

# Participação social e relação de poder na definição das políticas de saúde no estado da Bahia

Social participation and power relations in the definition of health policies in Bahia state, Brazil

José Patrício Bispo Júnior \*  
Gleide Magali Lemos Pinheiro \*

**RESUMO:** Análise do poder de interferência do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) na definição e condução da política de saúde do Estado. Buscou-se analisar as relações de poder estabelecidas entre os atores de governo e os representantes sociais e o poder do Conselho em interferir nos rumos da política de saúde. Os dados foram obtidos por análise de documentos normativos e deliberações do Conselho, entrevistas com atores governamentais e sociais e observação das reuniões. O estudo foi realizado de 2003 a 2011. Foram entrevistados 20 conselheiros ou ex-conselheiros de saúde. Para análise das falas utilizou-se a Técnica de Análise do Discurso. Foram observadas relações assimétricas de poder. Os atores de governo, embora em menor número, exercem grande domínio sobre a agenda de debate e no controle das deliberações. O conselho, apesar de manter um bom nível discursivo nas reuniões, apresenta baixa capacidade propositiva sobre a política de saúde. Os atores percebem o Conselho como espaço de homologação das decisões proferidas em níveis centrais da gestão. Outra dificuldade identificada é a baixa capacidade de acompanhamento e controle das políticas deliberadas. Os entrevistados apontam o choque de competências entre o papel do Conselho de Saúde e a comissão de decisão intergovernamental, com a usurpação do poder deliberativo do Conselho pelas comissões de gestores.

**Palavras-chave:** Participação Social; Conselhos de Saúde; Deliberação; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

## I ntrodução

As relações de poder estabelecidas entre gestores, prestadores, profissionais de saúde e representantes dos usuários constitui-se em aspecto de grande relevância no processo deliberativo sobre as políticas de saúde. Isto ocorre

por serem os conselhos de saúde fóruns compostos pela representação com interesses distintos, muitas vezes antagônicos, e que utilizam os recursos de poder de que dispõem para fazer prevalecer suas aspirações.

A descentralização, vivenciada no país com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui meioelementar de deslocamento do poder político e decisório e um novo espaço mais facilmente permeável à participação dos cidadãos. Novas relações entre Estado e Sociedade Civil são estabelecidas e os espaços legalmente instituídos, a exemplo dos conselhos de saúde, possibilitam que os cidadãos tenham maior poder de interferência na elaboração, implementação e condução das políticas públicas (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Assim, a incorporação de atores sociais no interior do Estado e na cena decisória representa um avanço do ponto de vista da democratização do poder e de valorização da cidadania (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013). A implantação de conselhos de saúde, no entanto, e a existência de representação dos usuários, assegurada como requisito jurídico da paridade, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção da sociedade na definição das políticas de saúde (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). Conforme destaca Serapioni (2014), a prioridade, nas sociedades contemporâneas, não é mais a de legitimar a participação dos cidadãos nos sistemas de saúde, mas a de melhorar a qualidade e a efetividade da participação.

Dentre os fatores que podem influenciar no processo participativo, dois se destacam como principais: a disposição das autoridades em respeitar e incentivar as decisões coletivas; e a organização da população local.

Relativamente à posição do gestor, essa pode ser considerada fator decisivo para que o processo participativo ocorra de modo verdadeiro e com caráter deliberativo. O gestor tem em seu poder instrumentos administrativos e políticos que podem incentivar ou desestimular a participação popular. Gestores comprometidos com os princípios do SUS e, em especial, com os valores participativos, podem incentivar e despertar o interesse da população quanto à importância da participação da comunidade na elaboração e acompanhamento das políticas de saúde. Por outro lado, a organização e a força do movimento popular e sindical podem conduzir a participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nos conselhos de saúde. Esses movimentos e seus representantes, no entanto, devem estar imbuídos de valores éticos e políticos, ter acesso à informação e devem possuir capacidade de articulação com outros setores, a fim de que possam manifestar suas insatisfações, propor ações viáveis e acompanhar a execução das políticas capazes de reverter a situação das desigualdades em saúde.

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

A compreensão das relações de poder denota variações significativas, a depender do contexto e da situação expressa (BOBBIO, 2009). Para o estudo dos conselhos de saúde, no entanto, importa discutir o conceito de poder relacionado ao poder social, ou seja, na sua relação com a vida do homem em sociedade. O poder social é compreendido como a capacidade geral de agir ou de determinar o comportamento dos outros.

Como ensina Weber (2009), o poder está relacionado com a probabilidade de alguém impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra resistências. As relações de poder implicam a condição de alguém, ou algum grupo, conduzir ou interferir na vontade ou posturas de outros. O exercício do poder está intimamente relacionado à condição de dominação.

Os estudos de Weber demonstram que existem várias maneiras de exercer poder ou influência sobre outras pessoas. A submissão a uma ordem ou vontade estabelecida pode ser motivada por costume ou sentimento puramente afetivo, ou por interesses materiais, ou por motivos ideais, relativos à vontade de obedecer. A natureza desses motivos determina o tipo de dominação exercido. Como destaca o próprio Weber (2009), o entanto, nem o costume ou a situação de interesse, nem as razões afetivas e também racionais podem se constituir fundamentos absolutos para o exercício da dominação.

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

Em vertente contrária à concepção de poder como domínio, Arendt (1994) discