 1980).

Sobre contrato ou acordo, citado por Locke, Bobbio (1987) se baseia na teoria dos jogos, onde o desfecho pode ser o ganho pela minoria (donos da propriedade), ou a maioria

(Estado), ou até mesmo as duas partes podem ganhar, visto que se faça valer o compromisso entre as partes. Além desse aspecto, para Locke existe uma distinção/separação entre Estado e Sociedade Civil, bem como entre público e privado. Essa distinção/separação também é caracterizada na concepção de Friedrich Hegel. Para Hegel “não há sociedade civil se não houver Estado [...] não existe povo se não existir Estado” (GRUPPI, 1980, p. 24), o que deixa claro mais uma vez a soberania do Estado.

A concepção democrático-burguesa de Jean-Jacques Rousseau também está permeada pela igualdade e liberdade, pois para ele são esses elementos que constituem a sociedade. Além disso, como estabelecido na sociedade burguesa, para Rousseau a sociedade também nasce de um contrato. Mas, ao contrário dos teóricos liberais, para Rousseau o órgão soberano é a assembleia e o povo, sendo assim a soberania nunca deve ser transferida para o Estado (GRUPPI, 1980). O aspecto da soberania faz excluir, em sua teoria, o poder do parlamento (legislativo), poder do governo (executivo) e poder judiciário, baseando-se na prática democrática da antiguidade, em Atenas, onde não havia separação desses poderes e nem distinção entre Sociedade civil e Estado. Essa democracia se fixava na soberania da assembleia (GRUPPI, 1980; CABRAL NETO, 1997).

Outro ponto demarcado por Rousseau é a igualdade. Para ele, a igualdade é fundamental. Ao contrário do que pensavam os liberais sobre liberdade e igualdade voltada para quem possui, Rousseau se fundamenta em liberdade na seguinte questão: “liberdade é a igualdade: não há liberdade onde não existir igualdade” (GRUPPI, 1980, p.18). Essa igualdade remete a leis, jurídica, bem como a econômica. O Estado, para Rousseau existe, portanto, para proteger a propriedade privada, por isso não é capaz de assegurar nem a igualdade, nem a liberdade.

Assim, até aqui pode-se perceber maior ênfase nas concepções de Estado liberal, composto por homem individual, livre, solto, apoiada em uma sociedade burguesa a fim de garantir suas propriedades e liberdade econômica, com ênfase para um Estado soberano.

Por outro lado, esse Estado da concepção liberal é fortemente criticado por Karl Marx (GRUPPI, 1980), pois a liberdade e a igualdade eram apenas para uma parcela da população: a burguesia. Nas concepções marxistas, não existe separação/distinção entre Estado e Sociedade, bem como não existe Estado sem povo, e é a sociedade que funda o Estado, ao contrário do que pensava Locke e Hegel. Assim, deve-se considerar, em Marx, que o Estado é a sociedade política e a Sociedade é o conjunto das relações econômicas (BOBBIO, 1987; GRUPPI, 1980), portanto não estão separados e isso se expressa na relação de produção que

é o que constitui a base econômica da sociedade. Aqui, ao falar de relação de produção estamos falando de dominação. Portanto, a concepção de Marx propõe que a estrutura econômica está na base do Estado (GRUPPI, 1980).

Gruppi (1980) salienta uma questão importante sobre a formação dos Estados, o que pode se relacionar muito bem com a concepção em Marx. Primeiro, o Estado escravista, que parte da ideia de organização social onde os meios de produção, e os escravos (homens negros) são propriedade do senhor (burguês). Segundo, o Estado feudal, onde o homem branco, também burguês, tem a dominação da terra. E terceiro, o Estado capitalista, que garante o predomínio das relações econômicas e a propriedade.

Friedrich Engels baseou-se em teorias marxistas e idealizou o Estado além da questão do Estado em si. Ele teorizou sobre o Estado, a origem do Estado a partir da conexão entre: família, propriedade e Estado (GRUPPI, 1980). Baseou-se na discussão sobre o Estado moderno capitalista que é o estamos falando desde então. Sobre a concepção de Estado, Engels diz que “o Estado não existiu desde sempre”, a sua existência surgiu a partir do desenvolvimento econômico e que está ligado a necessidade de divisão de classes (GRUPPI, 1980, p. 30).

Essa divisão se perpetuou e perpetua em alguns tipos de Estado. Assim, no Estado escravista tem-se a mão de obra escrava e o proprietário do escravo; no Estado feudal tem-se o proprietário da terra e os que trabalham nela; e no Estado capitalista a produção em massa da classe proletária e dominação econômica da classe burguesa (GRUPPI, 1980). O que revela a divisão de classe desde então entre: escravo *versus* proprietário; trabalhador *versus* proprietário da terra, e proletariado *versus* burguês. Aqui podemos notar que não há igualdade entre os cidadãos como afirmam as concepções liberais do Estado, essa igualdade é apenas para criar uma formalidade jurídica do Estado. O que define o cidadão é a sua posição de produção, se operário/trabalhador, classe proletária ou se empresário/dono da produção, classe dominante.

Portanto, consideraremos neste trabalho a concepção de Estado defendida por Marx e Engels: uma forma de produzir a divisão de classes na sociedade, baseado nas relações econômicas e na dominação de uma determinada classe.

4.1.2 As formas de Estado

Bobbio (1987) distingue diversas formas de Estado, a partir de critérios históricos: Estado Feudal, Estamental, Absoluto e Representativo. Ainda se inclui aqui o Estado Moderno e Contemporâneo, que são aportados nos escritos de Gruppi (1980) e no Dicionário Bobbio (1998). Estes serão discutidos à luz dos três elementos que compõe o Estado: povo, poder político e território. O que já foi mencionado no tópico anterior.

O Estado Feudal, é caracterizado pela fragmentação do poder, pelo acúmulo de funções de direção (mesmas pessoas), e de quem detém o poder da terra (BOBBIO, 1987). É também um regime que está diretamente ligado à propriedade (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998). Por Estado Estamental, entende-se uma organização política que forma órgãos, estamentos (congresso, assembleias), entre os possuidores de propriedade da mesma posição social. Neste, tem-se o poder de um príncipe (soberano) e a representatividade do povo (consenso/acordo). Já, o Estado Absoluto é determinado pelo poder em um território, caracterizado pelo poder de concentração que é a soberania estatal, que dita as leis; pelo poder jurisdicional, que impõe os tributos; e pelo poder de centralização, que é o ordenamento autorizado pelo poder central (BOBBIO, 1987).

Assim como o Estado de Estamentos, o Estado representativo é caracterizado pelo poder de um príncipe e o poder dos representantes, isto é, o povo – neste caso o “povo” são os que detém bens e são considerados a classe burguesa que até então assumia poder representativo. O princípio aqui é o consenso. A diferença entre eles diz que, no Estado representativo, as categorias sociais não estão nos estamentos e sim na representação dos indivíduos singulares, que são os donos da propriedade (BOBBIO, 1987). Isso irá se modificar com o passar do tempo.

Para adentrar na forma de Estado contemporâneo, que se desenvolve a partir da coexistência do Estado de direito e Estado social, resgata-se que até aqui o Estado é representado pelos direitos fundamentais na concepção liberalista (Estado Moderno), isto é, a concepção burguesa sobre a propriedade, que estão atrelados a: liberdade pessoal, política e econômica (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

Na concepção de Estado liberal, nascido do absolutismo com o Estado moderno, por meio de Locke, pode-se compreender a liberdade a partir da ideia da inviolabilidade da propriedade, dos direitos individuais, da esfera pública (Estado) e privada (patrimônios individuais) (COELHO; PAIM, 2016; BOBBIO, 1987), o que faz ressalva para a sociedade burguesa e contratualista. Mas, pelo contrário, em Marx, é preciso sair da concepção de liberdade como uma função meramente individualista, pois a liberdade vai além da

singularidade, é “cooperação, solidariedade, trabalho coletivo” (GRUPPI, 1980, p. 35). Cohn (1997) ressalta que o problema da individualidade provoca a desigualdade social, e transforma problemas coletivos, o que exige, assim como em Marx, as práticas coletivas que garantam acesso, principalmente à educação, moradia, dentre outros.

Assim, a teoria apresentada em Marx por meio de Cohn (1997) aponta contraposição ao Estado de direito na concepção liberal e propõem os preceitos estabelecidos pelo Estado Social, em que “os direitos sociais representam direitos de participação no poder político e na distribuição da riqueza social produzida” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 401). Sendo assim o Estado transita entre a liberdade e a participação.

Se, de um lado temos uma forma de Estado de direito voltado para o modelo da liberdade econômica e individualidade e, de outro lado temos uma forma de Estado Social que propõe a participação cidadã, como integrar essas formas de Estado? Segundo o dicionário Bobbio (1998), essa integração não pode ser apenas no nível das leis ou da administração, visto que os direitos fundamentais são para a garantia da propriedade da burguesia que é separada da propriedade do Estado.

Sendo assim, os direitos sociais são a via por onde a Sociedade civil se insere no Estado para realizar modificações. Portanto, foi a partir dessa via que, na segunda metade do século XIX, através da integração entre Estado político e Sociedade civil alterou-se a forma jurídica do Estado de direito, ficando dividida em: 1) Estrutura formal; 2) Estrutura material; 3) Estrutura social e 4) Estrutura política. O primeiro é a garantia das liberdades fundamentais; o segundo corresponde à liberdade de concorrência no mercado para os sujeitos da propriedade; o terceiro sobre as políticas da classe trabalhadora; e, o último, à separação e distribuição do poder (NEUMANN, 1973 apud BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998). Essa integração de direitos demonstra dois processos paralelos: o público e o privado.

Quando Fredrich Engels se debruçou sobre a origem do Estado ele destacou dois aspectos já mencionado anteriormente: a propriedade e a família. Engels afirmava que a formação da sociedade e família “marcham juntos”, pois, a sociedade ainda primitiva se organizava para sua sobrevivência e não conhecia a propriedade privada. A propriedade privada só surge com a “criação do gado” e é nesse momento que “o caçador se torna proprietário”. Portanto este cenário favoreceu a divisão do trabalho, em consequência o patriarcado, onde o pai passa a herança para os filhos, típico de uma sociedade

imperial/feudal. Em meio a isso, cresce o desenvolvimento econômico e as diferenças de classe (GRUPPI, 1980, p. 29).

A principal característica do direito privado é o contrato entre Sociedade civil e Estado: fundamento liberal; e, do público, é o poder do Estado: a soberania. Segundo Bobbio (1987, p. 18) o direito privado “é o conjunto das normas que os singulares estabelecem para regular [...] as relações patrimoniais, mediante acordos bilaterais”. Já o direito público é “uma norma [...] posta pelo detentor do supremo poder (o soberano) e habitualmente reforçada pela coação (cujo exercício exclusivo pertence exatamente ao soberano)”. Aqui, revisita-se a concepção de Estado por Locke sobre a propriedade privada em que “o Estado não pode tirar de ninguém o poder supremo sobre sua propriedade” (GRUPPI, 1980, p. 15). Locke busca resguardar o direito de herança, no qual a propriedade é transmitida de pai para filho e o Estado não pode intervir, como acontecia no Estado da Idade Média, onde o Rei transmitia a propriedade patrimonial do Estado para seus filhos.

Outra acepção relacionada ao direito privado é que as relações contratuais estiveram submetidas também nos espaços políticos, nas relações entre organizações sindicais para o contrato coletivo, e a relação entre partidos, para a formação de governos (BOBBIO, 1987).

A característica supracitada faz ressalva ao Estado Moderno no qual a Sociedade civil é organizada por grupos sociais e de conflitos. Nestas circunstâncias, o Estado está representado como o “conjunto de organismos de decisão (parlamento e governo) e de execução (o aparato burocrático), desenvolve a função de mediador [...] detentor do poder de império segundo a representação clássica da soberania” (BOBBIO, 1987, p.26). Assim, a autonomia e a soberania são a característica central do Estado moderno, que por sua vez ascende a burguesia, no século XVII, e separa o Estado da Sociedade civil (COELHO; PAIM, 2016).

Sendo assim, retoma-se aqui sobre o Estado representativo, que é um dos conflitos mediados no Estado Moderno. Ao ponto em que, o Estado representativo que vinha se desenvolvendo no sentido do alargamento de direitos políticos, reconhece o sufrágio universal (direito do voto masculino e feminino) e organiza a Sociedade Civil em partidos políticos, o que modifica a estrutura do Estado representativo, que antes era representado pelo poder dos burgueses que detinham o patrimônio. Esse Estado passa então a envolver a Sociedade civil (BOBBIO, 1987).

4.1.3 Estado, Sociedade Civil e Governo

O arcabouço teórico dedicado até aqui permite identificar disputas entre conceitos de Estado e Sociedade civil, bem como dicotomia entre ambos, essencialmente marcados pela problemática do direito constituídos e afirmados pelas classes e grupos sociais (MOTTA, 2008). Antes, o Estado (jusnaturalista) enquanto natural/liberdade natural proposto pelos contratualistas não caracterizavam a Sociedade civil como organização do Estado ou como parte dele. O Estado era meramente soberano.

Essa percepção é verificada quando analisamos o Estado em Marx e Hegel. O primeiro considerava que o Estado é um aparato da Sociedade civil e o segundo, pelo contrário, considerava que o Estado era quem organizava a Sociedade civil. E, além disso, sua concepção de Estado negligenciava a análise sobre Sociedade civil. Sendo assim, a perspectiva do Estado adotada, até então, é formalista, tornando-o dicotômico da Sociedade civil. Deve-se considerar que a sociedade civil é um desdobramento do Estado sendo seus espaços com poder exercido por meio do convencimento e da adesão e não apenas da submissão. Logo, a Sociedade civil passou a ser mais bem-conceituada por Gramsci (BOBBIO, 1999, p. 49).

Antes de entrar no pensamento gramsciano sobre Sociedade civil, Bobbio (1999) marca as seguintes acepções de Sociedade civil: não-Estatal, pré-Estatal e o anti-Estatal ou pós-Estatal.

Na primeira acepção, antes do Estado, existiam as formas de associação que os indivíduos formam entre si para a satisfação dos seus interesses, as quais o Estado regula. Considera-se aqui o período contratualista em que o Estado é regulador e mediador dos seus interesses e os da burguesia. Na segunda acepção, a Sociedade civil está mais próxima, permitindo modificar as relações de dominação, com formação de grupos a favor e/ou contra o Estado. A terceira e última acepção “representa o ideal de uma sociedade sem Estado, destinada a surgir da dissolução do poder” (BOBBIO, 1987, p. 35).

Voltando à discussão de Sociedade civil em Marx e Hegel e baseando-se nas acepções tratadas acima (não-Estatal, pré-Estatal e o anti-Estatal ou pós-Estatal), a sociedade civil em Marx são as relações econômicas, o que esteve presente desde a acepção não-estatal com as questões voltadas para os individuais e contratuais (BOBBIO, 1987). Já para Hegel, as relações econômicas se constituem na sociedade pré-Estatal, ele considera a Sociedade civil

como “a esfera das relações econômicas e ao mesmo tempo sua regulamentação externa segundo os princípios do Estado liberal, e é conjuntamente sociedade burguesa e Estado burguês” (BOBBIO, 1999, p. 52), inspirado nos princípios da liberdade natural e no Estado de direito.

A teoria marxista, ainda, apresenta a Sociedade civil como “o cenário de toda história” (BOBBIO, 1999, p. 55), onde a característica “história” prevalece em Hegel e em Gramsci, ou seja, a Sociedade civil e não mais o Estado (soberano), como afirmara Hegel, está representado pelo desenvolvimento da história. Desse modo, em Marx, esse desenvolvimento é a estrutura (econômica) e, em Gramsci, é a superestrutura (ideologia, economia, família – ações políticas), colocando assim maior ênfase da discussão na Sociedade civil.

Sobre o conceito de Estado, Gramsci (1991, p. 224) se contrapõe ao entendimento corrente de que este seja uma

Sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo para amoldar a massa popular ao tipo de produção e à economia de dado momento) e não um equilíbrio da sociedade política com a sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a sociedade nacional inteira exercida através das chamadas organizações privadas como a Igreja, os sindicatos, as escolas, etc.).

Segundo Coutinho (2011, p. 272), Gramsci faz uma separação entre sociedade civil e sociedade política, o que desencadeia um problema hegemônico sobre o conceito de Estado e apresenta uma forma extrema da sociedade política, seja ela para “lutar contra o novo [...] ou expressão do novo para esmagar a resistência”.

Além disso, em *Cadernos do Cárcere*, Gramsci (1991) concebe o Estado como um aparelho, um instrumento que representa interesses não universais, mas sim particulares; é uma instituição transitória (BOBBIO, 1999, p. 47)

Assim, Gramsci, escritor marxista, é o primeiro a conceituar a Sociedade civil (BOBBIO, 1999) baseado nos escritos de Hegel e Marx e na discussão da Sociedade civil enquanto uma superestrutura.

Marx chama de sociedade civil “o conjunto das relações econômicas constitutivas da base material”, Gramsci chama de “esfera na qual agem os aparatos ideológicos que buscam exercer a hegemonia e, através da hegemonia, obter o consenso” (BOBBIO, 1987, p. 39). Pelo qual está composta, por “instituições pluralistas e privadas, tais como a igreja, a escola, a

universidade, os jornais, etc. e que funcionam como produtoras, formadoras e reproduzoras de hegemonia” (MOTTA, 2008, p.3)

Outro conceito tratado em Gramsci relativo à Sociedade civil é o “fim do Estado” (terceira e última acepção), também chamado de “Sociedade regulada” (BOBBIO, 1987, p. 70). Segundo Bobbio (1987) a sociedade regulada (sem Estado) é diferente da sociedade política, pois aposta na ampliação da Sociedade civil como resposta para as demandas sociais, e não mais no poder coercivo do Estado com a massa popular.

Portanto, a sociedade civil, segundo Bobbio (1987, p. 35-36), “é o lugar onde surgem e se desenvolvem os conflitos econômicos, sociais, ideológicos, religiosos, que as instituições estatais têm o dever de resolver através da mediação ou através da repressão”. Certo que os conflitos então inseridos na sociedade civil, mas a mediação não é obrigatoriamente dever do Estado por meio da mediação ou repressão. Isso irá depender do poder que tem o Estado e de como ele é concebido, visto que o Estado, como dito por Gramsci, é uma “instituição transitória”, ou seja, irá depender de como está sendo conduzido, o que envolve ideologia e diversas formas de pensamento.

Governo é uma outra concepção a ser tratada brevemente aqui, visto que muitas vezes é confundido conceitualmente com Estado. Isso ocorre porque a sociedade está presente de modo diferente no aparato estatal, a cada governo (COELHO; PAIM, 2016).

Assim, segundo Bobbio (1998, p.553), governo é um “conjunto de pessoas que exercem o poder político e que determinam a orientação política de uma determinada sociedade”, o que neste aspecto o “poder político e governo” pode se confundir também por ser um aspecto do Estado, principalmente do Estado Moderno.

Já, Estado refere-se à dominação (CARDOSO, 1998; GRUPPI, 1980) e onde se manifesta o poder de um governo (BOBBIO, 1998), como já foi descrito anteriormente. Segundo Bobbio (1987), a diferença entre eles está nas formas de Governo, onde se leva em conta a estrutura de poder e as relações entre os órgãos; e tipos de Estado, que são as relações de classe social, o poder, a ideologia, dentre outros.

Ao utilizar a noção de “Governo”, destaca-se que o exercício do seu poder na sociedade é historicamente anterior ao Estado propriamente dito, visto que na acepção pré-Estatal, já existiam algumas formas de Governo como, por exemplo, o regime feudal, que se organizava politicamente com o poder de um Governo (BOBBIO, 1998). Outro exemplo do

poder de um Governo ocorre nas sociedades antigas ou comunidades primitivas que necessitam do poder ou governo de um chefe para ditar as regras (BOBBIO,1998).

O poder presente no aparelho do Estado moderno foi estudado por Max Weber (COELHO; PAIM, 2016), como poder do tipo técnico exercido por uma burocracia. Esse ponto é importante porque aponta para a divisão de poderes dentro do Estado, entre a parte instituída, o aparato (instituído), e o poder de quem o governa (instituinte) em um dado período.

4.2 DEMOCRACIA

A partir da literatura visitada, o conflito é uma das marcas da relação entre sociedade civil e Estado, principalmente no aspecto formal e liberal, o que também não se esgota em torno da discussão sobre democracia.

Viu-se que a sociedade civil e o Estado expressam a dominação da classe burguesa, já democracia é uma possibilidade de “quebrar a máquina do Estado burguês” (GRUPPI, 1980, p. 64) através da pressão social. Esse conflito se dá justamente por a democracia ser uma “forma de governo na qual o poder político é exercido pelo povo” (BOBBIO, 1987, p. 69) e não mais por uma parcela mínima da população (burguesia) como antes. A democracia posta faz crítica sobre o modelo hegemônico passado onde o poder estava nas mãos da elite, enfatizando que a democracia é o regime que rompe com essa característica. No entanto, apesar do regime democrático ser aceito globalmente, enquanto um poder que se estende para a cultura política participativa, do mesmo modo pode estar equivocado, pois, afinal, o sistema democrático quebrou a máquina do Estado burguês? A democracia de qualidade, no entanto, depende de como se deu a transição democrática no país. O que será abordado posteriormente no próximo tópico.

Mas, de todo modo, é na democracia que os direitos são ampliados e os cidadãos são reconhecidos como iguais (GRUPPI, 1980; MOTTA, 2008). O direito, base da democracia, também se dá pelo conflito social e disputa de poder, o que é necessário para reprodução e/ou transformação da sociedade (MOTTA, 2008), sendo necessário para uma sociedade marcada pela soberania estatal burguesa. E, será a partir deste preceito, que adotaremos o conceito de democracia neste trabalho.

Bobbio (1998) expressa os seguintes pensamentos sobre a democracia: teoria clássica; teoria medieval e teoria moderna. O que já foi discutido, em parte, quando abordou-se o pensamento político sobre Estado em uma concepção filosófica e sociológica.

A clássica está montada no pensamento aristotélico onde a democracia é exercida pelo governo do povo, de todos os cidadãos; a teoria medieval é caracterizada pelo poder de um príncipe, um poder superior; e a terceira teoria, nascida com a do Estado Moderno, a democracia, tem duas características: a monarquia (exercida pelo poder de um soberano) e república (representação). É a partir dessa dualidade que iremos perceber posteriormente a complexidade da democracia expressa em uma sociedade capitalista.

Mesmo compreendendo estes aspectos, o problema da democracia e suas características é antigo (BOBBIO, 1998; CABRAL NETO, 1997) e vem antes das discussões acerca da concepção de Estado nos escritos de Maquiavel e das críticas do Estado burguês, liberal e capitalista em Marx e Engels.

A democracia foi evidenciada na antiguidade, antes de Cristo, conhecida como “Democracia dos Antigos”, na Grécia, em Atenas. O exercício da democracia era por meio da tomada de decisão nas assembleias, em um espaço restrito chamado de “democracia direta” em que teoricamente era permitido a participação dos cidadãos (CABRAL NETO, 1997).

A liberdade e igualdade eram os princípios da democracia, pois todos os cidadãos eram considerados iguais. Porém “a igualdade do corpo político, [...] era apenas política e não econômica, na medida em que era constituído por grupos de origem social bastante diversificada” (CABRAL NETO, 1997, p. 290). Segundo Cabral Neto (1997), os grupos eram constituídos pela classe média, nobreza, agricultores e trabalhadores de todas as categorias.

Mas, por outro lado, cidadãos em Atenas eram apenas as pessoas do sexo masculino, maior de dezoito anos, e filhos de pais atenienses. Esse critério de cidadania demarca exclusão de uma parcela da população, como de mulheres, estrangeiros, jovens com idade inferior a dezoito anos, e escravos, sendo que esses pagavam seus impostos por morarem na sociedade de Atenas (CABRAL NETO, 1997).

Nesse aspecto, pode-se refletir se de fato a democracia ateniense era exercida pelo poder do povo na sua totalidade, mas por outro lado deve-se caracterizá-la, até então, como uma forma e/ou tentativa de democracia com estímulo à participação do povo.

Conforme Cabral Neto (1997), em 431 e 404 A.C, a experiência da democracia dos antigos e seus ideais foram derrotadas e somente a partir do século XV, com a discussão em torno do Estado Moderno ressurgiu no panorama político a ideia de democracia (representativa e direta).

A ideia depositada na democracia dos modernos, democracia representativa, se contrapõe à democracia direta dos antigos.

A democracia representativa era descrita como uma “forma de governo em que o povo não participava diretamente da tomada de decisão sobre os temas de seu interesse, mas escolhia os seus representantes que deveriam tomar por ele tais decisões” (CABRAL NETO, 1997, p 291). É importante perceber, nesse ponto, que a tomada de decisão não é mais pela participação do povo como acontecia em Atenas, mas sim pelo representante. Além disso, diferente da democracia direta, a constituição de cidadão para a democracia representativa está subordinada à relação com a propriedade individual, sendo assim só é cidadão quem é proprietário. Chama atenção aqui para a relação contratualista do Estado liberal. E a igualdade, no sentido do direito, só ser alcançada também pela propriedade (CABRAL NETO, 1997). Portanto, a igualdade tem mais caráter econômico do que político.

A partir do final do século XIX, com o sufrágio universal, a igualdade na democracia representativa passou a não se expressar apenas no caráter econômico, mas também no político, tendo em vista que os homens passaram a ter o direito a voto independente de possuir propriedades ou não (CABRAL NETO, 1997).

Mesmo com essa nova política, Cabral Neto (1997) considera que há defeitos nessa forma de representação, pois ela ainda não é o bastante. Para ele, é necessário que sejam acionados mecanismos que a aperfeiçoem, tendo em vista que há um duplo sistema, o sistema representativo e sistema liberal, o que está próximo do que se chama de sociedade capitalista.

Mas, voltando ao pensamento da democracia direta dos antigos, será que esta pode ser uma alternativa à democracia representativa? Será que esse tipo de democracia tem dado conta?

Rousseau parte da ideia de uma sociedade que necessita de um contrato e que esta sociedade está baseada nos princípios da igualdade e liberdade (GRUPPI, 1980; CABRAL NETO, 1997). A partir destes princípios, cabe mencionar também que o Estado para Rousseau deve ser a expressão da vontade geral, ou seja do povo.

Por ser a democracia expressão do povo nas leis, nas assembleias, na tomada de decisão, Rousseau fará críticas à democracia representativa. Segundo Cabral Neto (1997), Rousseau é considerado o pai da democracia e suas críticas à democracia representativa concerne na seguinte questão: o voto enquanto uma arma para democracia. O que para ele não expressa a vontade do povo. Assim, Rousseau considera que a democracia representativa é restrita e assume que a democracia direta é a melhor forma de expressar a vontade popular (CABRAL NETO, 1997). Por outro lado, Rousseau considera que “jamais existiu, jamais existirá uma democracia verdadeira” (ROUSSEAU, 1983, p. 84, apud CABRAL NETO, 1997) e que só é possível em pequenas nações (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Neste aspecto, Cabral Neto (1997) salienta que a democracia direta não pode ser colocada como alternativa para a democracia representativa, elas devem ser complementares, e, mesmo assim, ambas serão insuficientes se não estiverem sintonizadas com a cultura e a economia.

Marilena Chauí (2011, p. 145) apresenta o modelo democrático na concepção de Schumpeter e aponta que a democracia é dada pela relação do Estado como interventor econômico apresentando alguns traços, como: 1) democracia enquanto um mecanismo de escolha para autorizar governos por meio do voto; 2) voto como função de escolha, e não política, onde a política é somente para as elites dirigentes; 3) sistema eleitoral enquanto organizador do rodízio entre os governantes, e; 4) modelo político baseado na economia, colocando o cidadão como consumidor e soberano.

A autora chama atenção a críticas feitas por McPherson sobre o modelo schumpeteriano apontando que seu modelo democrático está direcionado ao interesse individual e de determinado grupo: a elite; bem como a democracia só é considerada satisfatória quando o Estado responde à demanda da cidadania (CHAUÍ, 2011).

Assim, a definição de cidadania no modelo schumpeteriano está voltada para a sociedade enquanto consumidora e o Estado como distribuidor. Fica muito claro a relação de mercado estabelecida entre sociedade e Estado neste modelo democrático (CHAUÍ, 2011).

Essa crítica impulsionou a proposta do modelo de “democracia participativa” descrito por McPherson, que está assentado nas relações sociais da democracia, como: 1) população como executora e não como consumidora, o que chama de “sentimento de comunidade” (CHAUÍ, 2011, p. 146); 2) diminuição da desigualdade social, pois é ela que ordena a sociedade capitalista; 3) estímulo de procedimentos de associações, luta pela qualidade de

vida, liberdade de expressão. Portanto, este modelo trata de uma democracia onde os cidadãos não sejam mais pautados apenas como consumidores e sim como executores e promotores de ações políticas (CHAUÍ, 2011, p. 146).

Por último, o modelo McPherson também enfatiza os movimentos sociais apoiados na ampliação da sociedade civil (CHAUÍ, 2011), como proposto por Gramsci, em que sociedade civil e sociedade política se juntam para formar o Estado ampliado.

Vale ressaltar que Mendonça e Lamosa (2018) criticam as visões reducionistas da concepção Gamskiana que colocam o Estado como pura coerção e sociedade civil como pura hegemonia segmentando as análises dualistas entre base econômica e superestrutura.

Outro aspecto importante apontado sobre o modelo de democracia em McPherson é que este está idealizado em um sistema piramidal, onde a sua base democrática está delegada por nível (nacional, local e regional) (CHAUÍ, 2011).

Portanto essas duas linhas de pensamento (Schumpeter e McPherson) estão presentes na democracia como uma questão sociológica (CHAUÍ, 2011), oposta à democracia liberal que apontamos anteriormente a partir de uma concepção filosófica.

Outro ponto interessante que trataremos aqui sobre a democracia é que tanto no estudo de Cabral Neto (1997) sobre a sociedade de Atenas, como no de Chauí (2011), foram citadas as condições do saber, conhecimento e informação na sociedade. O que se chama atenção aqui é para o exercício da democracia a partir dessas condições.

Desse modo, vale considerar que a sociedade ateniense não pautava o fator instrução e/ou conhecimento/saber da sociedade como determinante para a condição de ser cidadão em Atenas, nesta sociedade o corpo político era diverso (camponeses, comerciantes e artesãos, classe elevada, pessoas com e sem instrução) (CABRAL NETO, 1997). É verdade que Platão considerava a educação fundamental para a formação de uma República utópica a ser governada por filósofos. Mas, a perspectiva platônica não é a de uma democracia (PLATÃO, 2001). Já em Chauí (2011), o saber e a informação foram considerados como uma questão da condição social, baseada nos pressupostos de Marx sobre a desigualdade social e divisão de classe, o que faz questionar: como a população toma as decisões? A partir de quais bases? Quais saberes?

Essa resposta pode estar assentada na seguinte situação (CHAUÍ, 2011, p. 154):

O indivíduo participa da vida social em proporção ao volume e a qualidade das informações que possui, mas especialmente em função de sua possibilidade de acesso às fontes de informações, de suas possibilidades de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de nelas intervir como produtor do saber.

Ou seja, geralmente é o discurso competente e a fala do especialista que toma conta do espaço democrático, deixando de lado os outros diversos saberes, fazendo com que a massa seja apenas receptora e reprodutora do conhecimento posto. Isso marca a desigualdade dos saberes entre os detentores do saber e os despossuídos do saber (CHAUÍ, 2011).

Com isso, é claro que o poder é determinante para operacionalizar a ação (TESTA, 1995) e potencializar o discurso dos atores sociais. Sendo assim, a partir dessa prerrogativa e considerando o Conselho Estadual de Saúde do estado da Bahia como órgão deliberativo para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), a prática da democracia se expressa nas representações sociais, no caso do CES-BA, nas representações que compõem o conselho, através dos seus segmentos e entidades. Dado essas questões, o tópico a seguir faz um alinhamento sobre o processo histórico da formação de estado e democracia no Brasil até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2.1 Processo histórico da formação de Estado democrático no Brasil até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este tópico discutirá sobre a formação da democracia, no Brasil, de modo que apresente seu processo histórico até a consolidação do SUS, em 1988 por meio da CF. Está estruturado pelas seguintes questões: 1) Características assumidas pela democracia burguesa em um país – Brasil - que as relações de poder expressam as relações de poder de classe.; 2) Momento histórico em que foi possível avançar na proposição e na institucionalização de uma política de saúde: SUS.

Características assumidas pela democracia burguesa em um país – Brasil - que as relações de poder expressam as relações de poder de classe

Entende-se por Burguesia a “camada social intermediária, entre a aristocracia e a nobreza” (BOBBIO, 1998, p.119), onde a burguesia é a classe que detém os meios de produção, o poder econômico e político de uma nação. Já, o proletariado refere-se ao contrário, àqueles que possuem apenas a força de trabalho – mão de obra.

Florestan Fernandes (1976) desconstrói e amplia o conceito de burguesia ao considerar que o senhor de engenho, historicamente conhecido como burguês, estava inserido no processo de intermediação de mercantilização da produção e não meramente como detentor dos bens. Para o autor, o burguês era como “um agente econômico especializado” e as suas funções ligavam-se a uma organização de produção destinada a gerar riquezas para a apropriação colonial (FERNANDES, 1976, p.23).

Um fato que contribui para o entendimento dessa desconstrução está no exemplo apontado pelo mesmo autor (FERNANDES, 1976), onde coloca o artesão, figura que se encaixa socialmente como parte do proletariado, como também intermediador do mercado.

Após passados três séculos de colonização portuguesa – 1500 a 1822, o legado deixado foi uma grande parcela da população brasileira analfabeta, sociedade escravocrata e inserida em uma economia monocultora e latifundiária (CARVALHO, 2019). A economia brasileira ainda era meramente lucrativa para sua colônia e baseava-se na produção que necessitava de uma grande mão de obra, essencialmente escrava, que gerou ao longo dos anos um país caracterizado por desigualdade social – divisão de classes sociais.

Com a independência proclamada, em 1822, no Brasil, processo histórico de separação entre Brasil e Portugal, a importação de escravidão continuou ininterrupta até 1850 (CARVALHO, 2019). Com o rompimento entre Brasil e Portugal, criou-se mecanismos de expansão da burguesia e valorização do comércio e desenvolvimento da área urbana (FERNANDES, 1976), onde o ambiente urbano serviu para “afrouxar os controles sociais” (CARVALHO, 2019, p. 25), especialmente sobre a população de escravos, fazendo com que houvesse a mobilidade social, diferente do latifúndio que os escravos se fixavam no local. Destaca-se ainda que os escravos não eram considerados cidadãos e não tinham direitos civis básicos, onde dependiam dos grandes proprietários para comer, trabalhar, e morar, por exemplo.

A transição da independência do Brasil para monarquia constitucional culminou na primeira Constituição cidadã outorgada em 1824, onde ignorava a escravidão, (a abolição começou a ser discutida em 1884 e ocorreu em 1888), e quem tinha direito a votos eram os homens de 25 anos ou mais que tivessem renda mínima de 100 mil-réis, as mulheres não tinham direito a voto e os escravos não eram considerados cidadãos (CARVALHO, 2019, p. 37). Segundo Carvalho (2019), o tipo de cidadão que podia exercer os direitos políticos eram os mesmos que viveram os três séculos de colonização, sendo que mais de 85% eram da zona rural, analfabetos, e entre eles incluíam os proprietários rurais que viviam sob influência dos grandes proprietários, e na cidade os votantes eram os funcionários públicos. O voto aqui não era um exercício de cidadania, de direito, conquista, às eleições eram convocadas pelos padrões e autoridades, e o que estava em jogo era o domínio político local.

O parágrafo acima reforça a discussão sobre uma sociedade civil mediada por divisão de classe. O que retoma a discussão acerca da burguesia, mas, na perspectiva marxista. Bobbio (1998), ao interpretar sobre a burguesia na ótica de Marx, aponta que essa faz parte da classe capitalista que administra as riquezas da sociedade e, com o passar dos anos, a burguesia tem se revolucionado, modificado seus instrumentos de produção e suas relações sociais afim de se desenvolver cada vez mais para findar seus interesses.

Jessé Souza (2017, p. 51), ao explicar sobre os conflitos de classe no Brasil, inclui como aspecto central a escravidão, enquanto um “abandono secular de classes estigmatizadas, humilhadas e perseguidas”, como já apontado anteriormente por Marx, onde a compreensão da dinâmica de classe e os interesses políticos e econômicos são a chave para melhor compreender a vida em sociedade, assim como apontado também sobre a perspectiva liberal que parte do pacto social e da propriedade. Ambas versões – marxistas e liberalistas –, segundo Jéssé Souza (2017, p 52), compartilham do mesmo ponto de vista: o econômico. Com a ressalva de que a visão marxista aponta críticas melhores ao modelo do capital, por exemplo. Assim, Jessé (2017, 52) ao apresentar essa relação (apenas econômica) questiona: “por que alguns indivíduos que pertencem a algumas classes desempenham secularmente certo tipo de função nas relações produtivas?”. Essa discussão parte do que ele chama de “berço”, ou seja, a família e a formação dos sujeitos. Assim, a “família” e “formação social” são dimensões que definirão as lutas sociais bem como as classes sociais que “só podem ser adequadamente percebidas [...] como um fenômeno, antes de tudo, sociocultural e não apenas econômico”. O que diz também sobre o pertencimento de classe social, diferentemente do que é economicamente estabelecido em regra “classe A B, C ou D”.

Momento histórico em que foi possível avançar na proposição e na institucionalização de uma política de saúde: SUS

A história da formação do Estado brasileiro, em sua raiz, foi constituída por mão de obra escrava e sua democracia estava em posse dos que detinham o poder econômico, onde não existia participação social ou decisões de modo coletivo. Na saúde, não foi diferente. Desde o período Colonial, a assistência à saúde era prestada para os que possuíam bens e propriedades, mais especificamente para os funcionários da Coroa, deixando os mais pobres e vulneráveis desprovidos de saúde.

Tendo em vista os aspectos mencionados anteriormente, o processo histórico da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública de saúde contribui para entender como se deu a democracia na saúde no Brasil (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Sendo assim, o cenário econômico e da saúde no período Colonial (1500-1889) foi marcado por mão de obra escrava, com interesses da coroa portuguesa, onde o quadro sanitário era de doenças como: lepra, febre amarela, cólera e varíola, em que a Provedoria-mor, pessoa que garantia a salubridade da corte, realizava fiscalizações dos navios com o intuito de impedir chegada de novas doenças para a corte (AGUIAR, 2015) além disso, a prática médica estava longe dos mais pobres e também dos escravos (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Com o processo da Independência do Brasil, as ações de saúde deixaram de ser de responsabilidade da coroa portuguesa e as ações de saúde pública passaram a ser por intermédio da nação brasileira.

Mesmo com a responsabilidade da saúde passada para o Estado brasileiro, às práticas vistas anteriormente ainda eram as mesmas, pois os escravos e a população mais pobre ainda eram alvos de ameaças à sua saúde. As ações e problemas de saúde brasileiro estavam resumidas à vacinação (antivariólica), não-obrigatória, controle de epidemias e entrada de escravos doentes, com uso de quarentena (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Este fator simboliza um processo de higienização/limpeza do espaço social e urbano dedicando-se a exclusão do doente e não com controle de doenças populacionais, tratamento e cuidado.

Durante o início do século XX, com forte presença de epidemias e doenças pestilenciais que afetavam os interesses do modelo econômico agrário-exportador, passou a haver organização dos serviços de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2018), bem como reformas urbanas, entretanto com continuidade da exclusão social. Destaca-se que, de um lado, apesar

de modificar o cenário epidemiológico por meio de ações de saneamento básico, por outro lado o país passou a receber mão de obra estrangeira articulado ao neocolonialismo que utilizava as fontes de matéria prima brasileira barata para as suas indústrias (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012), de modo que o Brasil continuava sendo explorado em termos de bens/recursos e de mão de obra – agora não mais escrava- de trabalhadores.

Isso culminou, posteriormente, em um forte processo de urbanização e êxodo rural, e, em consequência disso, o cenário epidemiológico que era apenas de doenças do meio ambiente, passou a ser também de doenças relacionadas ao trabalho e a condições de vida precária. Ora, se o brasileiro começa a receber pelo seu trabalho por que ainda tem condições precárias? Foi a partir de 1930 – Era Vargas, que no campo das ideias, e não de interesses sociais, mas sim políticos, houve maiores ações de saúde pública com demandas para atender aos operários, a fim de manter o trabalhador ativo. Com isso, ainda durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945) houve um movimento de criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) que se constituía em um sistema de previdência social e oferecia serviços médicos aos trabalhadores que contribuía (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Aqui, há forte presença do “direito” à saúde apenas para os trabalhadores que contribuía para a previdência social, continuando assim um cenário de saúde para poucos.

Além do cenário sobre o direito à saúde, o que estava em jogo também era a cidadania – o direito ao voto. Segundo Carvalho (2019), entre 1930 e 1937 houve uma tentativa de organização para a participação popular na política nacional, porém não foi eficaz devido à falta de organização de novos partidos. Além disso, os que já existiam não simpatizavam com a democracia representativa, ganhando assim os que já estavam no poder. Carvalho (2019) ainda compartilha sobre a Constituição de 1946, a qual não considerava boa parcela da população e, com a nova Constituição, passa a estender o direito ao voto para toda a população, incluindo homens e mulheres acima de 18 anos, exceto analfabetos. Vale informar que, até 1950, 57% da população brasileira ainda era analfabeta e o voto era considerado obrigatório e secreto. Diferente da Constituição anterior, que inseria a população analfabeta com o intuito de manipulação e obtenção de votos, pois os políticos eram donos das terras e de escravos, porém agora o cenário se modificou.

Com o processo de mudança no cenário político por meio do estímulo a ampliação de representação e participação popular no Brasil, bem como com a criação de partidos e processo de enfraquecimento dos partidos conservadores no país (CARVALHO, 2019), houve, em 1964, uma reação que culminou no regime autoritário: o regime militar. Período

conhecido historicamente por repressões e violência que atingiram os direitos civis e políticos da época.

Neste mesmo período (1964-1984), o cenário da saúde também se apresentou precário, com perfil de alta mortalidade infantil, tuberculose e malária, problemas esses ocasionados pela falta de assistência à população, onde o atendimento médico era possível apenas para os que podiam pagar ou por intermédio da caridade ou filantropia (PAIM, 1994). Em contrapartida, houve avanço no processo de urbanização e discussões acerca da criação de um Sistema Nacional de Saúde que culminou posteriormente na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e implantação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência Social) em um novo desenho institucional – contudo a saúde ainda era prestada de acordo com o modelo médico-assistencial-hospitalar e apenas para previdenciários.

Ainda no período supracitado, saúde e política caminharam juntos com mobilizações sociais contra o governo por parte de estudantes e operários que realizaram manifestações e greves. Isso levou o governo a realizar censura à imprensa e retirou a liberdade de opinião da população, sem reuniões, formação de partidos, sindicatos, toda a sociedade sob ameaça do regime militar (CARVALHO, 2019). A partir das repressões, a sociedade civil passou a protestar contra as ações que agrediam a democracia brasileira, e foi neste cenário que o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (Cebes) constituído pelo movimento estudantil, atrelado com os médicos Residentes e os profissionais da saúde deram o pontapé inicial ao ciclo da Reforma Sanitária Brasileira - RB (SCOREL, 2012).

O ciclo da RSB partiu da *ideia* com forte discussão sobre a concepção de saúde instaurada politicamente na sociedade; da *proposta* enquanto uma política de Estado (criação do SUS); do *projeto* sistematizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) assumindo um conceito mais ampliado de saúde; do *movimento* desencadeado pela participação social; e por último o *processo* que efetivou a saúde como direito do Estado na CF de 1988 (PAIM, 2012).

Assim, no que concerne ao último ciclo da RSB – *processo* existem diversos desafios após a constituinte (CF 1988) em decorrência de forças políticas e ideológicas, contudo há evidências de que a Reforma Sanitária continua em “vigência e atual” (PAIM, 2008, p.323; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Após esse histórico, finda, enfim, a saúde como um direito de todos os brasileiros promulgada através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e, em seguida, a efetivação da participação e controle social por meio de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde através da Lei nº 8.142, de dezembro de 1990.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde, enquanto arranjo organizacional do estado brasileiro está baseado por princípios e diretrizes (BRASIL, 1990), e nesses mais de 30 anos, tem apresentado avanços significativos para toda a população brasileira, como: implantação do sistema único em todo o território nacional, diminuição da mortalidade infantil, diminuição da taxa de natalidade através da incorporação da Atenção Primária à Saúde (APS), ampliação da cobertura da APS em todo o Brasil, implantação de estratégias e programas de saúde - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa Nacional de Imunização (PNI), Farmácia popular, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dentre outros, programas, políticas e estratégias que avançaram o cenário da saúde em todo território nacional.

4.2.2 Participação Social

O termo “participação” está vinculado a “fazer saber”, “comunicar”, “ser parte”, entre outros que está relacionada com a vida em sociedade (SCOREL; MOREIRA, 2012), com às ciências políticas e sociais e, é através da participação que podemos aperfeiçoar os processos democráticos no país (ESPERIDIÃO, 2014).

O exercício da participação também está vinculado ao contexto histórico e social do cidadão, porque a participação exige tomada de decisão, possibilidades, interação entre os indivíduos para exercer a democracia no espaço comum. Vale ressaltar, que não podemos neutralizar ou ser ingênuos ao tratar a participação como algo meramente positivo, pois, apesar de estabelecer um certo valor de democracia, devemos lembrar que a participação não se desvincula das relações sociais, econômicas e políticas (SCOREL; MOREIRA, 2012) que está permeada nas relações de poder e de conflitos.

Mas, afinal, quem participa de determinados espaços, como participam e por quê?

Segundo Scorel e Moreira (2012), isso depende muito da situação cultural e se o ambiente propicia a participação ou não, pois devemos levar em conta a questão histórica da

sociedade, a identificação dos sujeitos que participam, se esses fazem a participação de forma isolada ou de forma coletiva, além disso, analisar a forma de participação, se existe representante ou não, e se a participação se encaixa como voluntária, condicionada ou forçada.

O Dicionário Bobbio (1998) aponta três formas ou níveis de participação: presença, ativação e participação. A “presença” é a forma menos intensa de participação, está demonstrada na presença em reuniões, a exposição voluntária a mensagens políticas, ou seja, situações em que o indivíduo não dá contribuição pessoal; a “ativação” é onde o sujeito é ativo e se desenvolve, seja dentro ou fora de uma organização política. Este sujeito realiza atividades que foram delegadas, tem como exemplo: participação em campanhas eleitorais, manifestações de protesto, etc.; e, o terceiro termo “participação” é quando o indivíduo contribui no processo de tomada de decisão política de forma direta ou indiretamente.

Além das formas de participar, existe também as formas de não participação. Isso se dá pela ausência de oportunidades, ou desconhecimento das possibilidades de participação, ou até mesmo por desinteresse dos sujeitos, ainda acrescento aqui a escolha, pois os sujeitos podem conhecer, e saber da oportunidade de participar, mas optam por ser neutros ou omissos. Assim a opção de não participar também é uma maneira de participar (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Tomar decisão, expor um ponto de vista que atinja a coletividade é um destaque dado a participação social (ESPERIDIÃO, 2014), que concerne a “base construtiva da democracia” que, por conseguinte, se ampliarmos a participação social desenvolvemos a democracia e vice-versa (ESCOREL; MOREIRA, 2012, p. 859).

Historicamente a participação social foi incorporada como uma “estratégia de organização dos cuidados da saúde” (ESPERIDIÃO, 2014, p. 246) em diversos países e no Brasil.

Em destaque para o Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), desencadeado em meados da década de 1970 foi determinante para garantia da saúde como direito e dever do Estado (ESPERIDIÃO, 2014; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Esse direito foi garantido em 1988 com a promulgação da Constituição Federal (CF) brasileira (BRASIL, 1988), fruto de uma articulação política e social que combateu ao regime civil militar instaurado no Brasil em 1964 (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

A CF de 1988 determinou direitos sociais, além do direito à saúde, como: educação, trabalho, terra, habitação, salário mínimo digno baseado nas necessidades da população, e além disso garantiu também a participação social por meio das seguintes instâncias (SCOREL; MOREIRA, 2012): 1) Eleições diretas: sufrágio universal para presidentes, governadores, senadores, etc.; 2) Plebiscito: onde a população é chamada para decidir sobre algo que ainda não foi transformado em Lei; 3) Referendo: é quando a população é chamada para decidir sobre a confirmação ou desaprovação de algum ato legislativo; e 4) Iniciativa popular: é quando a população encaminha um projeto de Lei ao Congresso Nacional para apreciação.

Esse processo de redemocratização (saída do regime civil militar para o democrático) no Brasil foi essencial para garantia de direitos constitucionalmente estabelecido. Percebe-se que ainda há uma continuidade do exercício da democracia baseada nos preceitos da representativa e, também, na democracia direta (assembleia, povo), como já vimos anteriormente.

Dois anos após a publicação da CF de 1988, foram aprovadas as leis do SUS: Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as diretrizes do SUS, e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõem sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS e criam duas instâncias colegiadas: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Essas duas leis trazem em seu bojo a participação como elemento fundamental para a consolidação do SUS.

No entanto, antes de ser promulgadas as leis do SUS e conceber as instâncias colegiadas, as iniciativas da participação social por meio de conselhos, estiveram presentes nas décadas de 1970 e 1980, com a seguinte organização: conselho comunitário, conselhos populares e conselho administrativo (ESPERIDIÃO, 2014; SCOREL; MOREIRA, 2012).

O conselho comunitário partia das demandas da comunidade para as autoridades locais – relação clientelista entre sociedade e Estado. Os conselhos populares decorreram dos movimentos sociais e defendiam a autonomia em relação ao Estado. Já, o conselho administrativo era meramente dirigido ao gerenciamento participativo nos espaços de prestação de serviços da saúde e não tinha poder de influência nas políticas públicas (ESPERIDIÃO, 2014; SCOREL; MOREIRA, 2012).

Por outro lado, as formas de participação foram se moldando ao longo das décadas. Em 1970, esteve presente a “participação comunitária” que estava voltada para ações

programáticas e sanitárias, com programas de extensão de cobertura preconizados pelas agências internacionais, onde esses programas permitiam a organização da comunidade para reivindicar melhorias. Logo após, surgiu a proposta da “participação popular”, onde a parcela excluída da população passa a ter acesso a bens e serviços, o que foi criticado pelo poder dominante, pois a participação deixou de ser apenas nos serviços de saúde e passou a ser também para o conjunto da sociedade e Estado (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Já, em 1990, o que ganhou força foi a categoria “participação social” pois a participação não estava mais voltada para os setores sociais excluídos, como antes, e passou a acolher participação em diversos interesses e projetos (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Neste aspecto, a participação passou a se constituir da universalização dos direitos, o que, por conseguinte amplia o conceito de cidadania (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Anteriormente, a cidadania estava voltada para relação de consumidor e Estado deposto na teoria schumpeteriana (CHAUI, 2011), ou voltada para os direitos fundamentais de bem-estar como estabelecido no Estado de bem-estar social, ou até mesmo no sentido da liberdade de direitos como característica fundamentada no Estado liberal e no Estado moderno (CABRAL NETO, 1997). Portanto, a cidadania passou a ser caracterizada na sociedade como um espaço de “conflito político onde interesses contraditórios que lutam por prevalecer sobre questões sociais importantes” (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 859). Ou seja, o cidadão passa a lutar em prol das questões sociais de forma coletiva, o que presume que não é mais o Estado quem determina os direitos sociais e ditam as condições, mas as decisões políticas são também travadas pelos cidadãos por meio da luta, uma luta contra hegemônica.

Dessa forma, este trabalho assume participação social como a luta dos cidadãos e dos coletivos que os agregam por seus direitos, aí incluídos o poder de influir nas decisões do Estado sobre todas as questões que lhe afetam direta ou indiretamente.

4.3 PODER

Historicamente o poder foi manifestado pelo Estado para a manutenção da ordem social (doutrina liberalista), especialmente do Estado Moderno, onde o Estado detinha poder

sobre o território e o povo, e a liberdade estava voltada para os direitos da propriedade individual, baseado em acordos sociais. Posteriormente, essa teoria foi criticada pela doutrina marxista - relação mercado e desigualdade social (BOBBIO, 1987; GRUPPI, 1980; TESTA, 1992).

Sendo assim, “o processo revolucionário da transformação da sociedade exige exatamente a conquista do poder” (GRUPPI, 1980, p. 35) e o primeiro passo para essa revolução e/ou transformação da sociedade pode estar pautada na conquista da democracia (em algumas sociedades).

Assim, a categoria “poder” permeia outras categorias: Estado, sociedade civil, governo e democracia, que já foram debatidas anteriormente.

Retornando à concepção de poder, além de estar voltada para a soberania estatal, o poder também é concebido como uma “produção desejada” (RUSSELL, 1938 apud BOBBIO, 1987) que é também uma definição hobbesiana, de um homem ou grupo sobre o outro, que pode se expressar no poder físico, militar, psicológico (ameaças), domínio econômico, persuasão, na educação, dentre outros (BOBBIO, 1987), representado historicamente na sociedade.

Para Machado (1979 apud DANNER, 2009, p. 787), “o poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente”, aqui o poder permeia sob a ótica social e da prática política histórica. O sentido da prática social está inserido na relação do poder com a vida do homem em sociedade, que vai da capacidade de agir até a determinação do comportamento do homem, isto é, o “poder do homem sobre o homem” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 933), onde o homem é considerado tanto sujeito (o que faz a ação) como objeto (o que recebe a ação) do poder social (BOBBIO, 1987), perfazendo assim uma relação de dominador e dominado.

A “capacidade de agir” também se faz presente na concepção em Robert Dahl (DAHL 1963 apud BOBBIO, 1987) apontado no poder de influência/indução de um ator para outro, fazendo com que um ator (es) aja de um modo que não agiria(m).

Aqui destacamos a influência/indução enquanto parte do exercício do poder, o poder de dominação, persuasão de um homem ou grupo social para outro, o que implicará também a sua liberdade, pois “o poder de A implica a não-liberdade de B” e “A liberdade de A implica o não-poder de B” (BOBBIO, 1987, p. 78), assim o poder está diretamente ligado à liberdade e a democracia.

Mário Testa (1992), médico, argentino, também se dedicou aos estudos do poder para entender os processos sociais, políticos e ideológicos no campo da saúde. Ele situa o poder a partir do duplo sentido dado ao conceito de organização, afirmando que o primeiro aspecto da organização é a consolidação da burocracia - organização institucional; e, o segundo é o argumento com interesses dos atores sociais.

Para Testa (1995, p.36), de forma geral, o poder é “ação”, e no setor da saúde essa ação (poder) se desenvolve em três âmbitos de poder, chamados também de principais tipos de poder: o poder técnico, o administrativo e o político (TESTA, 1992, 1995).

Portanto este trabalho assume o conceito de poder baseado em Testa (1992,1995), poder como ação, a ação expressa nas relações de poder em diversos âmbitos.

Assim, além das subcategorias do poder tratadas em Testa (técnico, político, administrativo), será apontado sobre poder econômico.

4.3.1 Poder político

O poder político é exercido em sociedades diversas. Na sociedade medieval, por exemplo, o poder político esteve presente na disputa entre o poder do Estado, que exercia o poder da “força física” em um território, e o da Igreja que exercia o poder do “ensino”, isto é, o conhecimento religioso, dogmas, doutrinas, definição de moral, e a salvação da alma do homem (BOBBIO, 1987).

Vale ressaltar que a caracterização do exercício do poder político marcado pela disputa entre “Estado *versus* Igreja” está consonante com a teoria hobbesiana (poder como um efeito desejado), onde o Estado exerce o efeito desejado da coerção, da força, e a Igreja o poder psicológico, doutrinário (BOBBIO, 1987).

Assim, o uso da força como forma do exercício do poder político está presente também nas concepções filosóficas e liberalistas do Estado (poder soberano), mas essa concepção de poder político não é única. Segundo Bobbio (1987, p. 80) “o uso da força física é a condição necessária para a definição do poder político, mas não a condição suficiente”, portanto, além do poder soberano e de coerção (força) do Estado, existem outros poderes, como: econômico, simbólico, ideológico, entre outros.

Na teoria de Mario Testa (1992, p.124), o poder político tem a “capacidade de desencadear uma mobilização” e isso dependerá do conhecimento/saber e da visão da realidade do ator social.

Neste aspecto, o saber está atribuído a dois tipos de conhecimento, o empírico, que parte das experiências, reflexões informais, sustentado muitas vezes em um poder individual ou de grupos pequenos, definido por algum interesse circunstancial; e o científico, que é um saber formal, respondido por intermédio da ciência (TESTA,1992).

Em ambos os saberes há interesse, há ideologia e diferentes formas e práticas (TESTA, 1992). Testa (1992, p. 125) chama essas “diferentes formas práticas” de dominação - submissão, subordinação, e relação entre dominados e dominantes; e ideologia de “viabilização e realização de um projeto, em particular de um projeto político”. Estes são exercidos através do poder do conhecimento (empírico e científico) que se faz presente no poder político.

4.3.2 Poder técnico

O poder técnico parte da ideia do conhecimento para o funcionamento do setor saúde (TESTA, 1995). E, baseado na informação, Testa (1992) o separa da seguinte forma: 1) Informação Médica: está fundamentada na relação médico e paciente; 2) Informação Sanitária: composta pela lógica da morbidade e mortalidade, mas deveria apoiar-se no sentido mais amplo, englobando a distribuição da enfermidade na população, por exemplo; 3) Informação Administrativa: em geral são os indicadores de saúde, o uso do recurso, baseado na produção, custos e produtividade, vale ressaltar que essa informação articulada com a sanitária ajudam a tomar decisões no setor saúde; e por último 4) Marco teórico: é o conhecimento da epidemiologia, do problema, das causas, das enfermidades, da determinação social do problema.

Em suma, o poder técnico permeia um indivíduo, um grupo social, ou uma instituição, e tem a capacidade de gerar e lidar com a informação de características diferentes (TESTA, 1995). Portanto, parte de atores sociais diversos, que constroem o setor da saúde, demandam sobre as necessidades e problemas de saúde, são os que constroem a informação a partir de

uma base, a base técnica, o conhecimento. A partir disso, refletimos a seguinte questão: todos os atores possuem esse poder, ou melhor, são todos os atores que usam desse poder para tomar decisões sobre a saúde da população?

4.3.3 Poder administrativo

Assim como no poder técnico, o poder administrativo também é exercido (ou sofrido) por um indivíduo, um grupo social, ou uma instituição (TESTA, 1995), que são os atores sociais envolvidos no processo de tomada de decisão.

O poder administrativo parte da ideia dos “processos que manejam os recursos” (TESTA, 1995, p. 38), o que inclui também os recursos humanos. Vale ressaltar que o poder administrativo está concentrado principalmente nos países capitalistas que se deparam com diversas formas de financiamento, o que faz do financiamento a expressão do poder administrativo (TESTA, 1992).

No setor da saúde, o financiamento se expressa nos grandes subsetores de prestação de serviço: público, privado ou intermediário (TESTA, 1992). No caso do Brasil, temos o Sistema Único de Saúde, que se expressa de forma gratuita e universal por meio dos recursos advindos da seguridade social; o setor privado é como suplementar ao sistema público de saúde, mas também presta serviços por desembolso direto da população (atendimento médico e ambulatorial, compra de medicamentos, dentre outros), e o intermediário, segundo Testa (1992), são os seguros destinados aos trabalhadores e seus dependentes.

Sendo assim, o poder administrativo atrelado às subcategorias do financiamento do sistema de saúde, reflete, diretamente ou indiretamente, nas decisões, estratégias e orientações que irão intervir na população e, essa tomada de decisão está nas mãos dos atores sociais que prestam serviços ao Estado.

4.3.4 Poder econômico

O poder econômico parte da ideia de posse de bens/propriedades e da relação entre proprietário e não proprietário, ou melhor, patrão e trabalhador. Essa relação tem a capacidade de induzir aos que não possuem bens a executarem um trabalho útil (BOBBIO, 1987).

O trabalho é firmado pelo patrão, que por sua vez exerce o poder (econômico) nos espaços de meio de produção, para aqueles que não possuem bens, além disso também irá determinar sobre os comportamentos dos mesmos (BOBBIO, 1987).

Harnecker (1983) salienta que esse comportamento determinado parte dos pensamentos e ações dos homens quando participam da produção de bens materiais, pois o espaço de produção é dominado pelo poder do patrão. Nesse contexto, demarca-se dois poderes: ideológico e o econômico. É através do poder ideológico que permeado por “estrutura própria, leis, funcionamento e desenvolvimento” (HARNECKER, 1983, p.110) que a classe dominante mantém constante seu poder econômico.

Assim, o poder econômico reforça a ideia de divisão de classe (proprietário e não proprietário), apontadas nas teorias de Marx e Engels, onde quem não possui propriedade vende a força de trabalho sob condições estabelecidas pelo patrão (BOBBIO, 1987).

De posse dos conceitos apresentados sobre o aporte teórico das principais categorias relativas à pesquisa, o próximo capítulo estará dedicado à apresentação da metodologia do estudo, no qual está incluída de forma mais detalhada o campo a ser trabalhado: o Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA). E, para melhor compreensão da análise a partir das categorias de poder, o Quadro 1 apresenta resumo detalhado dos conceitos utilizados.

Quadro 1 - Detalhamento da categoria poder e conceitos

Tipo de poder	Conceituação/identificação	Autor
Técnico	PRÁTICA, MILITÂNCIA. Ideia do conhecimento para o funcionamento do setor saúde; informação, informação articulada com a sanitária ajudam a tomar decisões no setor saúde; capacidade de gerar e lidar com a informação de características diferentes	TESTA (1995)
Administrativo	GESTÃO, ESTRATÉGIA. Ideia dos “processos que manejam os recursos” financeiros e/ou humanos, reflete, diretamente ou indiretamente, nas decisões, estratégias e orientações que irão intervir na população e, essa tomada de decisão está nas mãos dos atores sociais que prestam serviços ao Estado	TESTA (1995)

Político	DIREÇÃO. CONDUÇÃO. Uso da força, mobilização e visão da realidade do ator social, voto, filiação, apoio a grupos, corporações.	TESTA (1995)
Econômico	Ideia de posse de bens/propriedades e da relação entre proprietário e não proprietário, ou melhor, patrão e trabalhador; O trabalho é firmado pelo patrão, que por sua vez exerce o poder (econômico) nos espaços de meio de produção; divisão de classe.	BOBBIO (1987)

Fonte: elaboração própria.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, de natureza qualitativa.

O estudo de caso permite descrever de forma mais detalhada a situação estudada (ESTRELA, 2018; GIL, 2010). É muito utilizado na área da Saúde Coletiva “nos quais a unidade de análise pode ser [...] famílias, comunidades, instituições ou outros grupos sociais” (ESTRELA, 2018, p.110), bem como para avaliação de problemas ainda mal conhecidos. E neste caso tratará sobre o Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA).

O tipo de pesquisa exploratória visa verificar os limites ainda pouco definidos. Já a pesquisa descritiva apresenta situações sobre o contexto que está sendo realizada a investigação (GIL,2010).

A pesquisa de natureza qualitativa responde a questões particulares, está preocupada com as Ciências Sociais e com a realidade não quantificável. Essa pesquisa, diferente da quantitativa, está atenta aos significados, valores, atitudes, dedicando a questões mais profundas e subjetivas do fenômeno a ser estudado (MINAYO, 2001).

5.2 CAMPO DE ESTUDO E PERÍODO DA PESQUISA

O estudo em campo possibilita maior aproximação com o que se pretende trabalhar e isso cria um conhecimento maior sobre a realidade do local a ser explorado (CRUZ NETO, 2001). Assim, o campo a ser estudado será o do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA).

O CES-BA é um órgão deliberativo que integra a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). É composto por integrantes representado pelo governo do estado, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BAHIA, 2011a).

Tem a finalidade de atuar no processo de formulação de estratégias, propostas, controle da execução das políticas de saúde do estado da Bahia, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos (BAHIA, 2011). Representando assim a população do estado da Bahia nos espaços colegiados do SUS (conselhos e conferências).

O período a ser estudado será de 2012 a 2018. Vale ressaltar que a pesquisa se inicia no ano de 2012, pois já existe um trabalho que analisou o período de 2003 até 2011 (BISPO JÚNIOR, 2013). Além disso, o período representou o ano da criação do Regimento Interno (BAHIA, 2011b), a Lei da estruturação (BAHIA, 2011a) do CES-BA e a promulgação da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. O que irá trazer contribuições complementares ao trabalho realizado anteriormente.

5.3 TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O estudo foi conduzido em três momentos para coleta e análise dos dados, a saber: 1) Levantamento das Atas Ordinárias do conselho e documentos técnicos e/ou normativos (regimento interno e eleitoral, resoluções e pautas) impulsionados pelo CES-BA de 2012 a 2018; 2) Leitura e organização dos dados coletados; 3) Análise dos dados obtidos para responder às perguntas de investigação.

O primeiro momento metodológico contou com o levantamento dos seguintes documentos do CES-BA: atas de reunião, documentos técnicos e normativos (Leis, decretos, regimentos), disponíveis nos sites oficiais do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB).

Para a leitura e organização dos dados, o segundo momento metodológico utilizou o *Software* ATLAS.ti. Os dados obtidos foram sistematizados conforme o Quadro 2.

Quadro 2- Organização dos dados coletados nas Atas do CES-BA disponíveis e gratuitos

Nº da Ata	Falas	Códigos	Comentários/observações	Nome do Conselheiro	Segmento	Entidade

Fonte: Elaboração própria

A fase da análise dos dados, terceiro momento metodológico, era dependente de outras que a precederam, como: construção da pergunta de investigação, da definição dos objetivos, do método, da coleta de dados, construção das informações, entre outras (GOMES,

2001), para que os resultados obtidos fossem analisados e discutidos posteriormente. Sendo assim, para obter uma análise mais robusta dos resultados obtidos na pesquisa qualitativa, esta deve estar respaldada em categorias analíticas gerais e específicas.

Essas categorias podem ser estabelecidas antes ou depois da fase da coleta no campo de pesquisa. As categorias estabelecidas antes geralmente são as mais gerais, amplas e abstratas, requerendo assim uma fundamentação teórica. As mais específicas são concretas e estabelecidas após a coleta dos dados (GOMES, 2001).

Neste aspecto, este estudo tem como categorias analíticas: democracia; Estado; sociedade civil e poder, que estão apresentadas de forma mais detalhada no tópico do referencial teórico. E as categorias específicas estão apresentadas segundo: categoria analítica, intermediária e empírica apresentadas de forma mais detalhada no Quadro 3.

Quadro 3 – Quadro analítico com o detalhamento dos objetivos específicos, perguntas de investigação, questões norteadoras e fonte para levantamento de dados

Objetivos específicos	Pergunta de investigação	Questões norteadoras	Categoria de análise	Categorias intermediárias	Categorias empíricas	Fonte
Analisar o exercício da democracia entre os segmentos e entidades que compõem o CES-BA	Como se dá as relações de poder entre os três segmentos e entidades que compõem o CES-BA?	De que forma o CES-BA se organiza internamente? Quais são as representações que compõem e participam do Conselho Estadual no período de 2012 e 2018? Houve mudanças nas representações ao longo do período? Quais segmentos e/ou entidades têm tido voz ativa no CES?	Estado Poder (instituído) Democracia	Sociedade Civil Sociedade política Técnico Administrativo Político Representação Participação	Funções (secretaria executiva, presidência.) Conselheiros Segmentos (Usuários Trabalhadores, Prestadores Público Prestadores privados Gestores) e entidades	Atas do CES, Regimento interno e pautas
Descrever os temas e interesses pautados nas reuniões do CES-BA no período de 2012 a 2018	Quais são os temas mais controversos e os interesses pautados nas reuniões do CES-BA ?	Quais os interesses individuais e coletivos, públicos e privados em disputa na arena entre os representantes dos segmentos do CES-BA? Quais as principais deliberações, de onde partiram e a que interesses de segmentos elas atendem? As decisões são para manter o <i>status quo</i> do Estado ou a favor da coletividade? E qual coletividade?	Interesses Poder (Instituinte) Democracia	Agenda Tema Pautas CES-BA Decisão Técnico Administrativo Político Representação Participação	Quem pauta O que é pautado Quanto tempo permanece em discussão; Propostas e encaminhamentos	Atas do CES

Fonte: elaboração própria.

As principais fontes de análise das atas de reunião do CES-BA foram: o Quadro Analítico (Quadro 3) e a teoria da análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2009).

O quadro analítico possibilitou a síntese das informações, sendo capaz de subsidiar a tessitura dos questionamentos empíricos/científicos que surgiram ao longo do projeto, que por sua vez contribuiu, para além da formulação metodológica, na busca de respostas obtidas a partir das atas de reunião. Já a análise de conteúdo, foi como complemento à análise do projeto, no qual permitiu trabalhar, metodologicamente, as expressões dos elementos textuais.

Desse modo, a AC é uma metodologia de pesquisa que é utilizada para “descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos” (MORAES, 1999, p.2) que no nosso caso contribuiu para analisar os textos das Atas de reunião do CES-BA. A interpretação qualitativa contribuiu para compreender seus significados além da leitura comum. Conforme Moraes (1999) a abordagem qualitativa na AC tem sido cada vez mais valorizada devido ao seu método aprofundado de investigação.

Segundo Olabuenaga e Ispizúa (1989 apud MORAES, 1999, p. 3), a AC é definida como “uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessíveis”. E, está associada aos materiais advindos da comunicação verbal ou não-verbal, como: cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos autobiográficos, discos, gravações, entrevistas, diários pessoais, entre outros (MORAES, 1999).

Portanto, esses materiais diversos chegam ao investigador em seu estado “bruto”, fazendo necessário ser processado para facilitar a compreensão, interpretação e inferência da AC (MORAES, 1999). Vale ressaltar, que essa AC é uma interpretação pessoal do investigador, portanto não é uma leitura neutra, e será interpretado também com base no referencial teórico.

Mas, não é um trabalho solto, exige uma metodologia que irá contribuir para a AC. Assim, para extrair os dados das Atas do CES-BA, que são a matéria prima deste trabalho, foram utilizadas seis questões metodológicas: 1) quem fala? 2) para dizer o que? 3) A quem? 4) de que modo? 5) com que finalidade? 6) com que resultados? (MORAES, 1999).

Além disso, foram utilizadas as três fases da AC de Bardin (2009), a saber: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Na primeira fase, a pré-análise, é o momento da organização, onde se estabelece o esquema do trabalho, que envolve a “leitura flutuante”, ou seja, o primeiro contato com o

material e a escolha dos documentos. Na segunda fase, a exploração do material, que é o momento da criação de categorias claras, que segundo Minayo (2001) são as categorias específicas, e apropriadas para organização do material. E por último, a terceira fase, tratamento dos resultados, é onde o pesquisador dar significados aos resultados obtidos.

Os documentos técnicos e/ou normativos do CES-BA utilizados como fonte de consulta estiveram dispostos nos encaminhamentos e deliberações realizadas nas reuniões do conselho. E, considerando o período extenso de estudo, o elevado quantitativo de falas, bem como a gestão do CES ser conduzida por biênios, foi criada uma matriz de análise (Quadro 4) que contribuiu na organização e apresentação dos principais achados.

Quadro 4 – Detalhamento das falas por objetivo do estudo, pergunta de investigação, categorias, biênio e achados.

Objetivo	Pergunta de investigação	Categorias	Biênio	Achados - Atas
			2012-2014	
			2014-2016	
			2016-2018	

Fonte: Elaboração própria.

Foram utilizados dois softwares para auxiliar na organização e análise dos dados: Atlas.ti e Iramuteq.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento do estudo não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois todas as informações incluídas nesta pesquisa são liberadas de forma gratuita nos sites da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e do Conselho Estadual de Saúdeda Bahia (CES-BA) para a população geral.

6. RESULTADOS

Artigo 1

Representação e poder em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste em três biênios, de 2012 a 2018

Resumo

Este artigo teve como objetivo analisar o exercício da democracia entre os segmentos e entidades que compõem o Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), no período de 2012 a 2018. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, resultado do projeto de Dissertação intitulado “*Democracia e relações de poder em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste, no período de 2012 a 2018*”. Baseou-se em documentos do CES-BA: atas de reuniões ordinárias, regimentos, pautas e Leis. Analisados em seguida por três categorias analíticas: Estado, Poder e democracia, a partir da Análise de Conteúdo (AC) intermediado pelo plano metodológico e quadro analítico, à luz do referencial teórico. Tais dados foram organizados pelo *Atlas.ti* e *Iramutec*, com elaboração de gráficos pelo *Microsoft Excel*. A organização dos achados permitiu segregar a discussão em três biênios, considerando o período do mandato analisado no estudo (2012 a 2018). Os resultados apontaram forte participação no encaminhamento de pautas por parte do segmento Prestador e Gestor, com argumentos técnicos e administrativos. O segmento dos Trabalhadores demonstrou coesão em suas propostas voltadas para a gestão e ao trabalhador de saúde, quando junto com o segmento de Usuários e, por vezes, Prestadores conseguiu encaminhar pautas, protagonizando o espaço. O segmento de Usuário conseguiu pautar demandas coesas, mas que não se caracterizaram como demandas da representação como todo, ressaindo os interesses de suas entidades, mais especificadamente de patologias e centrais sindicais. No que se refere ao poder, percebe-se que o poder político, sem estar atrelado ao técnico e administrativo, é insuficiente, tendo em vista que a realização do movimento e a manifestação dos interesses por si só não levam a argumentar adequadamente uma demanda – o que conforma uma participação meramente ativa. Por fim, conclui-se que os achados contribuíram na defesa de que o Conselho Estadual de Saúde é um órgão colegiado que tem potencialidade de interferir nas ações de saúde do estado, porém ainda permanece a concentração de força política do próprio estado em manter suas ações ao ponto de usar o conselho como instrumento consultivo.

Palavras- chave: Democracia; Participação Social; Conselho de Saúde.

ABSTRACT

This article aimed to analyze the exercise of democracy among the segments and entities that make up the State Health Council of Bahia, in the period from 2012 to 2018. This is a case study of descriptive and exploratory type, of a qualitative nature, resulting from the Dissertation project entitled "Democracy and power relations in a Northeastern State Health Council, in the period from 2012 to 2018". It was based on State Health Council of Bahia documents: minutes of ordinary meetings, bylaws, agendas, and Laws. They were then analyzed by three analytical categories: State, Power and Democracy, from the Content Analysis mediated by the methodological plan and analytical framework, in the light of the theoretical referential. These data were organized by Atlas.ti and Iramutec, with the elaboration of graphics by Microsoft Excel. The organization of the findings allowed us to segregate the discussion into three biennia, considering the period of the mandate analyzed in the study (2012 to 2018). The results pointed out strong participation in the forwarding of agendas by the Provider and Manager segment, with technical and administrative arguments. The Workers segment showed cohesion in its proposals for management and health workers, when together with the Users segment and, sometimes, Providers managed to forward agendas, taking the lead in the space. The User segment managed to present cohesive demands, but they were not characterized as demands from the representation as a whole, with the interests of their entities, more specifically of pathologies and union centrals, resounding. As far as power is concerned, it can be seen that political power, without being linked to technical and administrative power, is insufficient, considering that the accomplishment of the movement and the manifestation of interests alone do not lead to adequately argue a demand - which conforms a merely active participation. Finally, we conclude that the findings contributed to the defense that the State Health Council is a collegiate body that has the potential to interfere in the state's health actions, but the concentration of political power of the state itself in maintaining its actions to the point of using the council as a consultative instrument still remains.

Key-words: Democracy; Social Participation; Health Council.

Introdução

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado do Sistema Único de Saúde (SUS), com caráter permanente e deliberativo que contribui para a formulação de estratégias e para o controle da execução da política de saúde em cada instância correspondente inserido nos três âmbitos de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Em qualquer instância representativa deve ser formado por 50% de entidades de movimentos representativos de usuários, 25% de trabalhadores da área de saúde, e 25% de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012).

Assim, o Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), enquanto colegiado gestor no âmbito do estado para garantia do direito à saúde, apresenta competências que têm a finalidade de atuar na formulação de estratégias e no controle da política estadual de saúde. Incluindo os aspectos econômico ou financeiros, a mobilização e articulação com a sociedade civil, com capacidade de elaboração de propostas para a situação de saúde do seu território, a realização de ações de informação, educação popular, e educação permanente para os (as) conselheiros (as), afim de discutir, deliberar e encaminhar também sobre os instrumentos legais do SUS (BAHIA, 2011b).

Dessa maneira, a representação do CES-BA é formada de modo que os segmentos e entidades são responsáveis por escolher seus representantes em assembleias convocadas por meio de edital (BAHIA, 2011b). Este formato de representação aponta que o tipo de democracia constituída pelo CES-BA é a democracia indireta ou representativa que se baseia em decisões que não necessariamente partem dos cidadãos, mas por representantes eleitos. Destaca-se que historicamente as representações na sociedade civil - entendendo sociedade civil como desdobramento do Estado com exercício do poder por meio do convencimento, e onde surgem os conflitos sociais, econômicos, ideológicos (BOBBIO, 1987; 1999) – foi culturalmente formada pelos que detinham o poder econômico e possuidores de bens e propriedades que estavam direta ou indiretamente ligados ao poder do Estado.

Considerando brevemente os aspectos históricos, conceituais e de poder em relação à expressão da representação na sociedade civil, especificamente na área da saúde, o presente artigo visa analisar o exercício da democracia entre os segmentos e entidades que compõem o

CES-BA, no período de 2012 a 2018. Para responder ao objetivo proposto tem-se a seguinte pergunta de investigação: como se dá as relações de poder entre os três segmentos e entidades que compõem o CES-BA?

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, resultado do projeto de Dissertação intitulado “Democracia e relações de poder em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste, no período de 2012 a 2018”.

A pesquisa descritiva estuda características de determinados grupos e contribui para realizar associações entre variáveis, porém não está limitada apenas a essa associação, tal tipo de estudo contribui também para determinar a natureza da relação entre as variáveis ou categorias, o que proporciona uma nova visão de determinado problema, aproximando-se de pesquisas exploratórias (GIL, 2008).

Destaca-se que para contribuir com o objetivo e responder à pergunta de investigação proposta, o estudo contou também com quatro perguntas norteadoras, a saber: 1) de que forma o CES-BA se organiza internamente? 2) quais são as representações que o compõem e participaram do Conselho Estadual no período de 2012 e 2018? 3) houve mudanças nas representações ao longo do período? E 4) quais segmentos e/ou entidades têm tido voz ativa no CES?

Assim, o estudo baseou-se em documentos do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) como atas ordinárias, regimento, pautas e Leis disponíveis gratuitamente no site oficial do conselho, no período de 2012 a 2018. A partir da definição dos documentos a ser utilizados, o estudo seguiu em três momentos metodológicos, a saber: 1) coleta de dados; 2) leitura, organização e sistematização dos achados, e 3) análise e discussão dos dados obtidos.

No **primeiro momento metodológico** - coleta dos dados, foi realizado o levantamento de todos as atas ordinárias no período de 2012 a 2018, lista de pautas, regimento do CES-BA, e Leis relacionadas ao conselho. Todos os documentos foram lidos para dar suporte à escrita do estudo. Vale informar que os documentos que não estavam disponíveis foram solicitados por e-mail formal ao CES-BA.

O **segundo momento** metodológico, de “leitura, organização e sistematização dos achados”, baseou-se primeiramente na leitura flutuante dos documentos normativos do CES-BA, como Leis, regimentos e pautas, e excepcionalmente a leitura das atas, enquanto instrumento com maior volume textual e em termos de quantidade deste estudo, foi lida por

meio do *software* Atlas.Ti, onde as informações foram organizadas por códigos, a saber: “quem fala e o que fala”, “informes” “encaminhamentos” e” propostas”.

A leitura por meio do *software* Atlas.ti permitiu realizar o download do arquivo de cada ata, e em seguida, foi possível organizar uma planilha no Programa Microsoft Excel a partir das seguintes variáveis: nº de reunião da Ata (por exemplo: 183ª Reunião); fala do (a) conselheiro (a); código; comentários e observações. Após a leitura e download dos arquivos lidos, foram inseridas mais variáveis (nome do (a) conselheiro (a) titular; nome do (a) conselheiro (a) suplente, segmento e entidade representativa) com o intuito de iniciar uma catalogação para entender de onde partiu cada fala.

Vale destacar, ainda nesse segundo momento metodológico, que a partir da leitura das atas foi necessário dividir o período do estudo (2012 a 2018) em três biênios, como apresentados no Quadro 5.

Quadro 5- Detalhamento dos biênios segundo número de atas de reunião ordinária do CES-BA

BIÊNIO	ATAS	Nº de atas
1º Biênio 2012-2014	2012: 183ª- 187ª e 189ª-193ª; 2013: 194ª a 204ª; 2014: 205ª a 209ª	26
2º Biênio 2014-2016	2014: 210ª-215ª; 2015: 216ª,220ª-226ª; 2016: 227ª-230ª	18
3º Biênio 2016-2018	2016: 231ª-234ª, 236ª; 2017: 237ª-241ª,243ª,244ª, 248ª; 2018: 249ª-251ª	15
Total de Atas de Reunião Ordinárias do CES-BA lidas		59

Fonte: Atas do CES-BA, elaboração própria.

Os cortes de cada biênio consideraram o período de mandato de 2 anos (BAHIA, 2011b) registrados nas atas sobre as eleições e/ou reconduções com a posse de novos conselheiros. Vale considerar que, apesar do biênio ser 2 anos de gestão, o fato de iniciar as eleições ou recondução no meio do ano fez com que um biênio permaneça no período entre um ano e outro. Assim, considerou-se como primeiro biênio o período de 2012 a 2014, segundo biênio, o período de 2014 a 2016, e terceiro biênio, o período de 2016 a 2018.

A partir dessa separação, foi criada uma planilha, também no Microsoft Excel, a fim de organizar os resultados por biênio, com as seguintes variáveis: ano do biênio, objetivo geral do estudo, pergunta de investigação, questão norteadora, categorias de análise (analítica, intermediária e empírica), e número da ata de reunião ordinária com suas devidas pautas do dia. Essa planilha facilitou organizar as principais mudanças ocorridas no CES-BA, os encaminhamentos e propostas que posteriormente contribuíram para identificar a “voz” dos representantes, que por sua vez responde ao objetivo deste artigo.

Tendo em vista a organização da planilha baseada nas leituras e perguntas norteadoras, foi possível segregar as falas relacionadas a “encaminhamento” e “propostas” por segmento e entidade, a partir também da catalogação, de modo a facilitar a percepção da voz ativa dentro do CES-BA.

No que concerne à catalogação, vale informar que apesar de haver três segmentos no CES-BA (Usuário, Trabalhador e Gestores/prestadores), a catalogação e os achados foram organizados de modo a considerar o desmembramento do segmento “representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos” para “Gestor” e “Prestador”. Isso se deu em decorrência da forma de identificação e apresentação desses segmentos presente em todas as atas.

Com isso, para compreender posteriormente os resultados, por meio da catalogação, os membros foram referenciados da seguinte forma: “segmento + nº do biênio + número do conselheiro (a) - a saber: 1º biênio – Usuário (U1B01); Gestor (G1B01); Prestador (P1B01); e Trabalhador (T1B01); 2º biênio - Usuário (U2B01); Gestor (G2B01); Prestador (P2B01); e Trabalhador (T2B01); e 3º biênio - Usuário (U3B01); Gestor (G3B01); Prestador (P3B01); e Trabalhador (T3B01). Onde a primeira letra equivale ao nome do segmento, o número mais letra condizem ao biênio (1B;2B; ou 3B) e os dois últimos números referem-se ao quantitativo de conselheiros do segmento.

O terceiro momento metodológico, “análise e discussão dos dados obtidos”, se deu de modo a responder diretamente ao objetivo geral deste estudo “Analisar o exercício da democracia entre os três segmentos e entidades que compõem o CES-BA”, que está organizado da seguinte forma: 1) Organização, funcionamento, composição e mudanças nas representações ao longo do período no CES e BA; e 2) Voz ativa: presença e participação entre os três segmentos e entidades representativas do CES-BA.

Assim, o primeiro tópico faz um panorama geral da organização do CES-BA e suas principais mudanças à luz do referencial teórico, Leis, Regimento e atas do CES-BA.

Já para o segundo tópico foram feitas duas análises gráficas. A primeira sobre a participação, na qual foram consideradas as falas de todos os segmentos do CES-BA em todas as reuniões, percebendo a força da participação através falada. Na segunda foi realizada uma amostra de atas com o seguinte critério: atas de reunião cujos encaminhamentos e/ou propostas continham três ou mais falas de representações (Usuário, Trabalhador, Prestador e Gestor) do

CES-BA, as 42 atas foram organizadas conforme estratificação do tipo de poder à luz de Mário Testa e posteriormente foi quantificado o número de palavras com uso do *software Iramuteq*.

Vale informar que, ainda para identificação da voz ativa entre os segmentos do CES-BA, foi possível também fazer o cruzamento entre propostas e encaminhamentos de modo a identificar se o que foi proposto pelo ator social/político foi encaminhado no ato da reunião/em algum momento depois. A partir destes dados foram gerados gráficos quantitativos.

Assim, a análise dos dados contou com utilização de três categorias, a saber: 1) categorias analíticas: “Estado” baseados nos escritos de Bobbio (1987; 1998) e “poder” (poder técnico, administrativo e político) à luz do pensamento de Mario Testa (1992;1995); e “democracia” contidas também nos escritos de Bobbio (1987;1998;1999); 2) categorias intermediárias: “sociedade civil, sociedade política e representação” a partir da literatura de Bobbio (1987;1998;1999) com desdobramento em Gramsci (1991) e Gruppi (1980), e 3) categorias empíricas “função do conselho e seus representantes” dos segmentos e entidades do CES-BA discutidos à luz dos instrumentos do próprio CES-BA (Leis, regimentos, pautas) e demais Leis do Conselho Nacional de Saúde ou do Ministério da Saúde.

Por fim, os períodos aqui estudados se iniciam, exatamente, com a aprovação do Regimento Interno que irá reger o CES-BA nos anos que se seguirão (BAHIA, 2011b), definindo aspectos de sua organização, funcionamento e composição.

Organização, funcionamento, composição e mudanças nas representações ao longo do período no CES-BA

Na Bahia, o Conselho Estadual de Saúde (CES) está organizado por representantes que compõem o Colegiado Pleno, que congrega todos os membros – órgão deliberativo máximo que se reúne de forma ordinária uma vez no mês ou de forma extraordinária; a Coordenação Executiva composta pelo presidente, vice-presidente, secretário geral e secretário adjunto; a Secretaria Executiva que é o apoio administrativo do CES-BA; três Comissões Técnicas, sendo uma de Planejamento, outra de Acompanhamento dos Municípios e outra Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), com caráter consultivo e propositivo; e os Grupos de Trabalho (GT) que fornecem informações técnicas e administrativas (BAHIA, 2011b). Os representantes têm atribuições específicas, dentre elas, substituir representantes quando necessário, realizar propostas e encaminhamentos, verificar quórum, dentre outros.

As sessões do conselho seguem a seguinte ordem de funcionamento: verificação da quantidade de conselheiros na plenária, abertura e condução da plenária pelo Presidente do

SEGMENTO	ENTIDADE	QTD.
GOVERNO	Secretaria de Saúde	1
	Secretaria de Recursos Hídricos/Secretaria de Meio Ambiente	1
	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS;	1
	Ministério da Saúde	1
PRESTADOR	Comunidade Científica	1
	BAHIAFARMA	1
	Representantes dos prestadores do serviço de saúde	2
TRAB. SAÚDE	Sindicatos e federações	4
	Conselho de classe de demais associações	4
USUÁRIO	Fórum de entidades patológicas	4
	Entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde	3
	Fórum de Pessoas com Deficiências	2
	Federações e Associações patronais urbanas e/ou rurais, exceto entidades patronais da área da saúde.	1
	Fórum de entidades religiosas	1
	Fórum de mulheres organizadas em saúde	1
	Fórum de entidades de aposentados e/ou pensionistas	1
	Fórum de combate à violência	1
	Fórum de entidades do movimento antirracista	1
	Populações indígenas ou Quilombolas	1
TOTAL DE CONSELHEIROS		32

CES-BA, discussão e aprovação da Ata anterior, comunicação geral e informes, apresentação da pauta com possibilidade de alterações, ordem do dia (leitura de resoluções, etc), designação de relator, e franqueamento de palavras aos conselheiros (BAHIA, 2011b).

O Conselho é formado por 32 conselheiros titulares e para cada titular deve haver um suplente representativo de entidade e/ou instituição, do mesmo segmento, totalizando 64 conselheiros. Para fins de quórum, as reuniões, ordinárias e extraordinárias, são iniciadas com a presença mínima da metade mais um dos seus membros (16+1). O Quadro 6 apresenta a distribuição dos segmentos e entidades (BAHIA, 2011b).

Quadro 6- Detalhamento das entidades representantes do CES-BA por segmento.

Fonte: Regimento Interno CES-BA, 2011b/ Lei nº12.053 de 07 de janeiro de 2011a.

Para compor as cadeiras do conselho existe um processo eleitoral, onde os membros eleitos são nomeados pelo governador para exercer um mandato de dois anos que pode ser reconduzido por igual período. O processo eleitoral é organizado por uma comissão consagrada em reunião do CES-BA, sendo que seus membros não podem ser candidatos. Os pedidos de inscrição são realizados por chapas com apoio da Secretaria Estadual de Saúde do estado da Bahia (SESAB). Destaca-se que, em caso de três faltas em sessões ordinárias consecutivas ou seis intercaladas no período de 1 ano (sem justificativas) de um conselheiro, seja titular ou suplente, o mesmo deve ser substituído.

Foi identificado na leitura das 59 atas de Reunião Ordinária do CES-BA eleições e reconduções dos membros do conselho, durante todo período estudado (2012-2018) com manutenção significativa de muitos conselheiros em segmentos e/ou entidades, bem como baixa representação de mulheres, registrando 63,7% dos homens e 36,3% das mulheres no primeiro biênio (2012-2014), 65,6% dos homens e 34,4% das mulheres no segundo biênio (2014-2016), e no último biênio (2016-2018) cenário com o menor percentual da representação de mulheres no qual, os homens representavam 70% das representações do CES-BA e as mulheres apenas 30%. Ou seja, uma manutenção da estrutura de representação coerente com a distribuição de poder da sociedade.

Vale frisar que, no Brasil, mesmo com a proclamação da independência e a criação da primeira Constituição de 1884, não houve mudanças referente a exclusão dos direitos, onde mulheres e escravos não votavam, esse direito era apenas para homens de 25 anos ou mais que tivessem renda mínima de 100 mil-réis (CARVALHO, 2019). A participação de modo geral da população, independente de homem, mulher, analfabeto ou não, só foi garantida com a Constituição Federal de 1988 que se faz presente até os dias atuais e, além disso incorpora, em seu artigo 196 a saúde como direito, bem como a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Porém, outro legado deixado pelo Brasil colônia, é a permanência dos mesmos “líderes” no

poder, principalmente aqueles que detém bens e propriedades e que realizam acordos (CARVALHO, 2019).

No que refere a recondução e eleições dos conselheiros do CES-BA, no primeiro biênio (2012 -2014) houve eleição com posse de novos conselheiros na 185ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Já o segundo biênio (2014-2016), se deu por recondução, na 225ª Reunião Ordinária do CES-BA a discussão permitiu identificar sugestões por parte dos representantes de usuários, da pasta de entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, pela prorrogação do mandato, solicitando que “se prorrogasse aquele mandato até o mês de fevereiro de 2016, em que deveria ocorrer, já com a data marcada, a eleição” (U2B05).

Após a sugestão, houve reação contrária por parte de outro(a) representante dos usuários, do Fórum de mulheres organizadas em saúde, frisando que “estava no CES há dois anos, entendia que tinha chegado a um conselho já reconduzido, mas acreditava que a recondução entrava em um círculo muito complicado” complementando que “entendia que o conselho havia passado por uma série de problemas em relação à comissão, o consórcio [...], mas já tinha chegado em uma gestão em que o CES já tinha sido reconduzido [...], se colocava contrária [...], então tinha que instalar e fazer a eleição” (U2B20). No final da discussão, houve votação e foi aprovada a prorrogação da eleição, sendo feita a recondução. Em sua grande maioria, quando acontece a recondução há prosseguimento dos mesmos conselheiros no mandato seguinte.

Por fim, no terceiro biênio (2016-2018), na 231ª Reunião Ordinária do CES-BA houve eleição da composição do CES-BA, com a posse dos novos conselheiros.

Vale informar que na última ata do período analisado - 251ª Reunião Ordinária do CES-BA, foi identificado que o quarto biênio (2018-2020) seguiria também por recondução, com proposta na fala do representante do segmento gestor, afirmando que as pessoas que representavam o conselho sempre eram as mesmas, registrando que

as figuras que vinham atuando sempre eram as mesmas [...],era interessante que tivessem um levantamento de quais entidades eram atuantes e que defendiam o controle Social [...]deveria fazer a recondução das entidades e unificar, inclusive com a eleição da mesa da Diretoria Executiva (G3B09).

A fala do gestor levantou sugestões que foram complementadas posteriormente pelo segmento dos usuários, pois “estavam em um ano atípico e não fugiam de uma tendência geral, que o nacional também fez isso, que saíram de um processo de eleição geral, o que era legal, e que no regimento permitia a recondução” (U3B06). O gestor reforçou que “deveriam reconduzir as 64 entidades como estavam, enviar ofício para entidades (...) e inclusive ver a questão das faltas” (U3B06) completou o segmento Gestor. Um conselheiro dos usuários foi contrário a essa proposição afirmando que “sugeriu que deflagrassem o processo eleitoral com as regras vigentes e a que nova Gestão mudasse” (U3B23). No final, ao ser colocado em votação foi vencida a gestão por recondução – pleiteado principalmente por Gestor e Prestador.

Conforme Cortês (2009), alguns estudos e análises acadêmicas têm identificado dificuldades nas experiências em espaços de participação, no sentido de conseguir contemplar os objetivos propostos, pois o ideário é que se pautem à saúde de modo a contemplar toda a população e que os representantes sejam de fato responsáveis por contribuir nas políticas públicas, de modo a fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS (BRASIL, 2012).

Assim, um dos obstáculos para uma efetividade da democracia, via garantia da representação social foi observada na forte tendência de recondução dos conselheiros intercalada. Para cada eleição em uma gestão, a próxima ocorreu por recondução, de modo que em todo período analisado (2012-2018), houve duas eleições para novos conselheiros e duas reconduções. Além disso, houve também permanência de representantes seja na recondução ou eleição. Isso provoca permanência dos mesmos atores sociais decidindo pela saúde do estado por um longo período.

No tocante à longa permanência de representações no CES-BA, o Quadro 7 apresenta a distribuição dos (as) conselheiros (as) nos segmentos e entidades com remanejamento ou renovação dos atores sociais que compuseram o conselho nas três últimas gestões do CES-BA (2012-2018), com a nomeação das representações

Quadro 7 - Detalhamento das entidades por segmento do CES-BA, nos três biênios

SEGMENTO	ENTIDADE	REPRESENTAÇÃO			QTD.
		BIÊNIO			
GOVERNO	Secretário de Saúde	2012-2014*	2014-2016**	2016-2018**	1
	Secretaria de Recursos Hídricos/ Secretaria de Meio Ambiente				1
	COSEMS				1
	Ministério da Saúde				1
PRESTADOR	Comunidade Científica	UFBA/UCSAL	CEBES/ UNEB	CEBES/ UNEB	1
	BAHIAFARMA	-	-	-	1
	Representantes dos prestadores do serviço de saúde	FESFBA e SINDHOSBA	FEAPAES BA/FESFBA e SINDHOSBA	FEAPAES BA/FESFBA e SINDHOSBA/ AHSEB	2
TRAB. SAÚDE	Sindicatos e federações	SINDSAÚDE/Rede Privada Sindicato dos Trabalhadores em Santas Casas, Entidades Filantrópicas Benéficas e Religiosas e em Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Bahia; SINDMED/ SEEB; SINDPREV/SINTSEF; SINDIACS; e FEBACS	SINDACS/SINTESF; SINDMED/SINDIACS; SINDPREV/SESB; SINDSAÚDE/SINDI SAÚDE-Rede privada;	SINDACS/SINTESF; SINDMED/SINDIACS; SINDPREV/SESB; SINDSAÚDE/SINDI SAÚDE-Rede privada;	4
	Conselho de classe de demais associações	CREMEB; CROBA; CRF. SINDACS	ASAP/CAP;CRF;CREMEB;CROBA	ASAP/CAP;CRF;CREMEB;CROBA	4
USUÁRIO	Fórum de entidades patológicas	CEAPLER; NASPEC e GAPA; AMEA e APALBA; MORHAN e RNPBA; GVV	ABADFAL/CEAPLER;GVV/RNP; MORHAN/GAPA; NASPEC/Associação de Defesa dos Pacientes Crônicos Renais do Estado da Bahia	ABADFAL/CEAPLER;GVV/RNP; MORHAN/GAPA; NASPEC/Associação de Defesa dos Pacientes Crônicos Renais do Estado da Bahia	4
	Entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde	CTB - Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Bahia; CUT; UGT	CTB; FEEB/FETAG-BA;CUT;	CTB; FEEB/FETAG-BA;CUT;	3
	Fórum de Pessoas com Deficiências	ARCCA; ABADEF	ABADEF;AMEA/APLABA;	ABADEF;AMEA/APLABA;	2
	Federações e Associações patronais urbanas e/ou rurais,	FIEB	FIEB	FIEB	1

	exceto entidades patronais da área da saúde.				
	Fórum de entidades religiosas	CNBB	CNBB	CNBB	1
	Fórum de mulheres organizadas em saúde	-	UBM/ Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivo.	UBM/ Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivo.	1
	Fórum de entidades de aposentados e/ou pensionistas	ASAPREV	ASAPREV/ AFOSHACCLASS BA	ASAPREV/ AFOSHACCLASS BA	1
	Fórum de combate a violência	ASA	CAP DEVER	CAP DEVER	1
	Fórum de entidades do movimento antirracista	Instituto Kutala’Nleeke	Instituto Kutala’Nleeke/UNEGRO	Instituto Kutala’Nleeke/UNEGRO	1
	Populações indígenas ou Quilombolas	Associação Indígena Tupinambá de Olivença	Associação Indígena Tupinambá de Olivença	Associação Indígena Tupinambá de Olivença	1
TOTAL DE CONSELHEIROS					32

Fonte: Plano Estadual de Saúde (2012-2015); Site Oficial do CES-BA -Composições **

As descrições das entidades e representações dispostas no Quadro 7 foram baseadas na Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003), ampliada pela Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012), ambas do Conselho Nacional de Saúde, e na Lei nº 12.053 de 07 de janeiro de 2011 que conduziu ao Plenário do CES-BA a adequar o Regimento Interno de 2008 (último regimento antes do 2012) (BAHIA, 2008) e aprovar o Regimento Interno 2012 vigente até o final do período estudado (2018).

Durante o período de análise (2012 -2018), não houve mudanças legais identificadas no Regimento Interno no CES-BA. Portanto, o total de representantes (64 conselheiros, 32 titulares e 32 suplentes) e as representações por entidades se mantiveram durante o período. Contudo, vale informar que houve algumas mudanças. Segundo o Quadro 7, o segundo e terceiro biênio (2014-2016 e 2016-2018) apresentaram mais representações quando comparados ao primeiro biênio, com mudanças no segmento Prestador, Trabalhador e Usuários. O segmento Gestor mudou apenas a nomenclatura de uma representação, a saber: Secretaria de Saneamento e Recursos Hídricos para Secretaria de Meio Ambiente.

No segmento Prestador, foram inseridos na representação de Prestadores dos Serviços de Saúde um suplente da Federação das Apaes do Estado da Bahia- FEAPAES – BA e na representação da Comunidade Científica houve mudança de instituição representativa sendo a UFBA e UCSAL no primeiro biênio, e CEBES com a UNEB nos segundo e terceiro biênios.

No que concerne ao segmento dos Trabalhadores, foi inserido nas representações dos Sindicatos e Federações um conselheiro suplente do SINTESF. E, o conselheiro do SINDIACS, que fazia parte dos representantes dos Conselhos de classe de demais associações foi remanejamento para os que compõem os Sindicatos e Federações. Com esse remanejamento foi incluído, nas representações que compõem os Conselho de classe de demais associações a Associação dos Servidores Aposentados e Pensionistas da Previdência Federal na Bahia/Casa do Aposentado e Pensionista (ASAP/CAP).

Sobre as mudanças ocorridas no segmento de Usuários, foram incluídas duas representações para o Fórum de Entidades de Patologia: a ABADFAL e a Associação de Defesa dos Pacientes Crônicos Renais do Estado da Bahia. Com essa inclusão, houve o remanejamento da AMEA e da APALBA que faziam parte do Fórum de Entidades Patológicas, para o Fórum de Pessoas com deficiência. Dentre os representantes de entidades

congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde, houve a inclusão da FEEB e FETAG/BA, com exclusão da UGT.

Percebe-se maior incorporação de entidades representativas a partir do segundo biênio (2014), com inclusão de entidades voltadas para o movimento negro e movimento de mulheres, bem como vasta quantidade de entidades relacionadas a patologias e Sindicatos. Destaca-se que não fica claro, nas atas de reunião ordinária do CES-BA, como acontece o processo de articulação para inserção de novas entidades e nem as informações sobre as eleições e/ou indicações em suas bases (entidades). Salienta-se que alguns estudos (MORGAN et al, 2009; STARLEN, 2006) já apresentavam grande presença de membros relacionados a patologias e deficiências, religião, e sindicatos ocupando espaços principalmente em Conselhos Municipais de Saúde.

Essas mudanças foram garantidas por meio da alteração da Resolução do Plenário do Conselho Nacional de Saúde nº 333 de 04 de novembro de 2003 com a publicação da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012, p.8).

A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações: associações de pessoas com patologias; associações de pessoas com deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...); movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas; comunidade científica; entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; e governo.

Porém, apesar da incorporação da nova Resolução, no que compete às representações citadas no trecho acima, de uma resolução para outra não houve modificação, apenas frisou-se nos parênteses a inserção do movimento LGBTQIA+ e negro (BRASIL, 2012). Vale informar que ao mencionar sobre as representações na frase “dentre outras”, fica claro que o CES-BA pode ampliar as suas entidades dentro do conselho para além das recomendações colocadas, ou seja, incluir diversos movimentos sociais que extrapolem também o setor da saúde (BRASIL, 2012).

Assim, as representações de entidades do CES-BA precisam ampliar. Ao ponto de considerar o SUS enquanto uma política de Estado que articula com os demais setores da sociedade civil e incorporar um conceito mais ampliado da saúde (PAIM, 2008; 2013), pois o CES-BA apresenta, ainda, ampla participação de entidades representativas de sindicatos, patologias, fundações, previdência e dois movimentos – apenas negro e mulheres, seria interessante se ampliasse a participação da educação, com intermediado de professores da rede pública e básica por exemplo, a mídia/comunicação facilitada por representantes de rádios ou jornalistas, a articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), movimento LGBTQIA+ como está posto na Resolução 433/2012.

Além das mudanças citadas, ao analisar como as composições do CES-BA se distribuíram ao longo dos biênios estudados, foi possível identificar a “dança das cadeiras”. Aqui, esse termo refere-se às renovações ou não dos membros que compõem a entidade ou o segmento do Conselho Estadual de saúde da Bahia. E, a partir da análise foi verificado que não houve mudanças dos conselheiros que representam o CES-BA durante todos os três biênios, pois mesmo com a demarcação de duas eleições, sempre acabam sendo os mesmos.

É válido acrescentar ainda que houve fixação de um (a) dos(as) conselheiros iniciando sua inserção no segmento de Usuário no primeiro biênio, mas no segundo e terceiro biênio como parte do segmento Prestador. Houve também outro (a) que apresentou ser do segmento Prestador no primeiro biênio, no segundo biênio passou a ser do segmento Trabalhador, e no terceiro biênio retornou para o segmento Prestador. Mais um outro conselheiro fez parte no primeiro biênio como representante dos Usuários, e no segundo e terceiro biênio como Trabalhador. Assim, além de permanência/fixação dos mesmos representantes, há também mudanças no sentido de permanecer o mesmo representante, porém como outro segmento ou entidade.

Considerando este aspecto, ao avaliar se há inconformidade regimental, não há clareza nos registros de recomendações ou proposições referentes à periodicidade mínima ou máxima que cada membro deve permanecer no CES-BA. A única questão apresentada está em seu art. 10 “Os conselheiros representantes, titulares e seus respectivos suplentes, serão nomeados pelo Governador do Estado, para um mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos por igual período” (BAHIA, 2011b p.5). Apresentando omissão por parte do Regimento Interno do CES-BA.

E, considerando as competências do conselho no seu âmbito, seja federal, estadual ou municipal “elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento” (BRASIL, 2012), o texto do Regimento do Conselho Nacional de Saúde, em seu artigo 6º (BRASIL, 2008), menciona aspecto que dar a entender que o representante pode ter período mínimo de participação:

Os representantes indicados pelas entidades e pelos movimentos sociais dos usuários do SUS, pelas entidades de profissionais de saúde e comunidade científica, pelas entidades empresariais com atividades na área da saúde e pelas entidades dos prestadores de serviços de saúde, todas eleitas, terão o mandato de três anos, permitida apenas uma recondução.

No entanto, diferente do nacional, o estadual permanece por dois anos que pode ser reconduzido por mais dois (BAHIA, 2012), e com as reconduções e eleições houve uma longa trajetória dos mesmos conselheiros durante o período analisado - 2012 a 2018. Ou seja, o CES-BA permite a permanência dos mesmos conselheiros por um longo período de tempo.

Além disso, foi identificado que os suplentes poderiam ser de diferentes entidades do seu titular, por exemplo: a composição do Fórum de Pessoas com deficiência, do segmento de usuários deve ser por no máximo 2 representações de entidades e está distribuído com 1 titular e 1 suplente da ABADEF; e 1 titular da AMEA e 1 suplente da APLABA. Conseguindo fechar o total máximo de representação (2), porém há 3 entidades representativas (1 ABADEF- titular e suplente, e 2 da AMEA- titular e ALPABA- suplente). O que esclarece essa questão é o que está disposto no Regimento Interno no Parágrafo Único do Capítulo IV: “cada titular corresponderá um suplente representativo de entidade e/ou Instituição, do mesmo segmento”. Desse modo não há inconsistência regimental em realizar essas movimentações, pelo contrário, isso pode ser uma tentativa de ampliar o número de entidades representativas do CES-BA.

1.2 Voz ativa: presença e participação entre os segmentos e entidades representativas do CES-BA

Existem diversas formas e/ou níveis de participação (ESCOREL; MOREIRA, 2012; BOBBIO, 1998) e, dentre elas, tem-se a presença, que está inserida na frequência e/ou assiduidade nas reuniões, bem como nas exposições voluntárias sem contribuição pessoal o que apresenta uma forma menos intensa da participação social. Considerando este aspecto, a

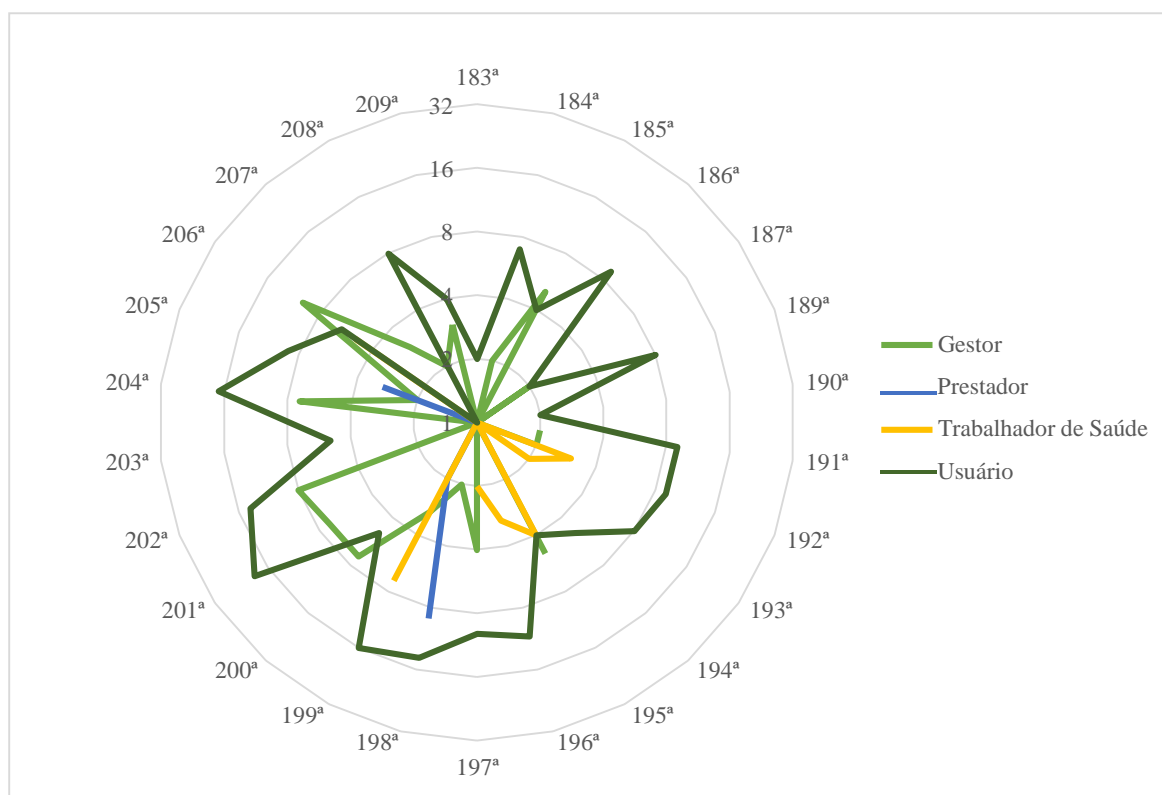
presença, neste estudo, se assemelha ao número de frequência de representantes em reuniões do Conselho de Saúde independente de apresentar fala ou ter voz ativa, o que não será objetivo de discussão neste trabalho. Assim, considerou-se a participação, pois nela se exige que o indivíduo contribua no processo de tomada de decisão (BOBBIO, 1998) ao contrário da mera presença. Neste aspecto, os dados e informações obtidos que estão apresentados a seguir, foram contabilizados utilizando-se de cálculos percentuais a partir da leitura das atas, dos encaminhamentos e/ou propostas realizadas pelos conselheiros, segundo segmento e entidade que cada um representa. A ativação também é uma forma de participação na qual, os representantes realizam atividades delegadas (participação em campanhas eleitorais, manifestações de protesto) (ESCOREL, MOREIRA; BOBBIO; 2012, 1998). Neste trabalho, considerou-se ativação: os repúdios, as moções, as solicitações, e atos similares, advindos dos conselheiros.

Para verificar quais segmentos têm tido voz ativa no CES-BA, foram considerados a intercalação entre os termos participação e ativação (voz e ação) que contribuem na percepção da magnitude da fala. A identificação da voz ativa dentre os segmentos se deu a partir da categoria analítica poder, pré-estabelecida metodologicamente. A seguir será apresentado a participação dos segmentos por biênio.

1ª Biênio (2012-2014)

No primeiro biênio, houve a predominância de participação do segmento de Usuários com uma média de 8 propostas e/ou encaminhamentos por reunião. Seguido pelo segmento Gestor, com uma média de 3 propostas e/ou encaminhamentos por reunião. O segmento de trabalhadores de saúde (média de 1,4) e Prestadores (média de 0,88), propuseram e/ou encaminharam pouco durante às reuniões no biênio.

Gráfico 1- Distribuição do número de encaminhamentos e propostas segundo segmento do CES-BA, por ata do primeiro biênio



Fonte: Elaboração própria a partir das atas de reunião do 1º biênio

Destaca-se que apesar da baixa participação, o segmento Trabalhadores da saúde nesse primeiro biênio trouxe mais encaminhamentos e/ou propostas nas Reuniões Ordinárias do CES-BA: “192ª” (3 falas), “195ª” (4 falas), “196ª” (3 falas), “199ª” (7 falas), “206ª” (5 falas), que apresentaram pautas relacionadas aos seguintes temas (ANEXO 1): Atenção Básica, Gestão de Itabuna e da Regulação da Bahia, Contextualização do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), Parecer e prestação de contas de 2011 e 2012, PAM DST/AIDS, Situação dos Servidores frente à gestão por Parceria Pública Privada (PPP), Saúde das Mulheres, Relatório Anual de Gestão (RAG), Planejamento do Carnaval no Estado pela SESAB. Destaca-se que, as reuniões de maior participação concentraram temas relacionados ao trabalhador, gestão do SUS, e saúde da mulher, o que pode indicar forte influência dessas categorias no fórum de decisões voltadas aos trabalhadores de saúde do estado.

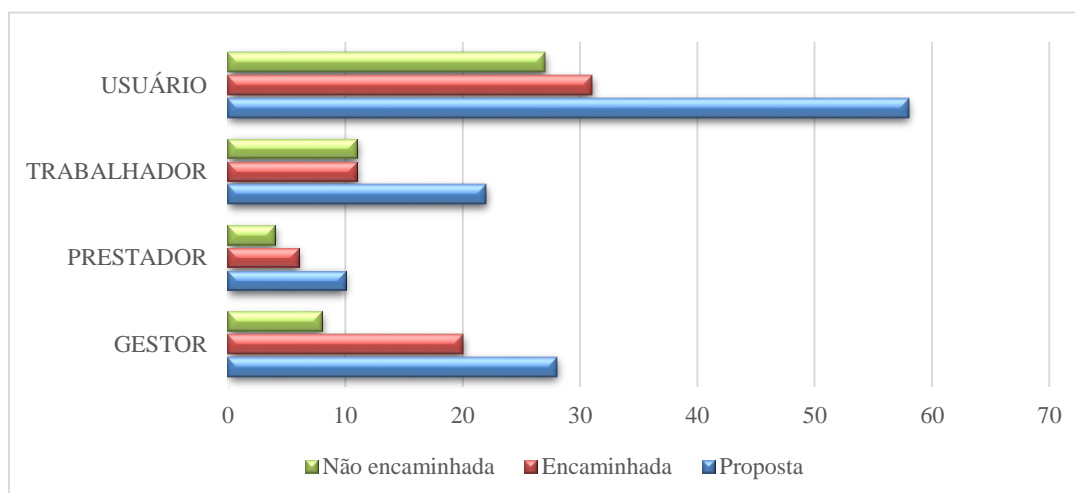
O segmento Prestador também obteve média baixa no número de participações (0,88), sendo menor que 1 encaminhamento e/ou proposta por reunião. Mas, apresentou algumas propostas e/ou encaminhamentos, especialmente em duas Reuniões Ordinárias, a saber: 198ª Ata, totalizando 9 falas encaminhadas e/ou propositivas sobre as pautas de Reforma Psiquiátrica na Bahia, Regimento da Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde, Apresentação da proposta do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) no Estado da Bahia, Plano de Ação da Copa das Confederações, Indicação de conselheiros para o VII Fórum Norte Nordeste de Saúde e para o Encontro Nacional de Articulação do Controle Social no SUS, e 205ª, 3 falas que versaram sobre Prestação de Contas, Informe sobre a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Sendo falas voltadas para organização do CES-BA, gestão e planejamento em saúde, que representam interesses do próprio sistema de saúde intercalado com os espaços de participação.

Ainda no que se refere ao Gráfico 1, quando se agrega os segmentos em duas categorias que podem representar relações de força, com interesses convergentes e divergentes, gestor-prestador em oposição a usuário-trabalhador, por exemplo, é possível observar que, pelo menos do ponto de vista quantitativo, a participação do bloco de usuários-trabalhadores tem sido mais expressiva.

Pode-se dizer que os segmentos Gestor e Prestador, que foi desmembrado em termo de análise desta pesquisa, podem apresentar convergência em suas solicitações pelo fato dos mesmos fazerem parte do mesmo percentual de cadeiras representando 25% de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012 453) com interesses próximos - gestão, já os segmentos usuários e trabalhadores por compartilharem desafios parecidos podem não divergir nas sessões e solicitações.

Para melhor compreender a força da representação a seguir será apresentado um gráfico com proposta e encaminhamento por segmento (Gráfico 2).

Gráfico 2- Número de propostas, encaminhamentos e propostas não encaminhadas, por segmento, do primeiro biênio do CES-BA



Fonte: Elaboração própria a partir das atas de reunião do primeiro biênio.

Conforme apresentado no Gráfico 2, foram efetuadas duas análises. A primeira revela sobre as propostas encaminhadas e a segunda sobre propostas não encaminhadas. Fica evidente que o segmento usuário, apesar de obter bastante participação com proposições e encaminhamentos apresentadas anteriormente no Gráfico 1, a força do não encaminhamento apresenta-se equivalente às propostas encaminhadas, de modo que conseguiu encaminhar 53,45% das suas propostas nas reuniões do primeiro biênio. Como o segmento de usuários, os trabalhadores de saúde também apresentaram elevada participação, porém 50% das suas propostas foram encaminhadas na reunião, considerado então baixo percentual de propostas encaminhadas pela plenária.

Ao contrário do cenário propositivo e encaminhativo apresentado anteriormente, os segmentos Gestor e Prestador, apesar da baixa participação nas reuniões, conseguiram encaminhar mais de 60% e 71,43% das suas proposições em reuniões, respectivamente.

Com estes resultados, vale destacar a força representativa e o sentido dela na disputa de poder na arena entre os atores sociais, onde os representantes utilizam de estratégias e poder para a efetivação da sua proposta. Entende-se como estratégia uma maneira de se realizar uma ação (TESTA, 1993, p. 92) que por sua vez contribui para implementar uma política (TESTA, 1992, p. 111) e o poder é uma categoria de ação, mobilização (TESTA, 1993, p. 36, 92) que possibilita manter ou não a ordem social –*status quo*, isso irá depender de quem conduz às ações.

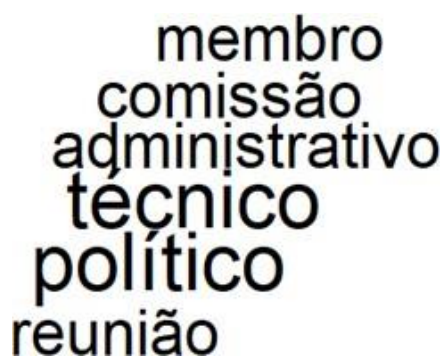
No caso do CES-BA, que tem a finalidade de conduzir a política de saúde do estado e fiscalizá-la, existe a participação dos conselheiros que apresenta relações de poder entre os

segmentos e entidades e, para afirmar tal relação, segundo Mario Testa (1993), para definir e/ou conduzir uma política é necessário poder – mobilização.

Então o que contribuiu para o bom percentual de encaminhamentos por parte do segmento Prestador (Gráfico 2), mesmo com baixa participação nas reuniões do CES-BA, foi as características do poder político e técnico proeminente (Figura 2). De modo que, o poder político está caracterizado pela direção, condução presentes nos votos, na pressão cooperativa entre os sujeitos e na mobilização de grupos (TESTA, 1995). E poder técnico por remeter à capacidade de gerar e lidar com a informação e o conhecimento.

As propostas diretivas se fizeram presentes em falas relacionadas às convocações de membros, tais como: “convoquemos na próxima reunião [...] todos os membros do Conselho Municipal de Saúde para [...] discutirmos conjuntamente” (P1B03); “convocou todos os conselheiros que estavam participando da Comissão Organizadora que comparecessem às reuniões” (P1B04). E, convocações somadas à formação de comissões também estavam presentes em falas como: “deveríamos formar uma comissão [...], porque Salvador precisa estar aqui dentro conversando conosco” (P1B03).

Figura 2- Detalhamento da Nuvem de palavras nas falas de encaminhamento e/ou propostas do segmento Prestador do CES-BA, no primeiro biênio



Fonte: Atas de reunião (183ª, 185ª, 199ª, 200ª, 204ª, 205ª e 208ª).

Os encaminhamentos realizados pelo segmento Prestador tiveram características iguais ao segmento Gestor - de poder político e técnico (Figura 2), de modo que nestas falas, se faz presente a capacidade de mobilização aparente, bem como da visão do conhecimento

e da realidade presente, onde exerce pressão para determinados grupos, como dos conselheiros estaduais e municipais de saúde, ao FESBA e às obras de um hospital regional.

[...] solicitou que o Fundo Estadual de Saúde da Bahia (FESBA) fosse ao CES se colocar com relação ao pagamento dos prestadores [...] (P1B05).

[...] os funcionários das entidades privadas e até filantrópicas que possuíam vínculos diretos com o Estado não recebiam o seu salário no 5º dia útil do mês e vinha jogando pedra no SUS, o qual estava ali para defender [...] (P1B05).

[...] solicitou uma visita dos conselheiros do CES, a fim de entender porque começaram a construção do Hospital Regional de Serrinha e não terminaram [...] (P1B05).

Chama a atenção também o maior poder político por parte do segmento Prestador ao propor sugestões de articulação com o setor privado “vamos fazer parceria com a faculdade ... Para assumir o Hospital de Serrinha, fica aí o sonho, gosto de sonhar” (P1B05) aqui o propositor se referia à faculdade privada, proposta que foi reforçada posteriormente pelo segmento Gestor “possamos já trazer para discussão no conselho, o projeto da articulação SUS com os cursos privados da área de saúde” (G1B04). Vale ressaltar que, aparentemente o tópico da faculdade não era pauta, a proposta entrou em “o que ocorrer” por solicitação de um professor da Faculdade (não conselheiro) e, possivelmente, não foi uma solicitação do pleno.

Desse modo, o poder político se fez presente em demandas por “pressão” ou “mobilização” para e/ou em conjunto com determinados grupos, a fim de encontrar resolutividade ou parceria, e, desta forma conseguem encaminhar suas propostas de caráter convocatório. Fica claro que as falas são específicas sobre gestão e demandas relacionadas a organização do conselho de saúde.

Ao contrário do segmento Prestador que obteve valor baixo na média de participação, nas reuniões do CES-BA, e alto percentual de encaminhamentos, o segmento de usuários apesar de alta participação, propôs mais (58) e encaminhou menos (31), registrando um percentual de 53,45% de encaminhamentos em relação às propostas, nas sessões do CES-BA. E, ao analisar a categoria analítica do poder, entre os(as) representantes deste mesmo segmento, foi evidenciado mais o poder administrativo, seguido pelo político e o técnico (Figura 3).

Figura 3- Detalhamento da Nuvem de palavras nas falas de encaminhamento e/ou propostas do segmento Usuários do CES-BA, no primeiro biênio



Fonte: Atas de reunião (183ª-186, 189ª, 191ª-193ª, 195ª-202ª, e 204ª-208ª).

Segundo Testa (1995), o poder administrativo leva em consideração a ideia, os recursos (humanos ou financeiros) e interfere diretamente nas estratégias e orientações que podem intervir na população. Sendo assim, essa característica ressaíu nas solicitações de temas “que o tema deliberações de políticas para mulheres fosse o tema para a próxima pauta da reunião do Conselho” (U1B08), “trazer essa discussão para o Conselho que é a situação da saúde dos privados de liberdade” (U1B10) e “a inclusão na pauta da próxima reunião do Programa Estadual da Pessoa Portadora de Albinismo” (U1B11), para referir sobre solicitações de documentos “Solicito o arquivo digital do relatório da 8ª Conferência Estadual de Saúde como também impresso para todos os conselheiros (U1B13)” e reuniões “a partir da próxima reunião a Mesa Diretora possa discutir algumas questões que estão sendo trazidas para criar algumas alternativas para dinamizar o tempo que se tem disponível” (U1B06).

Já as falas que permitiram identificar a categoria do poder político estão relacionadas aos encaminhamentos que evidenciaram pressão social e/ou apoio de grupos, para isto foi sugerida uma comissão para investigar o problema do município e, em consequência, modificou-se a pauta de reunião: “a escolha de uma comissão neste Conselho esse problema de Itabuna há algum tempo vem se discutindo e ouvimos de diversos atores qual é a realidade e sugeriu fosse feita a avaliação da situação de Itabuna e a situação da regulação ficasse para a próxima reunião” (U1B13).

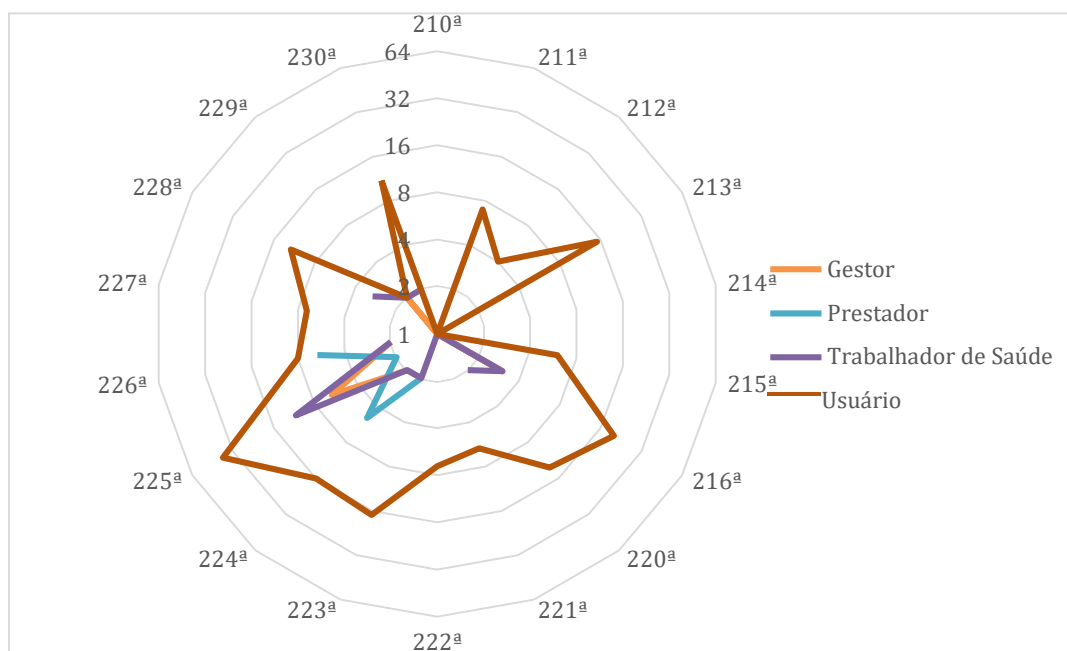
Sobre os poderes técnico e político, duas propostas de usuários foram encaminhadas relacionadas ao Regimento Interno do CES-BA e à criação de comissão para o regimento com o objetivo de ser um “um grupo de trabalho para estudar minuciosamente os detalhes do Regimento e trazer aqui a esse pleno uma situação de possíveis mudanças e melhora do próprio Regimento Interno” (U1B25); outro referiu também sobre o regimento interno e discussão acerca do acúmulo de titularidades nas comissões do CES-BA, para que se assegurasse “o direito de composição das comissões, sem acúmulo de titularidade e suplência” (U1B11).

Os demais segmentos, Trabalhador e Gestor, apresentaram mais encaminhamentos e propostas referidas à categoria analítica poder administrativo e poder técnico. Assim, o segmento de trabalhadores fez solicitação de pautas, solicitação de documentos, educação permanente para o CES-BA, sugestões voltadas para os relatórios de gestão apresentados nas sessões; e de poder administrativo apresentaram falas sobre o método da reunião e controle do tempo de cada conselheiro, no que concerne ao poder político pouco foi identificado, de modo que o segmento apenas apoiou o segmento de usuários em alguns encaminhamentos, principalmente relacionados à solicitação de pautas, por exemplo. O segmento Gestor esteve mais representado pela figura do Presidente do CES-BA, que neste biênio foi o Secretário de Saúde, e fez mais o papel de encaminhar e facilitar a reunião do CES-BA, assim, houve mais exposição de encaminhamentos de pautas, controle do tempo da sessão, influenciando nas estratégias adotadas na condução das reuniões.

2ª Biênio (2014-2016)

No segundo biênio, também houve a permanência predominante de participação do segmento de Usuários com uma média de 11 propostas e/ou encaminhamentos por reunião. E, diferente do primeiro biênio, quando, em segundo lugar, o segmento mais participante foi Gestores, para este biênio, foi o segmento dos Trabalhadores de Saúde com uma média de 2 propostas e/ou encaminhamentos por reunião. O segmento de Prestador (1,4) e Gestores (1,2), propuseram e/ou encaminharam pouco durante às reuniões no biênio. Apresentando, assim, início de protagonismo por parte do segmento de Trabalhadores.

Gráfico 3 - Distribuição do número de encaminhamentos e propostas segundo segmento do CES-BA, por ata do segundo biênio



Fonte: Elaboração própria a partir das atas de reunião do 2º biênio

Apesar da baixa participação do segmento Prestador no número de participações (média de 1,4 encaminhamento/proposta), houve um leve incremento de encaminhamento e/ou proposta ao comparar com o primeiro biênio que obteve menos de 1 por sessão.

Neste segundo biênio (2014-2015), o segmento Prestador apresentou mais propostas e/ou encaminhamentos especialmente em três Reuniões Ordinárias, a saber: 216ª (7 falas encaminhativas e/ou propositivas) com pautas sobre Política da Nova Gestão, Apresentação dos Superintendentes e Diretores 9ª Conferência Estadual de Saúde, Plano de Ação do Carnaval 2015, Situação do Município de Itabuna; apresentou 5 encaminhamentos e/ou propostas na 224ª Reunião com pautas sobre Posse dos conselheiros, RAG 2014, Consórcios Regionais de Saúde, Política de Transplante de Órgãos e Indicação de Conselheiros (as) para o Seminário para Seleção de Prioridades de Linhas de Pesquisas (participação da “Academia”, profissionais da SESAB e representantes do Controle Social).

Além dessas, apresentou 6 propostas e/ou encaminhamentos na 226ª Reunião que tiveram pautas voltadas a indicação de Conselheiros para participarem da Comissão de Integração Ensino – Serviço – CIES – Bahia, Retificação da indicação de um (a) conselheiro (a) usuário (a) para integrar a Comissão de Acompanhamento ao Processo de Regionalização

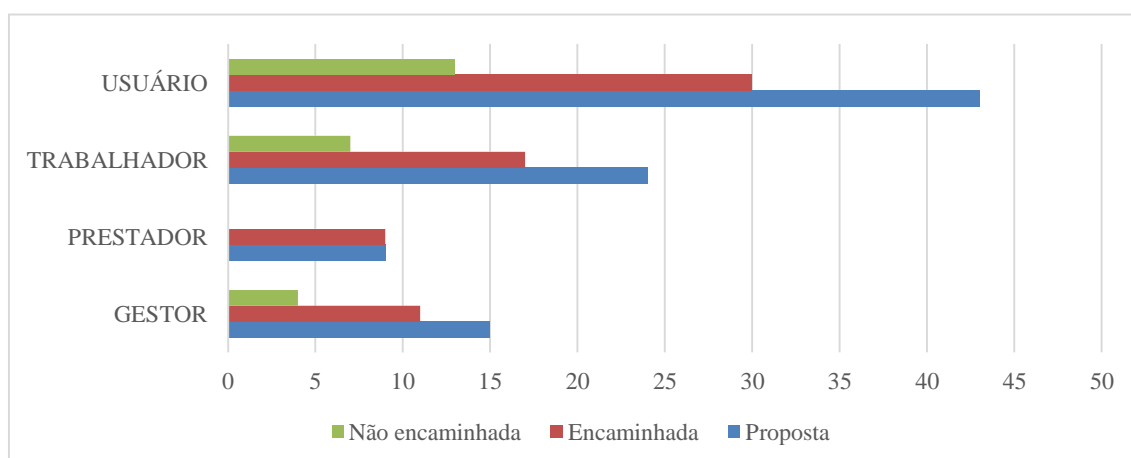
do Estado da Bahia, Apresentação do Plano Plurianual - PPA 2016 – 2019 e sobre a Política Estadual para Redução de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio.

Destaca-se que as participações por parte do segmento Prestador continuaram a ser de cunho de gestão e organização do CES-BA, como: apresentação de políticas, aprovação de planos e relatórios, e indicações de conselheiros para determinado espaço. Pautas parecidas com as que o segmento havia participado também no primeiro biênio (regimento, COAP, indicação de conselheiros, prestação de contas).

O segmento Gestor também apresentou baixa participação neste segundo biênio. E se concentraram, assim como no segmento Prestador, na Reuniões Ordinária 216ª, com pautas específicas de gestão e, na Reunião 225ª, que envolveu discussões sobre: Criação da Comissão de Acompanhamento aos Consórcios na Bahia, Apresentação da Prestação de Contas da SESAB, Apresentação do Plano Plurianual - PPA 2016 – 2019, Informes sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde, Eleição Conselheiro 2015-2017, Indicação de Conselheiros para participarem da Comissão de Integração Ensino – Serviço – CIES – Bahia, conforme solicitação da Superintendência de Recursos Humanos - SUPERH, através do ofício 42/2015.

Importante mencionar que houve mudança de membros da Mesa, quando o Presidente do CES-BA que era o Secretário de Saúde, segmento gestor, até a 209ª Reunião do CES-BA (biênio 2012-2014), passou a ser um representante do segmento de Usuários, com posse na 210ª Reunião do CES-BA, em 2014 (biênio 2014-2016), o que pode explicar o aumento nas propostas encaminhadas pelo segmento de Usuários e Trabalhadores.

Gráfico 4 - Número de propostas, encaminhamentos e propostas não encaminhadas, por segmento, do segundo biênio do CES-BA



Fonte: Elaboração própria a partir das atas de reunião do 2º biênio.

Mesmo com baixa participação por parte dos segmentos Prestador e Gestor (Gráfico 4), também neste biênio, ambos continuaram encaminhando a maioria das suas propostas, ao se comparar com os segmentos Trabalhador e Usuário. Para o segmento Prestador, por exemplo, 100% das suas propostas foram encaminhadas pelo plenário, e 73,33% propostas do segmento Gestor.

No que concerne ao segmento de Usuários, diferente do primeiro biênio, houve um aumento nas propostas encaminhadas, saindo de 53,45% para 69,77% no segundo biênio. Aqui, vale considerar, que existem propostas encaminhadas por parte do Presidente do CES-BA, ao contrário do biênio anterior que o presidente era o Secretário de Saúde (segmento gestor), agora o presidente é da Central Única dos Trabalhadores – CUT (segmento Usuários).

Houve também um aumento considerável no percentual de propostas encaminhadas pelo segmento de Trabalhadores, saindo de 50% no primeiro biênio, para 70,83% no segundo.

Destaca-se que, ao analisar a voz ativa e as relações de poder entre os segmentos que compõem o CES-BA, houve uma mudança, em que o segmento de Usuários e Trabalhadores conseguiram realizar mais encaminhamentos que no biênio anterior, além disso, mudou a forma de condução, já que, o segmento Usuário que antes apresentava mais poder administrativo, ou seja, colocava questões sobre propostas de temas, documentações, entre outras, passaram a demonstrar em suas falas poder administrativo atrelado ao técnico e político. Isso também aconteceu com o segmento de Trabalhadores.

Com isso, acredita-se que, pelo fato do primeiro biênio o cenário do CES-BA ser de baixa participação de movimentos sociais com resquícios do Regimento de 2008, bem como a presidência e vice-presidência do CES-BA ser conduzida pelos representantes do Governo, isso refletia no alto potencial de encaminhamentos e propostas por parte, principalmente, de Gestores e Prestadores de serviço. Talvez a mudança da presidência e a ampliação dos representantes, a partir do novo regimento em 2011 tenha demonstrado, neste segundo biênio, melhora na participação do segmento de usuários e de trabalhadores com aumento de encaminhamentos bem como mudança na sua forma de conduzir. Além disso, como o fato da nova presidência do CES-BA estar vinculada ao segmento de Usuários, o mesmo

conseguiu ampliar o escopo de participação deste segmento e coaptar os membros com as demandas, incluindo a Gestão, pois continuou sendo amplamente discutida nos dois biênios (primeiro e segundo).

Houve algumas falas direcionadas contra ao Governo do estado por parte dos segmentos Prestador, na figura da entidade Comunidade Científica (Prestador), Trabalhador e Usuário com demonstração de insatisfação da extinção das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) por meio da Lei Nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, que criou os Núcleos Regionais de Saúde (NRS).

Temos aqui um movimento fortíssimo, importante, e penso que esse Conselho deve se posicionar como desejar. Então, se tem uma proposição de se tirar aqui uma moção para ser encaminhada ao Governador, a Assembleia Legislativa, contra a extinção das DIRES, pelo retorno das DIRES, esse Conselho tem todo o direito de fazer (P2B06).

Se não for uma resolução, que se faça uma Moção de repúdio dizendo que o Conselho Estadual de Saúde não concorda com a forma que o Governo tratou essa situação (T2B14).

[...] tomar uma posição a respeito do processo que foi disparado sobre a extinção das DIRES. Precisamos aqui dizer: o processo que não foi discutido no Conselho; o processo que não foi discutido com os trabalhadores, precisa de uma posição nossa. Se foi acertado ou não a decisão de extinguir as DIRES, são outros quinhentos que precisa fazer um estudo e trazer. Não é uma moção, mas uma resolução (U2B09).

As falas dos conselheiros carregam evidências relacionadas à intervenção do estado da Bahia, ao demonstrar seu poder e estratégia política para a gestão e direcionamento da saúde. Pois, os conselheiros, ao indignar-se com tal ação, se posicionaram contra a ação deliberada pelo governo com um movimento junto com seus pares (segmento de usuários, trabalhadores da saúde e a entidade da comunidade científica) – poder político -, permeado pelo conhecimento técnico - poder administrativo, ampliando a visão política com o intuito de se criar uma moção de repúdio ou resolução – poder técnico (conhecimento) – estratégias essas que ajudariam realizar um movimento (TESTA, 1993, p. 92). Assim, mesmo com todo o movimento foi mantida a nova estrutura da Gestão por meio de Núcleo Regionais de Saúde atendendo à Lei Nº 13.204, de 2014, que permanece até os dias atuais (2020). Destaca-se que houve uma participação ativa dos membros, que além de se juntar politicamente realizaram movimentos e campanhas contra tal ação.

Este segundo biênio contou com votações para além do cunho administrativo (comissões, eleições, regimento, apresentação, temas, etc), houve muita disputa entre mesa executiva e segmento de usuários onde o presidente, na figura do segmento de Usuários, ficou mediando situações, como descrito a seguir:

[...] solicitou à plenária que não vaiassem, pois ali não era uma instância de vaias. Fica até difícil para trabalhador, aqui é uma casa de discussão, vocês estão presenciando, muitos de vocês estão vindo aqui agora, e o debate sempre foi esse aqui. As decisões aqui poucas vezes foram através de voto, sempre consensuamos. Existe aqui uma divergência de pensamentos, e aqui é a casa do trabalhador, do Controle Social, então vamos respeitar todos que aqui estão, porque demos os minutos de voz a vocês, tem representante aqui da categoria de vocês, entendemos que estamos aqui para colocar esse Sistema Único de Saúde para crescer e principalmente valorização da saúde dos trabalhadores (U2B12)

Não fica inteiramente claro, durante a leitura da Ata, o motivo das vaias na plenária do CES-BA, mas a mesma se deu após a seguinte fala: “votação das propostas apresentadas pelos conselheiros [...] seria fazer a Moção e a resolução, e a proposta do conselheiro [...] seria fazer uma Resolução encaminhando a suspensão dos atos da extinção das DIRES” onde houve duas propostas, sendo a primeira do segmento Prestador – Comunidade Científica e segunda do segmento de Usuários – e continuou:

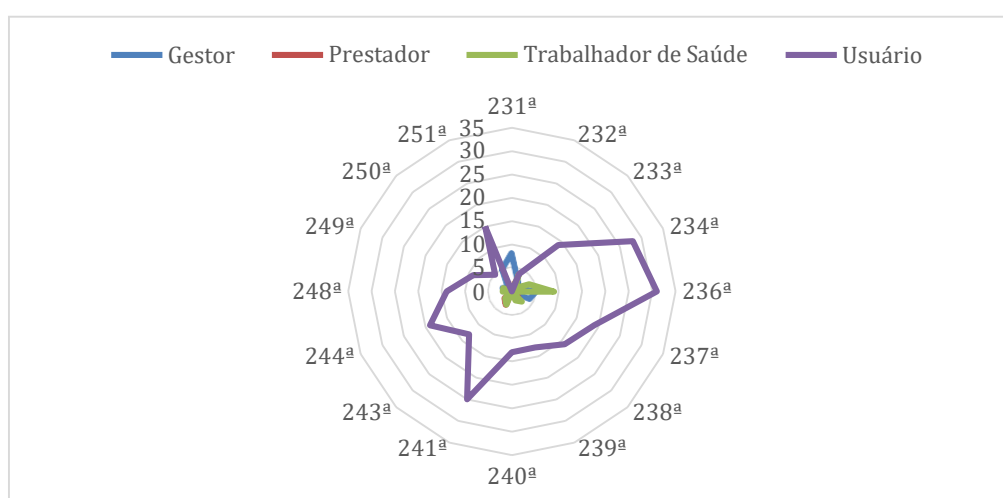
[...] os atos da extinção das DIRES, pela legalidade não era o ato do Secretário de Saúde, mas, do Governador Rui Costa. Qual a efetividade que a Resolução vai trazer para o Conselho? Juridicamente, qual o impacto disso? Temos aqui a [...] que é advogada, fiz uma consulta com ela que me disse que juridicamente não tem impacto algum, porque o ato não é do Secretário, mas, da Assembleia Legislativa e do Governador (U2B12).

Na fala supracitada, é relevante a conduta tomada por parte do segmento Usuários que acabou influenciando no processo eleitoral entre moção ou resolução, sendo aprovada a resolução. Destaca-se que houve um breve histórico, nesse biênio, não somente nessas falas, de posicionamento divergente entre o segmento (Usuário) com característica de forte relação de força, entre a plenária, mesa executiva e gestão.

3ª Biênio (2016-2018)

No terceiro biênio, houve, claramente, a predominância da participação do segmento de Usuários com uma média 13 propostas e/ou encaminhamentos por reunião (Gráfico 5) como nos biênios anteriores, seguido por Trabalhador de saúde e Gestor (média de 2 propostas). O segmento Prestador apresentou menos de 1 proposta por reunião.

Gráfico 5 - Distribuição do número de encaminhamentos e propostas segundo segmento do CES-BA, por ata do terceiro biênio



Fonte: Elaboração própria a partir das atas de reunião do 3ª biênio

Sabendo-se que os segmentos Gestor, Prestador e Trabalhador obtiveram baixa média de propostas e/ou encaminhamentos no biênio, a seguir serão apresentadas as principais pautas de interesse, onde tais segmentos realizaram proposições e/ou encaminhamentos.

O segmento Gestor dedicou seus interesses nas pautas voltadas para: posse dos novos conselheiros para o biênio vigente, política de saúde da mulher, RAG, PES, Comissões (carneval, conferência de vigilância) e eleição para o próximo biênio. O segmento Prestador dedicou mais participação em pautas voltadas para: RAG, PAS, Convênios estaduais, Conferência de Saúde da Mulher, Indicadores dos SISPACTO 2017-2021, Prestação de Contas da Fundação HEMOBA 2016 e 1º 2º e 3º Quadrimestre 2016 da SESAB. Comissão de Acompanhamento aos Municípios e os informes sobre a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres, e sobre a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde.

Considerando que os Segmentos Gestores e Prestadores fazem parte da representação do Governo, os interesses coincidiram com as necessidades de governo e de gestão, ao ponto que para continuidade das ações de governo faz-se necessário que os instrumentos de gestão – Programação Anual, Relatório de Gestão, Prestação de contas dentre outros- estejam aprovados pelo conselho de saúde e encaminhados, pois somente assim é possível tornar legal o trabalho da gestão (BRASIL, 2012).

As temáticas voltadas para área da gestão por parte do segmento de Gestores e Prestadores foram pontuadas em outros estudos onde a maior parte dos assuntos desses segmentos foram sobre prestações de contas e discussões sobre o próprio funcionamento do conselho (ROCHA; MOREIRA; BISPO JÚNIOR, 2020) bem como planos municipais de saúde, relatórios de gestão, projetos e programas de saúde e organização das conferências municipais de saúde que sugeriu também ser definições Ministeriais e próprias para continuidade das ações (STARLEN, 2006).

O segmento Trabalhador dedicou-se a encaminhamentos e/ou propostas nas pautas voltadas para: RAG 2015, Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão, Recomendação do CES referente à Desvinculação das Receitas da União – DRU, Manifestação do CES referente à Manifesto CES contra a PEC 241, Plano Diretor de Sangue, Componentes e Derivados da Bahia 2016-2019, Recomposição das Comissões, Comitês e GT, Apresentação sobre o Rastreamento de Mama, Apresentação do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 – PES, Criação da Comissão Organizadora da 2ª Conferência Estadual de Saúde da Mulher; Apresentação do perfil do Hospital Especializado Otávio Mangabeira (HEOM), 1ª Conferência de Vigilância em Saúde e recomposição das Comissões.

Assim, o segmento trabalhador tem demonstrado apoio às discussões em determinadas demandas da gestão e ao mesmo tempo dedicando-se a problematizar a questão do trabalhador no espaço da saúde. Interessante mencionar um resultado encontrado em um estudo (KEZH; BÓGUS; MARTINS, 2016) que identificou que o segmento de trabalhadores tinha um papel “técnico” destacando a sua colaboração técnica de apoio à gestão, onde tal segmento não se insere em uma postura de disputa no espaço político no conselho. No estudo de Coelho (2001), foi encontrado em uma das análises sobre a mercantilização da saúde e seu processo de privatização, que a sociedade tem poder de interferir nas políticas de saúde bem como na escolha do serviço a ser utilizado pelo usuário, porém as negociações são pouco realizadas por intermédio dos trabalhadores e usuários.

Assim, neste trabalho e especialmente neste biênio, o segmento de trabalhadores apontou falas que expressaram mais poder político, técnico e administrativo. Onde havia maior expressão de poder técnico como já identificado em estudos anteriores, porém já inicia aqui possibilidades de melhora no protagonismo desse segmento nas reuniões do CES-BA com algumas falas indo contra os argumentos de interferência do poder do estado e ativação por parte deste segmento:

[...] sugeriu que se justificasse a necessidade da aprovação da moção, que seria com relação à vida dos enfermeiros que trabalhavam como terceirizados [...] propôs uma moção de repúdio à Empresa [...] pela demissão arbitrária de nove médicos da UPA de Escada em retaliação à greve, que tinham reivindicado melhores condições de atendimento e trabalho (T2B10)

Levantou críticas a um conselheiro do segmento dos Gestores:

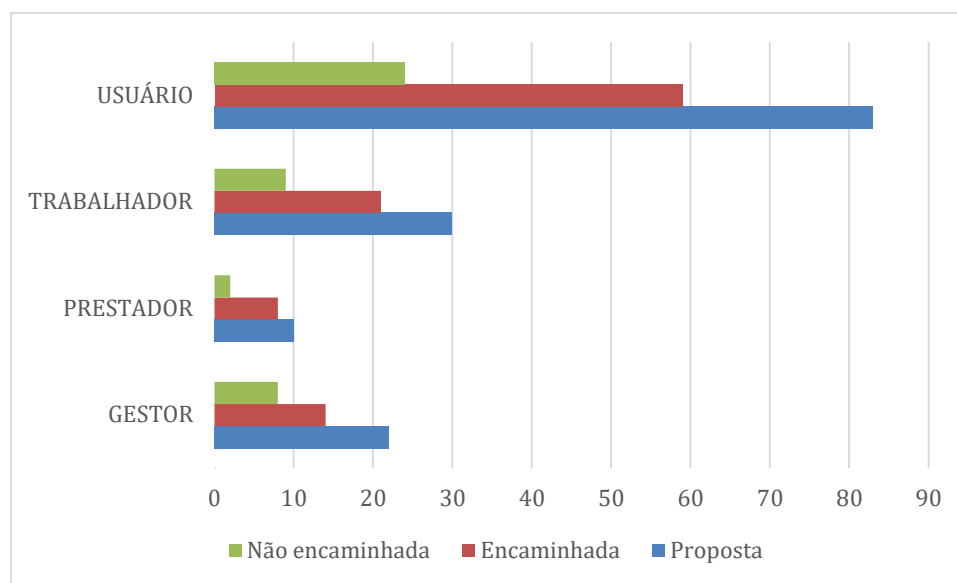
[...] colocou que não existia proselitismo, o que existia era o Conselheiro [...] tentar esvaziar as palavras dos demais conselheiros ali presentes, distorcer as ideias, o que significava poder [...] colocou que seria preciso que o Estado respeitasse o Conselho Estadual de Saúde como um órgão de controle e o controle social, fazendo parte da democracia participativa. Não poderia haver represálias a qualquer conselheiro que tivesse um pensamento divergente daquele que não comungava com a gestão [...] (T2B13)

Resumidamente, os segmentos propuseram e/ou encaminharam pautas, aparentemente de interesse do próprio segmento, onde o Gestor teve mais interesse sobre temas que pautam a gestão, como o Plano Anual de Saúde, o Relatório de Gestão e eleições. O Prestador mostrou mais interesse referente à prestação de contas e conferências. Enquanto, os trabalhadores também dedicaram propostas e encaminhamentos por interesse do segmento, como política de humanização, receitas da união, conferências e sobre manifestações e manifestações em hospital, mas dedicou também interesse em tema da gestão, como: PAS, RAG e a política de saúde.

Conforme apresentado no Gráfico abaixo (Gráfico 6), ao avaliar a “força” da participação (número de propostas encaminhadas por segmento), percebe-se, neste biênio,

um equilíbrio de forças entre os segmentos, onde todos os segmentos conseguem encaminhar mais de 60% das suas propostas. No entanto, o segmento Prestador continua, desde o primeiro biênio, sendo segmento que mais encaminha suas propostas. Assim, nesse biênio, tal segmento encaminhou 80% das suas propostas (10 propostas e 8 encaminhadas), seguido pelo segmento Usuários que encaminhou 71,80% das propostas (83 propostas e 59 encaminhamentos); Trabalhador, com 70% (30 propostas e 21 encaminhamentos); e Gestor, com 63,64% (22 propostas e 14 encaminhamentos). Com esses resultados, percebe-se um cenário diferente dos biênios anteriores. Antes tínhamos a manutenção de Prestador e Gestor como os que mais encaminhavam as propostas e, a partir daqui o segmento de usuário apresenta-se em 2º lugar, segmento dos Trabalhadores em 3º lugar, e, por último, o segmento Gestor.

Gráfico 6 - Número de propostas, encaminhamentos e propostas não encaminhadas, por segmento, do terceiro biênio do CES-BA



Fonte: Elaboração própria a partir das atas de reunião do 3º biênio.

Um dos motivos da redução gradual da participação e encaminhamento por parte da Gestão se faz também pela falta de presença do Secretário de Saúde, mencionado em falas dos conselheiros do CES-BA, sejam Prestadores, Usuários ou Trabalhadores:

[...] Estamos aqui com poucos conselheiros, não há nenhuma representação da Secretaria da Saúde aqui, temos um assunto importantíssimo para tratar com relação à situação do Hospital Otávio Mangabeira, [...] porque vocês

sabem muito bem que o Secretário de Saúde desrespeitou e desconsiderou o Conselho Estadual de Saúde, quando definimos aqui na última reunião a nossa posição contrária ao projeto do governo em relação ao Hospital Otávio Mangabeira [...] (T3B06).

Em relação ao Secretário Estadual de Saúde, realmente o CES vem fazendo um esforço muito grande para que ele participe das reuniões; inclusive vem colocando a situação para o Governo. Mas, encaminhará mais uma vez, um documento e sentará com o mesmo, pois realmente caso ele não venha, deverá declarar a vacância do cargo e assim será necessário realizar a eleição (U3B14).

[...] somos investidos e estamos aqui representando a Entidade, com as responsabilidades presentes e respeitando o Controle Social. Se a Gestão não está respondendo, ela responderá por todos os momentos dela ausente. Salientou que foi dado o encaminhamento pelo Conselheiro [...] enviar ao Secretário um comunicado acerca das suas faltas e colocando se ele deseja continuar no Conselho Estadual de Saúde, ou se abrirá mão, para, se for o caso da desistência, fazer uma nova eleição do segmento e dar continuidade a Mesa (U3B14).

A partir desses resultados, identifica-se uma disputa de poder entre os segmentos com ganho de força dos Usuários e Trabalhadores que passaram a conseguir efetivar mais as suas propostas, além disso, houve um equilíbrio com os demais segmentos - Prestadores e Gestores. Segundo Mario Testa (1993, p. 95), “o equilíbrio entre poder e força se refere a necessidade de preservar alguma reserva – quantitativa ou qualitativa – de poder que permita garantir a continuidade da ação estratégica”. Assim, pode-se dizer que há, talvez, uma limitação ao ponto de compreender se a redução da participação do segmento de Prestadores e Gestores se deu em concordância das reivindicações e solicitações dos demais membros, visto que as colocações dos segmentos se deram mais em pautas relacionadas à Gestão, ou se foi também por discordância, já que houve maior protagonismo dos segmentos de Trabalhador e Usuários e ausência do Secretário de Saúde, ou então, se houve a necessidade de realizar a “reserva” ao ponto de traçar estratégias para o equilíbrio e força do poder do estado com o propósito de manter o *status quo*.

Considerações finais

Os achados contribuíram na defesa de que o Conselho Estadual de Saúde é um colegiado que tem potencialidade de interferir nas ações de saúde do estado, porém ainda

permanece a concentração de força política do próprio estado em manter suas ações ao ponto de usar o conselho como instrumento consultivo.

Ainda, a análise do exercício da democracia no CES-BA no período de 2012 a 2018 segregada por biênio e segmentos representativos permitiu identificar que o segmento Prestador por meio de seu forte poder técnico conseguiu encaminhar suas demandas nas reuniões do CES-BA acatadas junto à plenária. Inicialmente, o segmento de Gestores também se apresentou bastante ativo o que foi modificando ao longo do tempo. Já, o segmento de Trabalhadores demonstrou coesão em suas demandas voltadas à gestão e às questões relacionadas ao trabalhador de saúde do estado da Bahia, quando junto com o segmento de Usuários e, por vezes, Prestadores conseguiu encaminhar algumas pautas, o que foi tendo significado ao longo do tempo, passando a protagonizar espaços. O segmento de Usuário tem uma particularidade interessante, pois conseguem pautar, em sua entidade, demandas coesas, mas que não têm se caracterizado com demandas da representação como todo, ressaíndo bastante os interesses de suas entidades, mais especificadamente de patologias e centrais sindicais.

Considerando estes aspectos, a democracia no Brasil é ainda algo muito a se investigar, tendo em vista que a representação apesar de ser um elemento importante para a sociedade brasileira com uma conquista histórica, do voto por exemplo, com a escolha de um líder ou um representante, ainda se faz necessário se rediscutir, pois quem está nesses espaços de disputa ainda são os mesmos que sempre estiveram no poder.

No caso da saúde é pouco diferente por haver segmentação de representações, não somente na figura do gestor ou trabalhador, mas também de usuários, o que por hora, no conselho, apesar da existência dessa distribuição, muitos membros ocuparam diversas cadeiras, ou seja, usuário ocupando cadeira de trabalhador e trabalhador ocupando cadeira de prestador o que permite considerar que haja uma “caixa preta” do que venha ser representante de determinado segmento no CES-BA. Ora, se o conselheiro é usuário do SUS, por qual motivo esteve na cadeira de trabalhador ou prestador? Desse modo, há uma grande necessidade de alinhar as cadeiras dentro do CES-BA, para que isso não seja usado como fonte de manobra.

Sobre os poderes percebe-se que o poder político, sem estar atrelado ao técnico e administrativo, é insuficiente, tendo em vista que a realização do movimento e a manifestação dos interesses por si só não levam a argumentar adequadamente uma demanda – o que conforma uma participação meramente ativa. O que foi percebido, a partir das análises, é que

o poder político sempre deve estar atrelado ao poder técnico e administrativo, a fim de que conhecimento e interesses unidos ao movimento contribuam para conseguir de fato conduzir determinada ação ao ponto de (re) modificar e (re) organizar dada estrutura.

Artigo 2

Manutenção do *status quo* ou a favor da coletividade: temas deliberados e pautados em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste em três biênios, de 2012 a 2018

RESUMO

Este artigo teve como objetivo descrever os temas e interesses pautados nas reuniões do CES-BA no período de 2012 a 2018. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, resultado do projeto de Dissertação intitulado “*Democracia e relações de poder em um Conselho Estadual de Saúde do Nordeste, no período de 2012 a 2018*”. Baseou-se em documentos do CES-BA: atas de reuniões ordinárias, regimentos, pautas e Leis. Analisados em seguida por categorias analíticas, intermediárias e empíricas, a partir da Análise de Conteúdo (AC), à luz do referencial teórico. Tais dados foram organizados pelo *Atlas.ti*, com elaboração de gráficos pelo *Microsoft Excel*. A organização dos achados permitiu segregar a discussão em três biênios, considerando o período do mandato analisado no estudo (2012 a 2018). Os resultados apontaram que em todo período os temas mais pautados versaram sobre organização do CES-BA e gestão, seguido por doenças e agravos, e planejamento em saúde. Ao analisar por segmento, percebe-se que apesar de o segmento de Usuário apresentar um número significativo de solicitação no primeiro biênio, poucos temas foram efetivados, diferente do que ocorreu no segundo e terceiro biênio, com aumento de efetivação. Já o segmento de Gestores apresentou maiores solicitações e efetivações de temas principalmente no primeiro biênio. O segmento dos Trabalhadores de Saúde apresentou um equilíbrio de solicitação e efetivação de pautas nos três biênios estudados. No que concerne aos temas, vale ressaltar que houve uma mescla entre os segmentos, porém ficou evidente a alta concentração de temas voltados para gestão, como: elaboração de relatórios, aprovação de documentos, políticas de saúde, prestação de contas, temas que são essenciais para manutenção e efetivação das ações de saúde para o estado que são regidos em Leis nacionais. Além do tema da gestão, houve concentração de temas voltados para a organização do CES-BA, como: regimento, eleição, comissão do CES-BA, Grupos de Trabalho, nomeação, dentre outros que são burocráticos à estrutura do conselho de saúde. Dentre as limitações, registra-se que não foi possível analisar às solicitações após aprovadas na plenária, fazendo-se necessário pesquisar se às propostas que foram e que são aprovadas em plenário tomam continuidade posteriormente nos espaços da saúde.

Palavras- chave: Democracia; Participação Social; Conselho de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this article was to describe the themes and interests discussed in the meetings of the State Health Council of Bahia in the period from 2012 to 2018. This is a descriptive and exploratory case study, qualitative in nature, resulting from the Dissertation project entitled "Democracy and power relations in a Northeastern State Health Council from 2012 to 2018". It was based on State Health Council of Bahia documents: minutes of ordinary meetings, bylaws, agendas, and Laws. These were then analyzed by analytical, intermediate, and empirical categories, based on Content Analysis, in light of the theoretical framework. These data were organized by Atlas.ti, with the elaboration of graphs using Microsoft Excel. The organization of the findings allowed us to segregate the discussion into three biennia, considering the period of the mandate analyzed in the study (2012 to 2018). The results showed that throughout the period the most discussed topics were about the organization of the State Health Council of Bahia and management, followed by diseases and illnesses, and health planning. When analyzing by segment, it can be seen that although the User segment presented a significant number of requests in the first two years, few topics were implemented, unlike what happened in the second and third two years, with an increase in implementation. The Managers segment, on the other hand, presented a higher number of requests and implementation of themes, especially in the first biennium. The Health Workers segment presented a balance of requests and implementation of agendas in the three biennia studied. Regarding the topics, it is worth mentioning that there was a mix among the segments, but it was evident the high concentration of topics related to management, such as: preparation of reports, approval of documents, health policies, accountability, topics that are essential for the maintenance and effectiveness of health actions for the state that are governed by national laws. Besides the management theme, there was a concentration of themes focused on the organization of the State Health Council of Bahia, such as: regulations, elections, State Health Council of Bahia commission, work groups, and appointments, among others that are bureaucratic to the health council structure. Among the limitations, it was not possible to analyze the requests after they were approved in the plenary session, making it necessary to research whether the proposals that were and are approved in the plenary session are followed up later in health care spaces.

Key-words: Democracy; Social Participation; Health Council.

Introdução

A assistência à saúde, antes da década de 1980, era limitada a grupos específicos onde o acesso era restrito a pessoas com poder econômico elevado ou trabalhadores que a custeavam através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Além do direito à saúde não ser para toda a população brasileira, as ações de saúde eram focadas em prevenção e eliminação de doenças, o que respondia aos interesses de manutenção do *status quo* centrado no poder médico, higienista, bem como no poder político e econômico vigentes (SCOREL, 2012; SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado por meio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, veio para modificar o modelo de saúde amplamente incorporado na sociedade, de forma que, para além de ampliar o conceito de saúde, contribuiu na garantia do acesso à saúde para toda população brasileira com caráter universal e integral (BRASIL, 1990a). O princípio da universalidade garante acesso em todos os níveis de assistência considerando a população geral independente de possuir bens ou não; e a integralidade versa sobre o conjunto articulado de ações e serviços em todos os níveis de complexidade do SUS, tratando o sujeito de forma integral, quebrando o foco centralizado na doença e no modelo médico hegemônico, hospitalocêntrico e meramente curativo que permeou e ainda permeia na sociedade brasileira (BRASIL, 1990a).

Porém, mesmo com tais incorporações, à garantia do direito à saúde no Brasil ainda tem obstáculos e desafios, principalmente no tocante ao tratamento integral ao usuário do SUS de modo a ampliar o sentido da assistência que considere a Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como no sentido ideológico onde, nos valores dominantes na sociedade predominam a individualidade, diferenciação e distinção, mais do que para coletividade e solidariedade (PAIM, 2018 p. 1725).

Assim, em meio a isso, o SUS ainda continua sendo possível. Para além da criação do SUS, foi criada também a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS em duas instâncias colegiadas: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, sendo este último de caráter permanente e deliberativo (BRASIL, 1990b).

Desse modo, considerando a criação do SUS e o seu desdobramento na participação social por meio dos conselhos de saúde, evidencia-se uma possibilidade de envolvimento da sociedade civil com vistas à mudança no modelo de saúde adotado no Brasil, onde por anos esteve focado na assistência individual e nas patologias, podendo agora ser discutido de modo mais ampliado e estruturado através dos princípios e diretrizes do próprio sistema.

Mesmo com as possibilidades apontadas para mudança do *status quo* - que significa “o estado das coisas”, por meio da participação da sociedade civil, alguns estudos têm evidenciado diversos desafios sobre a institucionalização da participação social nos espaços colegiados da saúde.

Em um estudo (MORAIS, 2018), foi verificado que a visão de um dado segmento, usuários, ainda é superficial frente às imposições do Governo Federal, sendo estes também limitados às pautas e discussões definidas em função dos interesses dos governos. Além disso, existe também forte controle da agenda dos conselheiros por parte do estado (COELHO, 2001; BISPO JÚNIOR, 2015), bem como pouco conhecimento dos conselheiros de saúde frente aos relatórios de gestão (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Outro estudo realizou uma revisão sistemática sobre a participação social e saúde no Brasil, e apontou que existem dificuldades do conselho de saúde em se consolidar como um espaço público de deliberação participativa, de modo que, dentre as categorias analisadas, como: representação, discurso sobre saúde e doença, e democracia na arena do conselho, referiram profunda necessidade de estudos científicos em torno do colegiado gestor da saúde.

Assim, os obstáculos frente à participação social, e manutenção dos interesses por parte do estado, se faz presente nas definições das discussões, políticas e deliberações do conselho de saúde, o que permite identificar fragilidade do próprio conselho realizar deliberações específicas a partir das suas bases sociais. Desse modo, o trabalho aqui apresentado tem como objetivo descrever os temas e interesses pautados nas reuniões do CES-BA no período de 2012 a 2018 e a seguinte pergunta de investigação: quais são os temas mais controversos e os interesses pautados nas reuniões do CES-BA?

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e analítico (Gil, 2010), de natureza qualitativa.

O estudo baseou-se em atas ordinárias e documentos (regimento, pautas, Leis) do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) disponíveis gratuitamente no site oficial do conselho, no período de 2012 a 2018. E seguiu em três momentos metodológicos, a saber: 1) coleta de dados; 2) leitura, organização e sistematização dos achados, e 3) análise e discussão dos dados obtidos.

No **primeiro momento** foi realizado o levantamento de todos as atas ordinárias no período de 2012 a 2018, lista de pautas, regimento do CES-BA, e Leis relacionadas ao conselho. Todos os documentos foram lidos para dar suporte à escrita do estudo. Vale informar que os documentos que não estavam disponíveis foram solicitados por e-mail formal ao CES-BA.

Para o **segundo momento** houve a leitura flutuante dos documentos normativos do CES-BA, como Leis, regimentos e pautas, e excepcionalmente, a leitura das atas, enquanto instrumento com maior volume textual e em termos de quantidade deste estudo, foi lida por meio do *software* Atlas.Ti, onde as informações foram organizadas por códigos (“quem fala e o que fala”, “informes” “encaminhamentos” e” propostas”).

A leitura por meio do *software* Atlas.ti permitiu realizar o download do arquivo de cada ata, e em seguida, a informação foi organizada numa planilha no Programa Microsoft Excel a partir das seguintes variáveis: número de reunião da Ata (por exemplo: 183ª reunião); fala do (a) conselheiro (a); código; comentários e observações. Após a leitura e download dos arquivos lidos, foram inseridas mais variáveis (nome do (a) conselheiro (a) titular; nome do (a) conselheiro (a) suplente, segmento e entidade representativa) com o intuito de iniciar uma catalogação para entender de onde partiu cada fala.

Vale destacar, ainda nesse segundo momento metodológico, que a partir da leitura das atas foi necessário dividir o período do estudo (2012 a 2018) em três biênios, como apresentados no Quadro 8.

O estudo contou com a leitura de 59 atas de Reunião Ordinária do CES-BA, das quais foram extraídos, junto com as pautas das sessões, os principais temas encaminhados e proposto pela plenária.

Quadro 8- Detalhamento dos biênios segundo número de atas de reunião ordinária do CES-BA

BIÊNIO	ATAS	Nº de atas
1º Biênio 2012-2014	2012: 183 ^a - 187 ^a e 189 ^a -193 ^a ; 2013: 194 ^a a 204 ^a ; 2014: 205 ^a a 209 ^a	26
2º Biênio 2014-2016	2014: 210 ^a -215 ^a ; 2015: 216 ^a ,220 ^a -226 ^a ; 2016: 227 ^a -230 ^a	18
3º Biênio 2016-2018	(2016: 231 ^a -234 ^a , 236 ^a ; 2017: 237 ^a -241 ^a ,243 ^a ,244 ^a , 248 ^a ; 2018: 249 ^a -251 ^a)	15
Total de Atas de Reunião Ordinárias do CES-BA lidas		59

Fonte: elaboração própria. Atas do CES-BA

Os cortes de cada biênio consideraram o período de mandato de 2 anos (BAHIA, 201) registrados nas atas sobre as eleições e/ou reconduções com a posse de novos conselheiros. Vale considerar que apesar do biênio ser 2 anos de gestão, o fato de iniciar as eleições ou reconduções no meio do ano fez com que um biênio permanecesse no período entre um ano e outro. Assim, considerou-se o primeiro biênio, no período de 2012 a 2014; segundo biênio, no período de 2014 a 2016; e terceiro biênio, no período de 2016 a 2018.

A partir dessa separação, foi criada uma nova planilha, também no Microsoft Excel, a fim de organizar os resultados por biênio com as seguintes variáveis: número da reunião, falas dos conselheiros voltadas para encaminhamentos e propostas, e pautas de reunião ordinária. Essa planilha facilitou organizar posteriormente os temas discutidos no Conselho Estadual de Saúde da Bahia segundo fala, catalogada por entidade e representação que contribuíram para identificar os temas e interesses pautados nas reuniões do CES-BA, no período de 2012 a 2018, que por sua vez responde ao objetivo deste artigo.

No que concerne à catalogação, vale informar que apesar de haver três segmentos no CES-BA (Usuário, Trabalhador e Gestores/prestadores), a catalogação e os achados foram organizados de modo a considerar o desmembramento do segmento “representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos” para “Gestor” e “Prestador”. Isso se deu em decorrência da forma de identificação e apresentação desses segmentos presente em todas as atas.

Com isso, para compreender posteriormente os resultados, por meio da catalogação, os membros foram referenciados da seguinte forma: “segmento + nº do biênio + número do conselheiro (a) ”, onde a primeira letra equivale ao nome do segmento, o número e letra condiz ao biênio (1B;2B; ou 3B) e os dois últimos números referem-se ao quantitativo de conselheiros do segmento.

O **terceiro momento** se deu de modo a responder diretamente ao objetivo geral deste estudo: identificar os temas e interesses pautados nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde da Bahia - CES-BA, no período de 2012 a 2018. Para identificar os interesses que compõem cada segmento, a partir da relação entre as pautas do CES-BA e a leitura das atas, utilizou-se das falas relacionadas ao código “propostas” e “encaminhamentos” feitos pelos atores sociais do CES-BA. E, para organizar os temas mais propostos, foram elaborados gráficos analíticos.

No que concerne à análise, foram utilizados três tipos de categorias, a saber: 1) categorias analíticas: “interesse, poder e democracia”; 2) categorias intermediárias: “agenda, tema/pautas, decisão, poder, representação e participação”; e 3) categorias empíricas: “quem pauta, o que é pautado, quanto tempo a pauta permanece em discussão e encaminhamentos”. As discussões se deram a partir do referencial teórico disposto na leitura científica visitada discutidos à luz dos instrumentos do próprio CES-BA (Leis, regimentos, pautas) e demais Leis do Conselho Nacional de Saúde ou do Ministério da Saúde.

Resultados e discussões

A partir da leitura das pautas disponibilizadas pelo CES-BA, no período de 2012 a 2018, dispostas nos Anexos (ANEXOS 1,2 e 3), foi possível identificar os temas debatidos no conselho por biênio, segundo tipo de tema e os principais interesses dos segmentos e entidades. As pautas identificadas no arquivo de pautas e solicitações por intermédio de propostas e encaminhamentos durante a reunião do CES-BA foram catalogadas conforme o tipo de tema, em número de nove, a saber:

- 1) Organização do CES-BA: refere-se as pautas burocráticas de organização, ajustes e modificações do conselho, como eleições, regimentos, comissões, informações sobre conferências e atividades das comissões, denúncias, acompanhamento de municípios. De modo que faça parte da estrutura e /ou organização do conselho.
- 2) Gestão: são as ações que tem intervenção e burocratização por intermédio do estado, como: aprovação de políticas públicas; apresentação e aprovação de instrumentos de planejamento (RAG, PPA, PES, RQ, LOA), prestação de contas, convênios. De modo

que as pautas estejam voltadas com a finalidade da gestão do CES-BA com o estado da Bahia e os tramites legais e burocráticos.

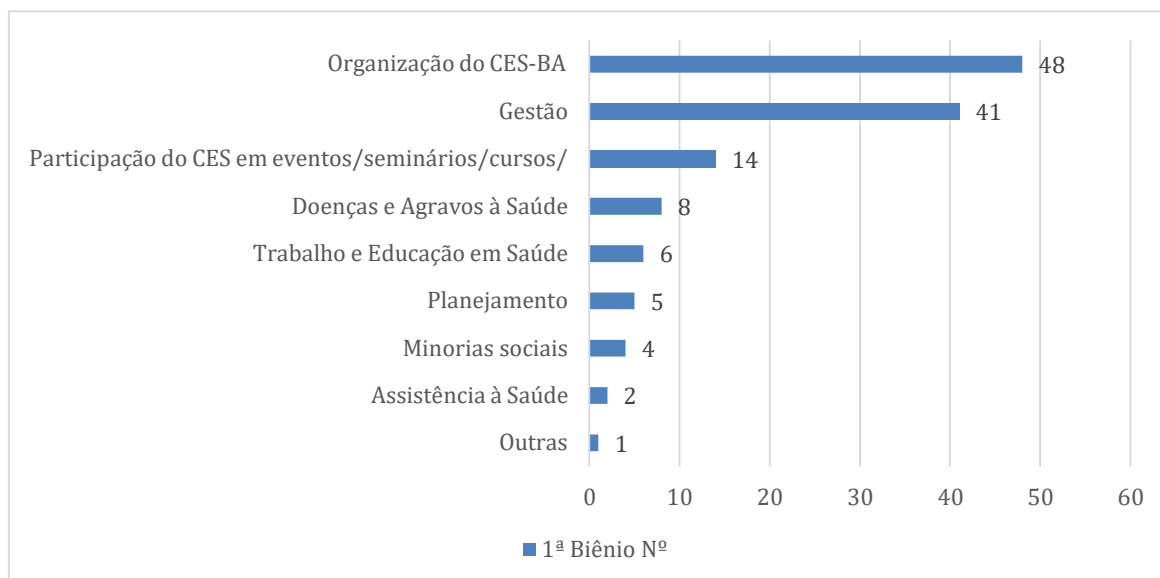
- 3) Participação do CES-BA em eventos, seminários, cursos: aqui envolve tanto as participações, a indicação de participantes e devolutiva dos acontecimentos. É onde o CES-BA participa de espaços seja de gestão, de educação permanente, de interesses do estado ou do próprio Conselho de Saúde.
- 4) Doenças e agravos à saúde: refere-se a pautas destinadas às questões epidemiológicas, doenças, problemas de saúde da população do estado da Bahia.
- 5) Trabalho e Educação em saúde: são pautas destinadas a discutir sobre o trabalhador, políticas do trabalho e educação em saúde, denúncias voltadas para desrespeito ao trabalhador.
- 6) Planejamento: refere-se a pautas ligadas ao calendário do CES-BA, (re) organização dos serviços de saúde por meio do planejamento em saúde e plano de ação.
- 7) Minorias sociais: pautas dirigidas a saúde da mulher, população LGBTQIA+, população dos povos indígenas, população negra, dentre outras.
- 8) Assistência à saúde: pautas ligadas a documentos, implementações, protocolos que referiu sobre a assistência da saúde;
- 9) Outras: são pautas que foram inseridas no debate que não apresentaram características citadas nos tipos de temas anteriormente apresentado.

A seguir, serão apresentados os resultados e discussões por biênios no período de 2012 a 2018.

1º Biênio (2012-2014)

Conforme o gráfico abaixo (Gráfico 7) os temas pautados nas reuniões ordinárias do CES-BA do primeiro biênio concentram-se mais na organização do CES-BA (n. 48), seguido por gestão (n. 41). E, menos em pautas sobre planejamento (n. 5), minorias sociais (n. 4) e assistência à saúde (n. 2).

Gráfico 7- Número de pautas segundo tipo de tema, no primeiro biênio do CES-BA, 2012 a 2014.



Fonte: Pautas de Reunião CES-BA, 2012-2014

Dentre as pautas relacionadas à organização do CES-BA, destacam-se em sua grande maioria: 1) discussões sobre Regimento eleitoral de grupos de trabalho e Regimento interno; 2) Comissões e Grupos de Trabalho (GT) do CES-BA apontando discussões sobre indicações de conselheiros para composição das Comissões e GT sobre relatório de visita das unidades (hospitais, obras) e 3) denúncias com discussões de caso de três municípios (Jequié, Itabuna e Nova Canaã).

As pautas que estiveram consonantes ao tema da gestão versaram sobre apresentação dos instrumentos de planejamento para apreciação e ou aprovação dos conselheiros de saúde, prestação de contas contidos nos Relatórios Quadrimestrais (RQ) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e outras demandas como: cartão SUS, TabelaSUS, discussão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apresentação do Plano Diretor da Vigilância, Plano de DST/AIDS, agora chamado como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), dentre outros. Vale destacar que, estas discussões permeiam uma das competências do CES-BA disposto no Regimento interno no que compete a “discutir e aprovar o Plano Estadual de Saúde e proceder a sua revisão periódica” e “analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras” (BAHIA, 2012, p.2-3).

As discussões sobre doenças e agravos apontadas eram de cunho da saúde da mulher, situação epidemiológica sobre mortalidade fetal e saúde mental.

Os temas sobre trabalho e educação debruçou sobre projetos de lei, contextualização do plano de cargo, carreira e vencimento (PCCV), problemas dos servidores e a gestão parceria público privada (PPP) e a conferência estadual do trabalhador.

No que concerne ao planejamento e minorias sociais houve poucos debates. Dentre as discussões sobre Planejamento foram apresentados temas voltados para o plano de ação para DST/AIDS, carnaval, Copa das Confederações e Copa do Mundo. E, sobre as minorias sociais, os debates versaram de temas voltados para saúde das mulheres, saúde da população negra e população indígena na Bahia.

Os temas debatidos não são aleatórios, há atores sociais envolvidos que discutem, apresentam e incrementam temas, sejam eles de interesse individual ou coletivo. Tais atores sociais que são como um personagem – “cujo comportamentos são o objeto de reflexão e pensamento estratégico” (TESTA, 1993, p.48) – que, por sua vez, consegue alcançar os seus objetivos pré-formulados.

Os temas discutidos não são construídos baseados em uma agenda organizada e não fica claro, nos documentos das atas e pautas, a formação de agenda, sendo apontado neste biênio apenas na Ata 193ª Reunião do CES-BA, ano de 2012, a pauta sobre Calendário de reuniões do CES, para o ano de 2013. No entanto, não faz parte da rotina do CES-BA elaborar um plano de agenda discutido com atores e bases sociais, onde as pautas ficam muito dirigidas à gestão e conduzidas também pelo próprio estado.

Não é novidade a permanência dos temas da gestão nas reuniões do conselho, bem como a forte interferência do estado. Em um estudo, também foram demonstradas as mesmas características, sendo que, os principais assuntos tratados nas sessões referiram sobre planos municipais de saúde, relatórios de gestão, projetos e programas de saúde e organização das conferências municipais de saúde. Sugerindo que tais temas estão entrelaçados, antes de tudo, pelas exigências do Ministério da Saúde (MS) e pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (STRALEN et al, 2006). Contudo, apesar de ser uma recomendação, o conselho, independente do seu âmbito, tem autonomia para definir e deliberar sobre suas pautas (BAHIA, 2012).

Assim, este trabalho identificou que, durante o primeiro biênio, houve muitas sugestões acerca de temas que partiram do segmento de Usuários (34), Trabalhadores (7), seguido por Gestores (5) e Prestadores (2). No Entanto, nem todos são deliberados e pautados

nas reuniões do CES-BA. A Tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição do número e percentual das pautas efetivadas por segmento e entidades.

Tabela 1- Detalhamento de temas solicitados e efetivados por segmento e entidade durante o 1º biênio do CES-BA, 2012-2014

SEGMENTO	ENTIDADE	PAUTAS EFETIVADAS	
		N ^a	%
Prestador	Comunidade Científica	1	0%
	Representantes dos prestadores do serviço	1	100%
	TOTAL	2	50%
Gestor	COSEMS	1	100%
	Ministério da Saúde	2	100%
	Secretário de Saúde	1	0%
	Suplente do Secretário	1	100%
	TOTAL	5	80%
Trabalhador	Conselho de classe de demais associações	2	50%
	Sindicatos e federações	5	60%
	TOTAL	7	57%
Usuários	Entidades*	8	75%
	Fórum de Combate à Violência	3	33%
	Fórum de entidades do movimento antirracista	6	50%
	Fórum de entidades patológicas	8	38%
	Fórum de mulheres organizadas em saúde	6	67%
	Fórum de Pessoas com Deficiências	2	50%
	Populações indígenas ou Quilombola	1	100%
	TOTAL	34	54%

Fonte: Atas de Reunião do CES-BA.

* Entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde

Conforme a Tabela 1, no primeiro biênio, o segmento Gestor (80%) obteve o maior percentual de suas propostas de temas efetivados, especialmente pela ação dos representantes do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Ainda, vale considerar que os temas sugeridos e pautados pelo segmento Gestor foram coesos, sendo que suas entidades pontuaram mais o tema da “Gestão”. Os solicitantes referiram que o conselho devia pautar sobre a Lei Complementar nº 141 de 2012, reivindicando como encaminhamento, “que a mesa realmente pensasse numa estratégia para ajudar todo o Conselho” (G1B02). Propôs também a discussão sobre a regulação do estado (G1B05) mencionando a necessidade de se discutir também a “questão de Itabuna (..) e se convide a gestão de Itabuna para estar presente na discussão referente ao município” (G1B05). Todos esses temas foram inseridos como pauta do CES-BA com intermédio do segmento Gestor e aprovado pelo plenário.

A representação da comunidade científica realizou uma proposta de tema que não foi pautada pelo CES-BA, a saber: discussão Pública do modelo de gestão do SUS, na Bahia, e a relação Público/Privada. Nesta solicitação, tal representação encaminhou que “seriam discutidas estratégias de administração de unidades Próprias via PPP, modelo de fundação estatal para estratégias e projetos de saúde, relação OS/OSIP e filantrópicas” (G1B04). O segmento Trabalhador também propôs pautar o tema “relação público privado” (T1B01; T1B08), que também não obteve sucesso. Mas, mesmo assim, conseguiu inserir 57 % (Tabela 1) dos seus temas como pautas de reunião ordinária, onde os representantes dos Sindicatos e Federações conseguiram pautar e efetivar mais do que os conselhos de classe de demais associações. Seus temas de interesses estavam inseridos nos aspectos da gestão, como o exemplo citado anteriormente (T1B01); doenças e agravos, saúde mental (T1B01), e educação e trabalho (T1B08).

O segmento de Usuários, apesar de obter 54% das pautas efetivadas, ficando em terceiro lugar (primeiro, o Gestor, com 80%, segundo, o Trabalhador, com 57%) como pauta, nas reuniões do CES-BA, foi o segmento que apresentou maior número de temas nas reuniões. As Entidades congregadas em centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde conseguiram inserir 6 dos seus 8 temas solicitados, seguido por Fórum de mulheres organizadas em saúde que conseguiram inserir 4 dos 6 temas solicitados (Tabela 1) sendo consideradas, neste primeiro biênio, como as entidades do segmento de usuários que tiveram mais força política de inserção dos seus interesses.

Os interesses, de forma geral, foram diversos, não havendo coesão do segmento Usuários, mas sim por parte da entidade. Os temas foram: minorias sociais, doenças e agravos à saúde, gestão, organização do CES-BA, trabalho e educação e outras.

Os temas das minorias sociais versaram sobre a saúde da mulher, violência contra mulher e saúde da população negra (U1B08; U1B13), temas esses que partiram de representantes do fórum de mulheres e movimento antirracistas. Destaca-se que um dos conselheiros afirmou o seguinte posicionamento “proponho que este Conselho incorpore e que seja um dos protagonistas da realização das atividades, de ativismo de violência contra a mulher e do dia da consciência negra, pois foi proposta ano passado (...) e não foi encaminhado” (U1B080). Ainda, no que concerne ao tema da saúde da população negra, o (a) conselheiro (a) fez uma ressalva entre a saúde e o trabalho afirmando a necessidade de realizar um “mapeamento, de como estão de fato, às condições das mulheres e dos negros que prestam serviço na saúde no estado da Bahia (...) queremos saber onde estão os negros

só estão empurrando a maca de fato? o corpo gerencial da SESAB ele é completo de qual cor? e isso seria justo?” (U1B13). E completou que deveria incluir a implantação do Programa de Combate ao Racismo Institucional – PCRI, bem como realizar discussão do racismo institucional que acometem aos trabalhadores e a sociedade (U1B13). Ambos os temas foram debatidos nas reuniões do CES-BA, como nas 189ª e 196ª Reunião Ordinária.

Outros temas solicitados pelo segmento estiveram no aspecto das “doenças e agravos” como a situação de saúde dos privados de liberdade (U1B22) e o Programa Estadual da Pessoa Portadora de Albinismo (U1B11) ambos não obtiveram êxito com inclusão de pauta em nenhuma das sessões. Apenas a pauta sobre as Hepatites virais foi incorporada em decorrência do mês do julho amarelo (U1B23) - campanha. Este tipo de tema partiu, em sua grande maioria, dos representantes do Fórum de entidades patológicas. Sobre a pauta do Programa da pessoa portadora de albinismo houve a seguinte reflexão: “está fazendo um ano e quatro meses que foi aprovado na CIB e não avançou até agora nas ações que estavam previstas no Programa”, e complementou que “estamos aqui para discutir o SUS, discutir a saúde do estado precisamos deste Conselho pauta, além de discutir resoluções” (U1B11).

Nesse sentido, a reflexão colocada não foi à toa, pois a maioria dos temas de interesse do segmento de usuários estiveram voltados para a gestão (U1B06; U1B13; U1B08; U1B16; U1B07 e U1B14), sendo pouco tratado o tema da coletividade.

Aqui houve solicitação de modo coeso de diversas representações, como: fórum de patologias, movimento antirracista, fórum de mulheres, Entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde, dentre outros.

No que concerne ao tema da gestão, os Usuários propuseram sobre: assistência farmacêutica (U1B06; U1B13); plano estadual - sobre ampliação da rede assistencial oncológica, na Bahia para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Comissão Intergestores Regional - CIR (U1B16); apresentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (U1B01), funcionamento das PPP na Bahia (U1B13); que não foram incluídas como pauta em nenhuma sessão do primeiro biênio. E demais como: Relatórios – RAG e RDQA (U1B06; U1B07); Câmara Técnica do SIOPS (U1B08); Lei Complementar nº 141 de 2012 (U1B14) que foram incluídos como pauta nas sessões.

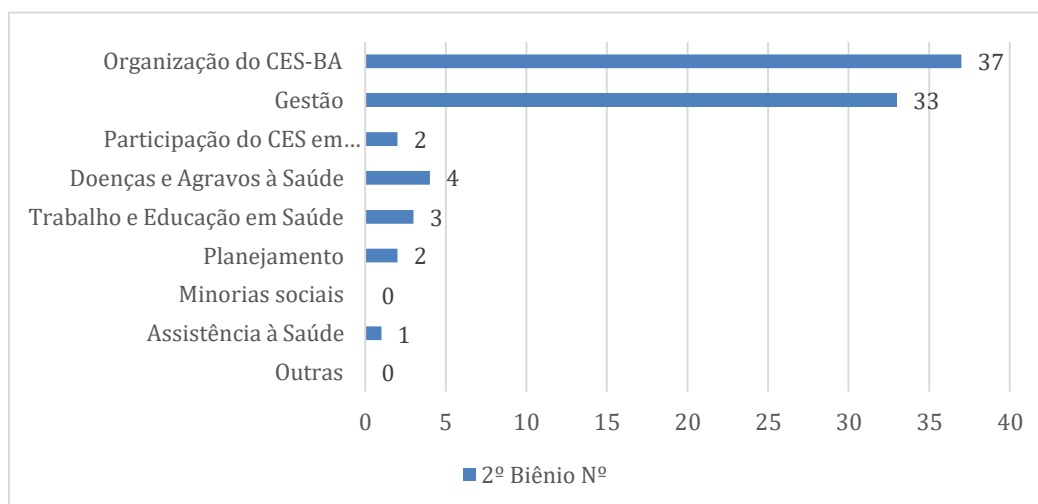
Em suma, o único segmento que apresentou coesão em seus interesses foi o Gestor, que pautou o tema da gestão e aprovou suas solicitações no pleno. Pode-se dizer que o

segmento Usuário também foi coeso no que concerne ao tema gestão, no entanto sobre os interesses de determinadas entidades prevaleceram solicitação da entidade (individual).

2º Biênio (2014-2016)

No segundo biênio, que vai de julho de 2014 a abril de 2016, as pautas concentram-se, em sua grande maioria, sobre organização do CES-BA (37) e gestão (33), mesmo cenário apresentado no primeiro biênio. Houve menos pautas sobre doenças e agravos à saúde (4), trabalho e educação em saúde (3), planejamento (2), e assistência à saúde (1), com nenhuma pauta voltada para as minorias sociais (Gráfico 8).

Gráfico 8- Número de pautas segundo tipo de tema, no segundo biênio do CES-BA, 2014 a 2016.



Fonte: Pautas de Reunião CES-BA, 2014-2016

Dentre as pautas sobre a organização do CES-BA, observa-se discussões sobre: apresentações (política da nova gestão, regulamento das eleições); composição das comissões do CES-BA com indicação de conselheiros, contextualização da composição, criação da comissão de consórcios, eleição do biênio (2015-2017) – recondução, de acompanhamento dos municípios, posse de conselheiros e denúncias.

No que se refere às pautas sobre gestão, em sua grande maioria foi relacionada a apresentações por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) e conselheiros das comissões do CES-BA acerca de temas como: Lei de nº 13.204 de 11 de dezembro de 2015 sobre a transferência de recursos financeiros entre a administração pública e as organizações da sociedade civil; prestação de contas dos relatórios trimestrais e anual; PPA 2016-2019; relatório do Hemoba. Além disso, as reuniões foram bastante tomadas com discussões sobre a construção e informes sobre a 9ª Conferência Estadual de Saúde. Outras pautas sobre as políticas de saúde também ocorreram, para fins de conhecimento e/ou aprovação do CES-BA, como: Política de Transplantes de Órgãos; Política Estadual de Alimentação e Nutrição / PEAN – Ba; e Política Estadual para Redução de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio.

Sobre o tipo de tema “Doenças e agravos à saúde” foram debatidos as demandas relacionadas às pessoas portadoras de epilepsia, hepatites virais em decorrência do julho amarelo; dados epidemiológicos da microcefalia na Bahia, e dados da epidemia de arboviroses.

Os temas voltados para o trabalho e educação em saúde discutiram a avaliação da Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, discussão sobre a Política Estadual do Trabalho e Educação na Saúde do SUS – Bahia e a Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, que versa sobre o piso salarial do profissional nacional dos Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente Comunitário de Endemias Saúde (ACE).

O tema do planejamento em saúde concentrou-se em pautas do Plano de Ação do Carnaval e Programação DST/AIDS. E a pauta da assistência à saúde debateu apenas sobre a assistência Perinatal no Estado da Bahia.

Tabela 2- Detalhamento de temas solicitados e efetivados por segmento e entidade durante o segundo biênio do CES-BA, 2014-2016

SEGMENTO	ENTIDADE	PAUTAS EFETIVADAS		
		Nº	Nº	%
Prestador	Comunidade Científica	0	0	00%

	Representantes dos prestadores do serviço de saúde	1	0	00%
	TOTAL	0	0	00%
Gestor	COSEMS	2	1	50%
	Ministério da Saúde	0	0	00%
	Secretário de Saúde	0	0	00%
	Suplente do Secretário	0	0	00%
	TOTAL	2	1	50%
Trabalhador	Conselho de classe de demais associações	1	0	00%
	Sindicatos e federações	5	3	60%
	TOTAL	6	3	50%
Usuários	Entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde	0	0	00%
	Fórum de Combate à Violência	0	0	00%
	Fórum de entidades do movimento antirracista	5	4	80%
	Fórum de entidades patológicas	0	0	00%
	Fórum de mulheres organizadas em saúde	0	0	00%
	Fórum de Pessoas com Deficiências	0	0	00%
	Populações indígenas ou Quilombola	1	1	100%
	Fórum de aposentados	1	0	00%
	TOTAL	7	5	71%

Fonte: Atas de Reunião do CES-BA.

Conforme a Tabela 2, o segmento dos Usuários foi o que mais conseguiu pautar seus interesses, com 71% das suas propostas de pautas efetivadas nas sessões no CES-BA, a representação que obteve maior percentual foi Populações indígenas ou Quilombola (100%) e o Fórum de entidades do movimento antirracista (80%). Em seguida, veio o segmento Trabalhador que efetivou 50% dos seus interesses de temas pautados nas reuniões do CES-BA, onde os representantes dos sindicatos e federações conseguiram efetivar maior percentual dos seus interesses de temas (60%), e Gestor (50%). Destaca-se que o segmento Prestador não apresentou interesses de pautas suficientes e, além de não apresentar, não conseguiu efetivar o tema solicitado.

Vale considerar que neste segundo biênio a eleição, em 2014, efetivou a mudança da presidência do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), onde no primeiro biênio (2012-2014) o presidente era o Secretário de Saúde- segmento da Gestão, passando a ser, no segundo biênio (2014-2016) o representante do segmento de Usuários.

E, diferente do biênio anterior, que o segmento de Usuários pautou sobre a maioria dos tipos de temas, neste biênio ficou muito claro o interesse pelo tema da organização do CES-BA e gestão. No que concerne aos temas da organização do CES-BA, os interesses remeteram-se a: acompanhamento dos municípios pela comissão (U2B13); comissão eleitoral (U204). E da gestão: consórcios (U2B09), regionalização (U2B09); LOA (U2B09) e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), na tentativa de identificar “quais municípios irão aderir ao consórcio, quais as regiões que contemplavam, quais equipamentos seriam consensuados e como seria a gestão desses trabalhadores” (U2B09) que foi debatida em uma das sessões. Temas esses que convergem com os solicitados pelo segmento Gestor.

Acredita-se, que, a manutenção do tema da gestão, mesmo com a mudança do presidente do CES-BA, está posta na figura de que o intelectual (pensamento gramsciano) - representantes do segmento da gestão- representa e constrói à saúde na sociedade civil. Ora, se no primeiro biênio o presidente do CES-BA era membro da gestão (secretário de saúde), e no segundo biênio passou a ser representante dos Usuários, faz compreender que o intelectual enquanto “efetivo organizador das vontades e da ação coletiva” (MENDONÇA, ano, p.10), na figura dos gestores, construíram consenso hegemônico de temas e pautas, e conseguiram obter adesão nos seus projetos dominantes, principalmente com as classes de representantes de Usuários.

O segmento dos Trabalhadores da Saúde conseguiu efetivar 50% dos temas solicitados nas reuniões do CES-BA, com interesses voltados para organização do CES-BA; educação e trabalho e assistência em saúde. Destaca-se que os temas sobre educação e trabalho voltaram a ser parte dos interesses deste segmento também no segundo biênio. Sobre o tema da organização do CES-BA o segmento pontuou que “seria importante recuperarmos nossas pautas” (T2B02). No que concerne ao interesse voltado para educação e trabalho, o segmento “solicitou que fosse pautada no CES a apresentação das práticas integrativas que poderiam ser muito mais úteis aos segmentos mais vulnerabilizados” e “salientou que existia um grupo muito bom dentro da SESAB fazendo aquele trabalho, inclusive no HUPES” (T2B01).

Aparentemente o segmento de Trabalhadores não foi cooptado pelo predomínio dos temas da gestão. Assim, acredita-se que quando os temas da gestão ressaíram por parte do segmento, se deu em decorrência dos membros fazerem parte da estrutura de trabalho da gestão do estado, e, mesmo assim, seus temas refletiram pouco sobre gestão (burocrática), mas apresentaram, com maior relevância, assuntos relacionados ao trabalhador no setor da saúde do estado da Bahia.

O segmento Gestor, este manteve seu interesse, desde o primeiro biênio, para temas da gestão. E o segmento Prestador, mesmo sem efetivar sua solicitação, propôs tema de interesse voltado para a organização do CES-BA sobre o Regimento Interno onde proferia que o CES-BA “precisava marcar uma data da reunião para a realização do Regimento Interno” (P2B03) esse debate apesar de encaminhado pelo Pleno não foi incluído como pauta neste biênio.

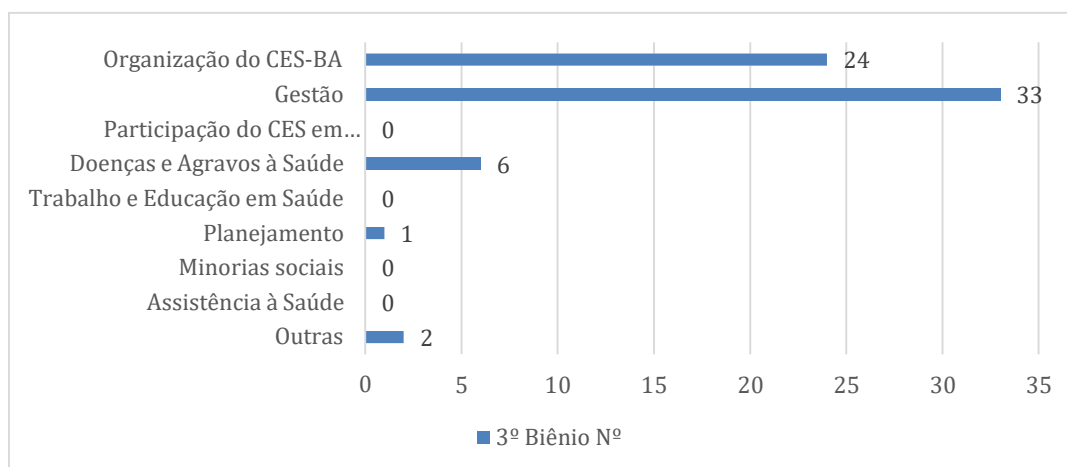
Por fim, a permanência do secretário como presidente absorve a possível restrição e autonomia do conselho, principalmente sobre a definição das pautas (STRALEN et al, 2006). E, aparentemente, neste estudo, mesmo com a mudança da presidência, as pautas entre um biênio e outro apresentaram-se as mesmas, com, inclusive, redução de pautas sociais, por exemplo. Deixando claro que, independente de haver mudança do tipo de representação que compõe a presidência do conselho, as pautas estão visivelmente, ainda, voltadas para gestão. Um adendo a isso é que, não significa dizer que o norteamto das ações e as decisões são as mesmas, pois, apesar disso, percebe-se, claramente, neste biênio, a maior participação e efetivação de pautas e encaminhamentos por parte dos segmentos de Trabalhador e Usuário.

3º Biênio (2016-2018)

As pautas tematizadas nas sessões do terceiro biênio tiveram maior concentração no tema da gestão (33), seguido por organização do CES-BA (24), ambos temas também mais pautados nos biênios anteriores. Em menor quantidade houve pautas relacionadas a doenças e agravos (6), outras (2) e planejamento (1). Não houve pautas relacionadas a participação

do CES-BA em eventos, trabalho e educação em saúde, minorias sociais e assistência à saúde (Gráfico 9).

Gráfico 9- Número de pautas segundo tipo de tema, no terceiro biênio do CES-BA, 2016 a 2018.



Fonte: Pautas de Reunião CES-BA, 2016-2018

As pautas sobre gestão contaram com temas sobre políticas de saúde (Política Estadual de Atenção Integral de Saúde da Mulher; Política Estadual de Saúde Mental; Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão e Política Estadual sobre o Glaucoma), mas houve maior concentração de apresentações, em sua grande maioria por um representante do estado, em especial a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. As apresentações versam sobre os instrumentos de planejamento (RAG, PAS, LOA) e prestação de contas, temas esses com alto nível de inserção e discussão desde o primeiro biênio.

Dentre os temas sobre a organização do CES-BA as pautas versaram sobre eleição, recomposição de comissões do CES-BA, posse dos conselheiros para o biênio (2016-2018), apresentação do calendário de reuniões de 2017 e 2018, informes sobre a 1ª Conferência Estadual de Saúde da Mulher, e recomendações. Vale considerar aqui que houve momentos de organização do calendário de reuniões para o ano, porém ainda assim não fica claro como é a organização da agenda, se as pautas são dialogadas com as bases sociais ou se surgem de determinado segmento ou representação, a priori as demandas estiveram sempre dedicadas às discussões de cunho da gestão.

No que concerne aos temas pautados no CES-BA sobre doenças e agravos à saúde discorreu sobre a situação dos renais crônicos na Bahia, saúde mental, febre amarela, e a

Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência – RCPD. Vale ressaltar que o tema da saúde mental vem sendo discutido desde o primeiro biênio, principalmente sobre a da Comissão de Saúde Mental - que foi implantada. O tema “outros” apresentou sobre uma Pós-graduação em Direito sanitário, e sobre a Semana da saúde. Sobre o tema do Planejamento em saúde, ocorreu a discussão sobre o Plano Estadual de desinstitucionalização da saúde mental no estado da Bahia.

É evidente, nesse biênio, que a maioria das propostas de pautas solicitadas não foram efetivadas nas reuniões do CES-BA (Tabela 3) demonstrando assim pouca transparência do espaço onde as pautas são consolidadas, de modo a indagar se as pautas, mesmo que discutidas, ainda que pouco nos espaços de reuniões ordinárias, se há uma discussão prévia em outros espaços do próprio CES-BA como: comissões, bases, grupos de trabalho, reuniões extraordinárias, conferências. Ou seja, o espaço de decisão sobre a agenda e o cronograma de reuniões do CES-BA ainda é algo incipiente e que precisa ser melhor estruturado.

Tabela 3- Detalhamento de temas solicitados e efetivados por segmento e entidade durante o terceiro biênio do CES-BA, 2016-2018

SEGMENTO	ENTIDADE	Nº	PAUTAS EFETIVADAS Nº	PAUTAS EFETIVADAS %
Prestador	Comunidade Científica	0	0	0,0%
	Representantes dos prestadores do serviço de saúde	1	0	0,0%
	TOTAL	1	0	0,0%
Gestor	COSEMS	0	0	0,0%
	Ministério da Saúde	0	0	0,0%
	Secretaria do Meio Ambiente	1	0	0,0%
	Secretário de Saúde	0	0	0,0%
	Suplente do Secretário	3	1	33%
	TOTAL	4	1	25%
Trabalhador	Conselho de classe de demais associações	1	0	0,0%
	Sindicatos e federações	0	0	0,0%
	TOTAL	1	0	0,0%
Usuários	Entidades congregadas em Centrais e federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde	5	0	0,0%
	Fórum de Combate à Violência	0	0	0,0%

Fonte: Atas de Reunião do CES-BA.

Fórum de entidades do movimento antirracista	2	1	50%
Fórum de entidades patológicas	3	1	33%
Fórum de mulheres organizadas em saúde	0	0	0,0%
Fórum de Pessoas com Deficiências	0	0	0,0%
Populações indígenas ou Quilombola	0	0	0,0%
Fórum de aposentados	0	0	0,0%
TOTAL	10	2	20%

A agenda na saúde ocorre nas esferas municipal, estadual ou federal seguindo um ciclo de planejamento com utilização de instrumentos e ferramentas que são definidas legalmente por prazos, o que garante a transparência do processo (BRASIL, 2015). E os Conselhos de saúde são o espaço que media a relação entre sociedade civil e Estado como uma forma de ampliar e garantir a participação na saúde (BRASIL, 2015) com vistas melhorar as políticas públicas por meio de representações por segmentos: Usuários, Trabalhadores e Gestores (BRASIL, 2012).

Desse modo, dentre as propostas de temas solicitadas pelos segmentos que compõem o CES-BA, os que fazem parte da Gestão conseguiram efetivar mais propostas (25%) nas reuniões do CES-BA, seguido pelos Usuários (20%) por parte das entidades do Fórum de entidades patológicas e Fórum de entidades do movimento antirracista. Prestador e Trabalhadores em Saúde não conseguiram efetivar suas solicitações de temas nas reuniões do CES-BA (Tabela 3).

Diferente dos outros biênios, os temas sugeridos pelo segmento Gestor não abordou apenas sobre a gestão, levantou sobre temas relacionados a doenças e agravos à saúde onde deveria se discutir sobre “a relação do câncer de mama e uso de agrotóxico na Bahia e no país” sugerindo que “deveria existir uma política estadual de oncologia” (G3B10). Temas da organização do CES-BA sobre a construção do cronograma do CES-BA e gestão “outra pauta que diziam que iriam trazer para o Pleno e que nunca trouxeram [...] que era uma questão de convênio mesmo, para que fosse realizada a explicação, a questão da Comissão de Renovação de Convênios [...] que a SESAB teria que trazer para o Pleno a explicação devida, se havia dinheiro em conta” (G3B03).

Como nos biênios anteriores, o segmento dos usuários propôs diversos temas, como doenças e agravos à saúde (4), gestão (3), organização do CES-BA (1), trabalho e educação

em saúde (1) e outros (1). E, as únicas propostas efetivadas estavam relacionadas ao tema sobre doenças e agravos, onde o (a) conselheiro (a) mensurou que “precisavam trazer de fato para o CES uma discussão acerca da questão da Terapia Renal Substitutiva (TRS), porque as pessoas estavam dentro dos hospitais, sem que tivessem clínicas para atender, as pessoas estavam sem poder realizar o tratamento e em consequência indo a óbito” (U3B06) e sobre oncologia “pudessem ter depois uma avaliação sobre a Rede Oncológica do Estado, para que fosse verificado os dados gerais de Câncer do Estado” (U3B06).

As pautas não efetivadas foram voltadas para Gestão que “fosse apresentadas ao Pleno do CES todas as resoluções e recomendações que foram realizadas durante o ano de 2016 [...] para que pudessem começar o ano de 2017 pelo menos observando como e o que efetivamente o CES tinha se debruçado e o que tinha sido efetivamente dado encaminhamento” (U3B03), sobre a discussão da Portaria 3.992 de 28 de dezembro de 2017, que refere sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde e pois “o conselho precisa se debruçar porque afeta a forma de elaboração do RAG, Plano Anual de Saúde e LDO e dar aos Conselheiros várias responsabilidades” (U3B14). Sobre o tema relacionado a trabalho e educação em saúde houve a solicitação de discutir a questão da terceirização no SUS (U3B22).

O segmento Trabalhador realizou solicitação de uma única pauta que também versou sobre terceirização. Tal tema foi apontado como pauta, em um único momento no segundo biênio, quando abordou sobre a Lei de nº 13.204 de 11 de dezembro de 2015 (transferência de recursos e as organizações da sociedade civil).

solicitou pautar no CES sobre a terceirização dos Serviços Públicos no Estado da Bahia, porque as empresas estão desrespeitando e desvalorizando os trabalhadores da saúde no Estado da Bahia” e complementou que “os trabalhadores da Saúde estão vivendo com os salários atrasados, décimo terceiro e férias sem receber, sem o 71 recolhimento do FGTS e INSS, além das péssimas condições de trabalho (T3B11).

Aqui, como nos outros biênios, o segmento do Trabalhador propôs pautas condizentes aos interesses do segmento sobre o trabalhador e problemas relacionado ao trabalho em saúde.

O segmento prestador também solicitou a pauta da terceirização na saúde afirmando o seguinte: “salientou que a maioria das falas foi com relação às terceirizadas, portanto solicitou um ponto de pauta para discutir especificamente este assunto para deixar as coisas bem claras” (P3B08).

Sobre o tema da terceirização mesmo que tão solicitado pelos segmentos de Usuários, Trabalhadores e Prestador (na figura da entidade do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviço de Saúde do Estado da Bahia - SINDHOSBA), não conseguiu ser pautada, com vistas à esclarecimentos, em nenhum momento do período estudado. Tal situação sugere um problema em não discutir sobre terceirização no CES-BA, bem como omissão por parte do estado na figura do Gestor em não acatar tal demanda a ser discutida no pleno, tendo em vista que a expressão dos temas trazidos pelo Gestor tem se efetivado com maior volume no período analisado.

No que concerne à tentativa da inserção da pauta da terceirização, em outro estudo, houve apontamento do CES-BA como o único espaço que apresentou indignação sobre a inoperância de gestão terceirizada, contudo o “afrouxamento” do conselho nas deliberações do CES-BA apontou omissão a isso (REIS; COELHO, 2018, p. 27)

Neste biênio, há de se destacar, que houve mobilizações do pleno voltadas para: moção de repúdio e resoluções, resultando em participação ativa dos membros do CES-BA, principalmente por parte do segmento de Usuários e Trabalhadores.

Um exemplo da participação ativa por intermédio da moção, apresentou-se na fala sobre “apoio à greve”, informando ao governador do estado da Bahia posicionamento contrário a qualquer tentativa de retaliação aos servidores públicos, e, logo em seguida reforçou sobre “a importância de sair um documento do Conselho confirmando o apoio à greve” (U3B06). O que foi deliberado na 240ª Reunião Ordinária do CES-BA.

Vale destacar, que a greve apresentada, se referiu às reformas trabalhistas e a reforma da previdência social contidas nos projetos de Lei do Governo Federal no ano de 2017, onde os membros do CES-BA decidiram pela suspensão do expediente da Secretaria Executiva, solicitando que o governador não realize corte salarial em decorrência da greve, e, além

disso, o CES-BA se contrapôs ao Governo do Estado no tocante do aumento da alíquota de contribuição do regime próprio da previdência dos servidores do Estado da Bahia.

Outro posicionamento contrário à Gestão se deu em uma discussão acerca da situação (tentativa de privatização) do Hospital Otávio Mangabeira: “vocês sabem muito bem que o Secretário de Saúde desrespeitou e desconsiderou o Conselho Estadual de Saúde, quando definimos aqui na última reunião a nossa posição contrária ao projeto do governo em relação ao Hospital Otávio Mangabeira (T3B06) e logo veio um encaminhamento sobre “garantir a participação de um ou dois trabalhadores também em um GT para fazer o acompanhamento dessa discussão do hospital, até para que as coisas não se percam” (U3B06).

Além disso, queixas sobre o Secretário de Saúde se fizeram bastante presentes desde quando o mesmo assumiu, apontando que:

[...] realmente o CES vem fazendo um esforço muito grande para que ele participe das reuniões; inclusive vem colocando a situação para Governo. Mas encaminhará mais uma vez, um documento e sentará com o mesmo, pois realmente caso ele não venha, deverá declarar a vacância do cargo e assim será necessário realizar a eleição (U3B14; U3B03).

Também foi registrada outra queixa em relação aos membros do segmento da gestão: “a necessidade de se tomar uma atitude quanto à ausência do Vice-Presidente, Secretário Estadual de Saúde, na Mesa do CES-BA” (U3B14; U3B03). Essa solicitação se deu por meio de um repúdio do membro do segmento de Usuários que salientou entender o esforço do presidente (segmento de usuário) na condução do CES-BA, mas que “não elegeram o Vice-Presidente para que fosse o “jarro” da Mesa que só vem ao Pleno quando bem entende” (U3B06). Deixando claro, em sua fala, que os membros eleitos precisam estar presentes nas sessões do conselho.

Considerações finais

Em todo período estudado os temas mais pautados no CES-BA versaram sobre organização do CES-BA e gestão, seguido por doenças e agravos, e planejamento em saúde. O tema sobre minorias sociais foi identificado apenas no primeiro biênio, e trabalho e educação em saúde e assistência à saúde somente no primeiro e segundo biênio.

Considerando os interesses entre os segmentos e entidades, de modo geral, o segmento de Usuários foi o que mais realizou solicitação de temas, seguido por Trabalhador e Gestor, o segmento de Prestadores quase não solicitou pautas, porém realizou intervenções nos espaços de decisão.

Ao analisar por biênio, percebe-se que no período de 2012 a 2014 (primeiro biênio), apesar de o segmento de Usuário apresentar um número significativo de solicitação, poucos temas foram efetivados na prática, e dentre as principais entidades que compõe o segmento, Centrais de Sindicatos e Federações, Populações indígenas ou Quilombola, Fórum de Mulheres organizadas na Saúde e Movimento Antirracista foram os que mais apresentaram temas e conseguiram efetivar nas sessões do CES-BA. A partir do período de 2014 a 2016 (segundo biênio), houve redução nas solicitações do segmento de Usuários, onde a grande maioria das suas propostas temáticas foram efetuadas principalmente pelas entidades Movimento Antirracista e Populações indígenas ou Quilombola. No período de 2016 a 2018 (terceiro biênio), houve mais propostas e efetivação das entidades do Movimento Antirracista e do Fórum de entidades patológicas.

O segmento de Gestores apresentou maiores solicitações e efetivações de temas principalmente no primeiro biênio, por parte das entidades do Ministério da Saúde e COSEMS. A partir do segundo biênio o cenário foi modificando, onde o segmento de Gestores passou a solicitar menos pautas. No segundo biênio, houve solicitação e efetivação por parte apenas do COSEMS e, no terceiro biênio, apenas o Suplente do Secretário.

O segmento dos Trabalhadores de Saúde apresentou um equilíbrio de solicitação e efetivação de pautas nos três biênios estudados, registrando mais solicitação entre o primeiro e o segundo biênio. E a entidade que mais concentrou solicitação e efetivação de pautas foi Sindicatos e Federações. O segmento Prestador pouco solicitou pautas e efetivou e, dentre as entidades que compõe tal segmento, houve maior participação dos Representantes de Prestadores de Serviço e Comunidade Científica.

No que concerne aos temas, vale ressaltar que houve uma mescla entre os segmentos, porém ficou evidente a alta concentração de temas voltados para Gestão em Saúde, como elaboração de relatórios, aprovação de documentos, políticas de saúde, prestação de contas, temas que são essenciais para manutenção e efetivação das ações de saúde para o estado que são regidos em Leis nacionais. Além do tema da gestão, houve concentração de temas voltados para a organização do CES-BA, como: regimento, eleição, comissão do CES-BA, Grupos de Trabalho, nomeação, dentre outros que são burocráticos à estrutura do conselho

de saúde. Sobre o planejamento houve poucos momentos de discussão da agenda e cronograma do conselho, sendo esta imposta provavelmente pela gestão. As pautas coletivas e de movimentos sociais são mínimas, houve algumas voltadas para saúde da mulher, população negra, movimento indígenas e saúde mental.

Durante o estudo houve momentos de interesses convergentes e divergentes tanto entre os segmentos, quanto por entidades que compõe o mesmo segmento ou segmentos diferentes. Percebe-se que há bastante coesão por parte do segmento Gestor e Trabalhador, diferente no que ocorre entre os Prestadores, que ora está compactuando com segmento de Usuários e Trabalhadores e ora compactua com a Gestão. O segmento Usuários também existe muitas disparidades, onde há por um lado uma ampla solicitação convergente com Gestores, Prestadores de Serviço, e Trabalhador, e por outro lado há uma divergência entre si, onde as entidades acabam se convergindo muito mais dentro das suas demandas do que a representação de Usuários em si, além disso os temas solicitados foram muito mais sobre a gestão e organização do conselho do que sobre problemas relacionados à sociedade civil e saúde na Bahia.

Por fim, registra-se a necessidade dos segmentos que compõem o CES-BA realizar uma agenda e cronograma de reunião que pautem de fato os problemas e necessidades da população do estado da Bahia, afinal a proposta do conselho, além de aprovar os documentos normativos e técnicos, precisa fiscalizar e pautar a efetividade da saúde no estado, trabalhar junto com suas bases para conseguir efetivar a participação social além das questões burocráticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitiram identificar que o exercício da democracia em um micro espaço, o Conselho Estadual de Saúde da Bahia, é claramente percebida disputa de poder entre os segmentos e entidades que devem prestar melhorias para o bem comum “a fiscalização e o compromisso com a política de saúde do estado da Bahia”, o que não se apresentou plausível.

A disputa de poder na arena das reuniões do CES-BA deixa claramente a intenção do estado em manter o Conselho como parte consultiva, e espaço de suas apresentações para desencadear ações pensadas por eles mesmo. Vale frisar que há momentos que os membros vão de encontro ao estado quando efetivam moções, movimentos e solicitações, o que se chama de participação ativa, e aparentemente é nesse momento que o estado se coloca como omissor e faz a “reserva” da participação afim de prosseguir com a estratégia da manutenção do *status quo*.

Tendo em vista estes aspectos, ao analisar o exercício da democracia e as relações de poder no CES-BA no período de 2012 a 2018 na ótica das categorias analíticas: democracia, poder, sociedade civil e Estado, identifica-se que a democracia representativa presente no CES-BA apresenta que os mesmos representantes dominam poderes e assumem lugares que não condiz com a sua realidade.

Sobre a categoria “poder” é claramente identificado poder por parte do segmento Gestor e Prestador, com forte característica do poder técnico, administrativo e político, com efetivação de propostas e encaminhamentos, bem como sugestão de pautas e deliberações. Porém, em um dado momento o CES-BA apresentou também uma força representativa do segmento de Usuários principalmente entre as entidades congregadas em Centrais e Federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto entidades da área da saúde, Patologias e Movimento antirracista, e dentre os trabalhadores participam mais os Sindicatos e Federações e com baixa participação dos conselhos de saúde. Sendo estes segmentos (Usuários e Trabalhadores) bem presentes a partir do segundo biênio (2014-2016) momento em que o CES-BA passou a ser presidido por um representante do segmento de Usuários.

No que concerne à categoria de Sociedade Civil enquanto resposta para as demandas sociais vale uma reflexão: o Conselho de Saúde consegue de fato representar a sociedade civil sem o poder impositivo do Estado para com a massa popular? Sabendo-se que é na

sociedade civil que se desenvolve os conflitos, sejam eles econômicos, sociais, ideológicos ou políticos as instituições, no caso o conselho de saúde, consegue resolver através de mediações? Ou sejam o CES-BA tem mediado as ações de saúde conforme a sociedade baiana necessita? Os conselheiros seguem a prerrogativa do conceito ampliado de saúde?

A resposta ainda é não. Pois, apesar do conselho ter diversos avanços no sentido de ampliar algumas participações, representações, bem como tentativa de ampliar a participação de membros do segmento de Trabalhadores e Usuários que sempre estiveram em espaço passivo, ainda precisa caminhar no sentido de pautar a problemática da saúde no escopo do estado e não o estado ser o maior protagonista da agenda, das composições, bem como das decisões pactuadas na plenária.

ANEXO 1- Quadro com a descrição das pautas do CES-BA, primeiro biênio

Quadro 9- Descrição das pautas do CES-BA segundo ano e ata do primeiro biênio

1ª BIÊNIO (2012-2013)		
Ano	Ata	Pauta
2012	183 ^a	Apresentação da Expansão da Rede Estadual de DST/AIDS
	184 ^a	Relatório de Gestão da SESAB 2011 Composição da Comissão de Acompanhamento ao CMS
	185 ^a	O parecer da Prestação de Contas do HEMOBA, 2010 Plano de DST/AIDS 2012 Faculdade Nobre de Feira de Santana Indicação de conselheiros para participarem do Curso EAD- FIOCRUZ – Controle Social.
	186 ^o	Regimento Interno do CES/ Reestruturação das Comissões e GT Lei Complementar 141/2012 Fórum Comunitário de Combate à Violência Reunião Comissão de Planejamento e Acompanhamento Financeiro e Orçamentário/ Parecerista do Relatório Anual de Gestão da SESAB, 2011 Indicação de Conselheiros para participarem do VI Fórum de Conselhos Estaduais e Municipais das Capitais dos Estados do Norte e Nordeste Indicação de Conselheiro para o Seminário Nacional da Comissão de Orçamento e Financiamento, Indicação de Conselheiro para participar do Seminário “ O enfrentamento da morte materna na PNAISM Plenária Nacional de Saúde Indicação de conselheiro para participar do ConCidades
	187 ^a	Plano Estadual de Saúde 2012- 2015 Prestação de Contas do 1º Quadrimestre 2012
	189 ^a	Parecer do Relatório de Gestão da FESF 2009-2010 Saúde da População Negra Plano de Ação Estadual de Saúde do Homem Situação da Mortalidade Fetal e Infantil no Estado da Bahia
	190 ^a	Contextualização e Desafios da Representação da Plenária no Estado da Bahia Atividades Desenvolvidas pela BAHIAFARMA Apresentação da Lei de Acesso e Informação Relatório do Fórum Norte / Nordeste ocorrido no Maranhão Apresentação do Cartão SUS Relatório das Unidades Visitadas: Obras Sociais Irmã Dulce e Mansão do Caminho
	191 ^a	Apresentação dos Indicadores SISPACTO 2012 Apresentação do Relatório de Visita às Unidades Hospitalares Apresentação do Relatório referente ao Fórum Norte/Nordeste Apresentação sobre Hepatites Virais Planejamento do Conselho Estadual de Saúde referente às Comissões
	192 ^a	Apresentação Política Estadual de Atenção Básica Apresentação do Balanço da Gestão de Itabuna e da Regulação da Bahia Contextualização do PCCV/ Projeto de Lei que sistematiza o processo de discussões negociações referentes à revisão da LEI nº 11.373 de 15 de fevereiro de 2009 Parecer referente à Prestação de Contas do 3º Trimestre da SESAB, 2011 Apresentação da Prestação de Contas do 2º Quadrimestre da SESAB, 2012
	193 ^a	Situação da Rede de Laboratórios do Estado da Bahia Apresentação do Projeto de Gestão do Trabalho relativo à Portaria nº 2.517/MS Contextualização do SIOPS no Estado da Bahia Apresentação sobre o Encontro da CIST/ Educação Permanente para o Controle Social / Seminário Nacional de experiências exitosas do Controle Social. Calendário de reuniões do CES para o ano de 2013
2013	194 ^a	Relatório da Ouvidoria SUS Bahia DIVISA e DIVEP
	195 ^a	Apresentação do PAM DST/AIDS

	<p>Situação dos Servidores frente à fusão do HEDERM com o Hospital Couto Maia e sua gestão por Parceria Pública - Privada – PPP</p> <p>Apresentação da Recomendação do CES</p> <p>Proposta de Pauta para a 196ª Reunião Ordinária do CES/BA</p>
196ª	<p>Apresentação do Relatório de Gestão da SESAB, 2012</p> <p>Atenção à Saúde das Mulheres no CICAN-Ba</p> <p>Resultados da Pesquisa GRAVSUS- NE sobre atenção à saúde das Mulheres.</p> <p>Considerações para Aprovação do PAM</p> <p>Aprovação sobre a Assistência Religiosa</p> <p>Indicação de Conselheiros para participarem da reunião de Alinhamento referente ao VII Fórum Norte/Nordeste</p>
197ª	<p>Apresentação do Relatório de Gestão da SESAB, 2012</p> <p>Apresentação do novo site do CES</p> <p>Aprovação do PAM</p> <p>Plenária Estadual de Saúde</p> <p>Solicitação do Sr. Vasconcelos (Renais Crônicos) sobre pauta no CES</p> <p>Proposta mudança da reunião do mês de maio</p>
198ª	<p>Reforma Psiquiátrica na Bahia</p> <p>Apresentação do Regimento da Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde</p> <p>Apresentação da proposta da COAP no Estado da Bahia</p> <p>Plano de Ação da Copa das Confederações</p> <p>Indicação de conselheiros para o VII Fórum Norte Nordeste de Saúde</p> <p>Indicação de conselheiros para o Encontro Nacional de Articulação do Controle Social no SUS</p>
199ª	<p>Apresentação do Rastreamento do CA de Mama – Estratégia Itinerante</p> <p>Informes referentes à 4ª Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde</p>
200ª	<p>Prestação de Contas, exercícios 2010 e 2011, da BAHIAFARMA</p> <p>Parecer referente à Prestação de Contas do 1º Quadrimestre 2012 da SESAB</p> <p>Parecer referente à Prestação de Contas do 2º Quadrimestre 2012 da SESAB</p> <p>Comissão para eleição da nova composição do CES</p> <p>Informes sobre o Curso de Capacitação Presencial</p> <p>Indicação de conselheiro para fazer parte do GT permanente Fóruns de Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais das Capitais do Norte e Nordeste.</p>
201ª	<p>Implantação das UPAS na Bahia</p> <p>Terapia Renal Substitutiva na Bahia /Comissão de Acompanhamento à Terapia Renal Substitutiva</p> <p>4ª Plenária de Conselheiros de Saúde</p> <p>Situação do Conselho Municipal de Saúde de Itabuna</p> <p>Proposta da Comissão provisória de Saúde Mental</p> <p>Indicação de conselheiros para participarem do Encontro de Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde e indicação do Coordenador de Plenária de Conselhos de Saúde</p> <p>Indicação de conselheiro para o GT da Comissão para análise e alterações no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Salvador</p> <p>Informação da reunião extraordinária</p> <p>Alteração da Comissão de Planejamento e Acompanhamento e Orçamento</p>
202ª	<p>Apresentação da FESF 2011 – 2012</p> <p>Apresentação da Tabela do SUS (Procedimentos e valores)</p> <p>Apresentação da Situação da Mortalidade Fetal e Infantil no Estado da Bahia</p> <p>Curso DATA-SUS</p> <p>Indicação de conselheiro para as Pré-Conferências dos DS e Plenárias Gerais e do GT da XII CMS de Salvador</p> <p>Indicação de conselheiro para compor o GT Intersetorial Estadual do PSE</p> <p>O Conselheiro Moysés Toniolo participou do I Seminário nacional sobre Política Nacional de Saúde Integral</p>
203ª	<p>Situação da Mortalidade Fetal e Infantil no Estado da Bahia</p> <p>Instituição do GT de Educação Permanente para o Controle Social</p> <p>Ofício recebido da presidente do CEAPLER de nº 0014/2013, solicitando anulação da eleição dos segmentos de usuários das seguintes representações: Fórum de mulheres organizadas em saúde, Fórum de combate à violência, Fórum de entidades do</p>

		movimento anti-racista, tornando-se necessário dar início a outro processo com publicação de um edital específico que contemple o Regimento Interno e as Resoluções de forma correta e que tenha a sua aprovação homologada pelo pleno do Conselho
	204 ^a	Programa Estadual de Promoção à Saúde 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador Parecer do Relatório de Gestão 2012 da SESAB Entrega de Certificados aos Conselheiros Estaduais de Saúde SISPACTO no Estado da Bahia
2014	205 ^a	Prestação de Contas do 2º Quadrimestre 2013 da SESAB Informes Atualizados sobre a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e Trabalhador (a)
	206 ^a	Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CEST) Parecer do RAG, 2011 Situação do Município de Nova Canaã Planejamento do Carnaval no Estado pela SESAB
	207 ^a	Apresentação do RAG da SESAB, 2013 A Esclarecimento e deliberação quanto ao processo eleitoral ou recondução da Coordenação Executiva deste Conselho Recomposição das representações das Comissões e GTS. Aprovação do Parecer referente ao RAG da SESAB, exercício 2011 Panorâmica da 4ª CEST GT Mais Médicos Indicação de conselheiros para participar do VII Fórum de Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais e das Capitais Norte e Nordeste Indicação de conselheiros membros da COFIN Estadual e de conselheiros da Coordenação Executiva do CES, para oficina sobre a Lei Complementar 141/2012, ampliar o debate sobre o financiamento da Saúde na perspectiva do processo de construção da 15ª CNS
	208 ^a	Planejamento das Ações e Serviços de Saúde para a Copa do Mundo Apresentação sobre Internação Domiciliar Medicamentos em Casa. Processo Eleitoral da Coordenação Executiva do CES Atualização sobre a 4ª CEST
	209 ^a	Apresentação sobre Saúde Mental Atualização sobre a 4ª CEST

Fonte: elaboração própria baseada nas atas do CES-BA 2012-2014

ANEXO 2 - Quadro com a descrição das pautas do CES-BA, segundo biênio

Quadro 10- Descrição das pautas do CES-BA segundo ano e ata do segundo biênio

2ª BIÊNIO (2014-2015)		
Ano	Ata	Pauta
2014	210 ^a	Leitura da ata da 15ª Reunião Extraordinária do CES referente à eleição da Coordenação Executiva do CES; Posse da nova Coordenação Executiva (MesaDiretora) exercício 2014-2016; Competências e Funções do CES-BA e da Comissão Intergestores Bipartite – CIB Homenagem à 1ª Mesa Diretora do CES Processo: Publicização da Nova UPA de Vitória da Conquista
	211 ^a	Implantação/Avaliação do Financiamento das Ações Executadas das UPAS Apresentação dos Aspectos de Comunicação dos CES/Bahia Apresentação da Proposta CES/Unidade Gestora Contextualização da Comissão de Acompanhamento aos Municípios Apresentação da Prestação de Contas da SESAB, do 1º Quad., Exercício 2014 Avaliação da Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
	212 ^a	Convênios

		<p>Área Técnica do Ministério da Saúde Decreto do Governador nº 15.425 de 10/09/2014 Resolução da Comissão de Educação Permanente Relatório de Visita Técnica aos Municípios de Mucugê, Souto Soares e Lençóis Re” (composição) do Grupo de Acompanhamento às Unidades de Saúde Indicação de dois Conselheiros (titular/suplente), para o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT</p>
	213 ^a	<p>Política Estadual do Trabalho e Educação na Saúde do SUS – Bahia Lei nº 12.994 de 17 de junho de 2014 Agente Comunitário de Saúde (ACS) Agente Comunitário de Endemias Saúde (ACE) Programação de DST/AIDS 2014 Composição da Comissão de Educação Permanente em Saúde Papel e “re” composição do Grupo de Visita às Unidades de Saúde Política Estadual de Alimentação e Nutrição / PEAN – Ba Indicação do Conselheiro Ricardo Mendonça, para substituir o Conselheiro Marcos Sampaio, junto ao Conselho Curador da Fundação Estatal</p>
	214 ^a	<p>Apresentação da Prestação de Contas do 2º Quadrimestre 2014 da SESAB Convite para participar da Avaliação da Gestão</p>
	215 ^a	<p>Indicação de Isadora Maia para coordenar o GT de Educação Permanente do CES Indicação de Jorge Geraldo para coordenar o GT de Acompanhamento ao Programa de Inclusão Digital Indicação de Eliane Araújo Simões para coordenar o GT de Acompanhamento às Unidades. Situação do Hospital São Lucas – Itabuna</p>
2015	216 ^a	<p>Apresentação das Diretrizes Políticas da Nova Gestão Apresentação dos Superintendentes e Diretores 9ª Conferência Estadual de Saúde: Período, Proposta de Decreto, Estratégia Plano de Ação do Carnaval 2015 Situação do Município de Itabuna</p>
	220 ^a	<p>Contextualização da Assistência Perinatal no Estado da Bahia Situação da Maternidade Climério de Oliveira Atualização da 9ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia</p>
	221 ^a	<p>Situação Atual da BAHIAFARMA Atualização da 9ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia Indicação de um representante deste Conselho junto ao Comitê de Pesquisa e Ética - UCSAL em substituição a Silvanete Brandão Figueiredo</p>
	222 ^a	<p>Atualização da 9ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia</p>
	223 ^a	<p>Posse dos Conselheiros do CES e dos Membros da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST Relatório da Comissão de Regionalização</p>
	224 ^a	<p>Posse dos Conselheiros do CES e dos Membros da CIST Consórcios Municipais Solicitação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador que trata da Criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador Municipal – CIS Apresentação do Parecer sobre o RAG 2014 da SESAB, exercício 2014 Consórcios Regionais de Saúde Política de Transplantes de Órgãos Informes sobre a 9ª Conferência Estadual de Saúde Indicação de 10 (dez) Conselheiros (as) para o Seminário para Seleção de Prioridades de Linhas de Pesquisas nos dias 17 e 18 de setembro, com a participação da “Academia”, profissionais da SESAB e representantes do Controle Social.</p>
	225 ^a	<p>Criação da Comissão de Acompanhamento aos Consórcios na Bahia Apresentação da Prestação de Contas da SESAB, 2º Quadrimestre 2015 Apresentação do Plano Plurianual - PPA 2016 – 2019 Informes sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde Eleição Conselheiro 2015-2017</p>

		Indicação de 4(quatro) Conselheiros (dois Usuários e dois Trabalhadores, para participarem da Comissão de Integração Ensino – Serviço – CIES – Bahia, conforme solicitação da Superintendência de Recursos Humanos - SUPERH, através do ofício 42/2015
	226 ^a	Indicação de 4 (quatro) Conselheiros (2 Usuários e 2 Trabalhadores), para participarem da Comissão de Integração Ensino – Serviço – CIES – Bahia Retificação da indicação de um (a) conselheiro (a) usuário (a) para integrar a Comissão de Acompanhamento ao Processo de Regionalização do Estado da Bahia. Apresentação do Plano Plurianual - PPA 2016 – 2019 Política Estadual para Redução de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio
2016	227 ^a	Apresentação do Regulamento para eleição do CES 2016-2018 Atualização da Composição da Comissão de Acompanhamento ao Processo eleitoral 2016-2018
	228 ^a	Avaliação do Carnaval Informes e atualização sobre a Microcefalia no Estado da Bahia Prestação de Contas do COSEMS referente aos repasses federais, estaduais e contrapartidas municipais no financiamento do SUS
	229 ^a	Dados da Tríplice Epidemia Arboviroses Informes da Mesa – Comissão Eleitoral
	230 ^a	Apresentação do Relatório do 3º Quadrimestre da SESAB, 2015

Fonte: elaboração própria baseada nas atas do CES-BA 2014-2016

ANEXO 3 - Quadro com a descrição das pautas do CES-BA, terceiro o biênio

Quadro 11- Descrição das pautas do CES-BA segundo ano e ata do terceiro biênio

3º BIÊNIO (2016-2017)		
Ano	Ata	Pauta
2016	231 ^a	Posse dos Conselheiros Biênio 2016- 2018 Política Estadual de Atenção Integral de Saúde da Mulher
	232 ^a	Apresentação do Relatório de Gestão Exercício 2015
	233 ^a	Política Estadual de Saúde Mental Recomposição da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (‘20) Encontro Estadual das CIST-BA (CIST Estadual e Municipais) Recomendação do CES referente à Desvinculação das Receitas da União – DRU Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão
	234 ^a	Ratificação da aprovação, “ad referendum” da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão Ratificação da aprovação “ad referendum” da Recomendação do CES referente à Desvinculação das Receitas da União – DRU Ratificação da aprovação “ad referendum” da Manifestação do CES referente à Manifesto CES contra a PEC 241 Plano Diretor de Sangue, Componentes e Derivados da Bahia 2016-2019. Recomposição das Comissões, Comitês e GT’s Apresentação sobre o Rastreamento de Mama
2017	236 ^a	Apresentação do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 – PES; Criação da Comissão Organizadora da 2ª Conferência Estadual de Saúde da Mulher; Apresentação do perfil do Hospital Especializado Otávio Mangabeira (HEOM), Informe sobre a reunião realizada com o Presidente do Conselho Nacional de Saúde para esclarecimento de dúvidas sobre a 2ª Conferência de Saúde da Mulher e a 1ª Conferência de Vigilância em Saúde e recomposição das Comissões.
	237 ^a	Programação Anual de Saúde PAS 2016 Apresentação do Calendário de Reuniões do CES 2017 Composição da Comissão do Carnaval

		Composição da Comissão Executiva e Organizadora da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde 09/02/2017 238ª Reunião Ordinária
238ª		Apresentação sobre a Programação Anual de Saúde PAS -2017 Apresentação Sobre os Convênios Estaduais Situação dos Renais Crônicos no Estado da Bahia Informes sobre a 2ª Conferência de Saúde da Mulher.
239ª		Programação Anual de Saúde PAS -2017 Conferência Estadual de Saúde da Mulher Apresentação da Proposta de Desinstitucionalização da Saúde Mental
240ª		Apresentação sobre o Conselho Presente Apresentação dos Novos Indicadores dos SISPACTO 2017-2021 Informes sobre a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres
241ª		Apresentação dos Novos Indicadores dos SISPACTO 2017-2021 Prestação de Contas da Fundação HEMOBA 2016 Homologação composição da Comissão de Acompanhamento Aos Municípios Informes sobre a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres
242ª		Recomendação para realização da Conferência Municipal de Saúde para elaborar o Plano Municipal de Saúde Recomendação do CES à Secretaria Estadual de Saúde – SESAB, para substituir a atual direção do Hospital Saúde da Mulher, por uma Mulher. Recomendação nº 05/2017 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da inclusão na pauta dos Conselhos o tema: Resistência Microbiana Solicitação da Presidente do CREMEB, quanto ao direito de Resposta da Dra. Miriam Gorender, Médica Psiquiatra, diante do ocorrido na 239ª Reunião Ordinária do CES do dia 16/03/2017, quando da apresentação da Proposta de Desinstitucionalização da Saúde Mental. Informes sobre a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres
243ª		Apresentação das Prestações de Contas da SESAB do 1º 2º e 3º Quadrimestre 2016. 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde
244ª		Alteração da data das reuniões do CES (21/09 para 14/09/2017 e 19/10 para 26/10/2017 Apresentação do Novo Sistema de Regulação no SUREM Web Apresentações sobre 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde Alteração do Decreto de Convocação Calendário Etapa Macrorregional; Regulamento da Etapa Estadual; Regulamento da Etapa Macrorregional; Comissão de Relatoria Comissão de Comunicação; Comissão de Mobilização Informes sobre Conselho Presente Informações sobre Formação de Conselheiros Atualização da Comissão de Educação Permanente Apresentar o Relatório de Gestão da SESAB, Exercício 2016.
246ª		Apresentar a Situação Atual do Hospital da Mulher Informar sobre a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde - 1ª CEVS Apresentar a Programação Anual de Saúde – PAS 2018 Revisada Informar sobre a Emenda Parlamentar Estadual e Federal
248ª		Plano Estadual de Desinstitucionalização da Saúde Mental no Estado da Bahia Calendário de Reuniões CES 2018
2018	249ª	Política Estadual sobre o Glaucoma Informe sobre Qualificações para a Saúde /SUS - Apresentação da Pós de Direito Sanitário Informes sobre a Febre Amarela
	250ª	Apresentação sobre a BAHIAFARMA Situação Atual do Conselho Municipal de Ilhéus Realização da Semana de Saúde 02 a 08/04/2018 Informes da Comissão de Educação Permanente - 21ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares, nos dias 04 e 05 de abril 2018 – Brasília
	251ª	Apresentação sobre a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência - RCPD do Estado da Bahia Eleição do Conselho Estadual de Saúde

Fonte: elaboração própria baseada nas atas do CES-BA 2016-2018

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Lei nº 12.053 de 07 de janeiro de 2011. Disponível em: <https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/1026479/lei-12053-11>. Acesso em: 23 de nov. de 2019. 2011a.
- BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Lei nº 6.074 de 22 de maio de 1991. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-6074-de-22-de-maio-de-1991>. Acesso em: 23 de nov. de 2019
- BAHIA. **Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA)**, 2011b. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcas/images/stories/arquivos/Resolucoes/2011/REGIME NTO2010_2011.doc.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020. 2021
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. [s.l.] Lisboa: edições 70, 2009.
- BISPO JÚNIOR, J. P. B. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 117, p. 99–122, 1 dez. 2018.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Participação social e relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia. p. 223, 2013.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 183–193, jan. 2015.
- 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, jan. 2013.
- BOBBIO, N. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil**. São Paulo (SP): Paz e Terra, 1999.
- BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. v. 1
- BODIN, J. Los seis libras de la República, Madrid: Editorial Tecnos, 1997, p. 9. In: PIANÁ, S.R. Jean Bodin. Retomando su pensamiento em torno a la crise de la soberania. **Revista de Derecho y Ciencias Penales**. Universidad San Sebastian, Chile, n 12, p. 45-57, 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 24 de jan. de 2020. 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 de mar. de 2020. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

BRASIL. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde conselho Nacional de Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 27 de fev. de 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acessado em: 23 de novembro de 2019. 1990 a.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 23 de nov. de 2020. 1990 b.

CABRAL NETO, A. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 2, n. 2, p. 287–312, dez. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n2/a05v02n2.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2020.

CARDOSO, F. H. Notas sobre a Reforma do Estado. v. 50, p. 5–12, 1998. Disponível em: https://www.e-law.net.br/ensaios/Notas_sobre_a_reforma_do_Estado.pdf. Acesso em: 03 de abr. de 2020.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679–684, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>. Acesso em: 24 de jan. de 2020.

CARVALHO, K. F. DE. **Hegemonia e potenciais de contra-hegemonia nos espaços de participação e controle social em saúde: reflexões sobre a agenda política do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo**. Mestrado em Serviços de Saúde Pública—São Paulo: Universidade de São Paulo, 5 jan. 2017.

CHAUÍ, M. DE S. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 13. ed. São Paulo: 2011.

COELHO, T. C. B. **O Processo político de Gestão em uma Instituição Hipercomplexa do Sistema Único de Saúde**. Salvador, Ba: UFBA, 2001.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Aportes teóricos para o estudo das políticas e instituições públicas do campo da saúde. In: **Regionalização, articulação e regulação do SUS: valorizando os aportes locais**. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2016. p. 23–81.

COHN, A. Parte II - Ajuste e reforma do Estado Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 111–113.

COUTINHO, C, N. Sociedade civil e sociedade política. In: **O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935**. Rio d Janeiro: Civilização brasileira, 2011. p. 272.

CRUZ NETO, O. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 51–66.

Dahl, R. A. *Modern Political Analysis*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Traduzido por II Mulino, Bolonha (1967), 1963. In: BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política**. 1ª ed. Rio de Janeko: Paz e Terra, 1987. p. 78.

PLATÃO. **A República**. Traduzido por Pereira, Maria Helena da Rocha (2001), 9 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

DURÁN, P. R. F. Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ). p. 210, 2013.

ENCICLOPÉDIA TRECCANI. **Stato**. Itália: [s.d.]. (Nota técnica). Disponível em: http://www.treccani.it/enciclopedia/stato_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/. Acesso em: 21 de março de 2020.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio d Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 323–364.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p. 853–883.

SCOREL; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio d Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 279–322.

ESPERIDIÃO, M. A. Controle social do SUS: Conselhos e Conferências de Saúde. In: **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1ª ed. Rio d Janeiro: MedBook, 2014. p. 245–259.

ESTRELA, C. (ED.). **Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa**. 3a. edição ed. São Paulo, SP: Artes Medicas, 2018.

FIGUEIREDO, J. E. ST. A. DE. **Comunidade Cívica, Capital Sociale Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**, 2001.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. [s.l.] Editora Vozes, 2001. p. 67–80.
- GONÇALVES, R. DE S. et al. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1001–1013, dez. 2013.
- GRAMSCI, A. **Cartas do Cárcere**. 4. ed. Rio Branco: Civilização Brasileira S.A, 1991.
- GRUPPI, L. **Tudo Começou com Maquiavel: as concepções de Estado me Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre: L&PM, 1980.
- HARNECKER, M. Estrutura ideológica. In: **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. São Paulo: Globo, 1983. p. 101–113.
- MACHADO, R. Por uma Genealogia do Poder. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. In: DANNER, F. A Genealogia do poder em Michel Foucault. IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação PUCRS, 2009. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/IV_MOSTRA_PDF/Filosofia/71464-FERNANDO_DANNER.pdf. Acesso em: 04 abr. 2020.
- MARTINS, P.C, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [1]: 105-121, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hgVTrtn7Vfswpq5MB37xjPr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 de agosto de 2021.
- MENDONÇA, Sônia Regina de; LAMOSA, Rodrigo (Org.). **Gramsci e a pesquisa histórica**. Curitiba: Appris, 2018.
- MERHY, E.E. A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas, 2006. In: MELO, E. A. Práticas de governo na gestão do SUS: poderes, dilemas e pragmatismos. [s.l.] Rede UNIDA, 2017. . Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2017/09/19/praticas-governo-gestao-no-sus.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.
- MINAYO, M. C. DE S. Ciência, técnica e arte: O desafio da Pesquisa Social. In: **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 9–30.
- MORAES, R. ANÁLISE DE CONTEÚDO. v. 22, p. 7–32, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdfAcesso em: 07 de abril de 2020
- MORAIS, A.S; TEIXEIRA, C.F. Posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.30, n.1, e200479, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Ff5WbMn3dCMHLDySXQ4vvpG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

MOTTA, L. E. **O Conceito de Estado e de Sociedade Civil na Perspectiva Relacional: Conflitos e Relações de Poder nas Arenas Públicas**. Salvador, Ba, 2008. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnAPG89.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

NEUMANN, F. LO Stato democratico e lo Stato autoritario (1957), Il Mulino, Bologna, 1973. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. v. 1, p. 401

NORONHA, J.C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p. 365–394.

OLABUENAGA, J.I. R.; ISPIZUA, M.A. La descodificacion de la vida cotidiana: metodos de investigacion cualitativa. Bilbao, Universidad de deusto, 1989. In: MORAES, R. **Análise de Conteúdo**. v. 22, p. 7–32, 1999.

OLIVEIRA, R. C. M. (ENTRE)LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. v. 2, n. 4, 2014.

OLIVEIRA, T. A.; TEIXEIRA, C. F. Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 132–144, 1 dez. 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. DE. Reforma Sanitária Brasileira em Perspectiva e o SUS. In: **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 203–210.

PAIVA, F.S.; STRALEN, C.J.V.; COSTA, P.H.A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):487-498, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rLmpxL6P79dchXQByLpnktm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

PÊCHEUX, M.; ORLANDI, E. P. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. 2002.

REIS, C.M; COELHO; T.C.B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280419, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9bsnqCq4ftcMJsxgpNRbntF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

ROUSSEAU, J. J. Do contrato social. In: Os pensadores. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. p. 15- 145. In: CABRAL NETO, A. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 2, n. 2, p. 287–312, dez. 1997.

RUSSELL, B. Power. A New Social Analysis, Allen and Unwin, Londres, 1938. Traduzido por Felirínelli, Milão (1976). In: BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p. 77

SANTOS, G. F. DE A. Participação Social nas Políticas Públicas de Saúde: Um estudo de caso sobre o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso, p. 168, 2013.

SCRITTI, G. Turim: Einaudi, 1958. In: BOBBIO, N. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil**. São Paulo (SP): Paz e Terra, 1999, p. 59.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ ABRASCO, 1992.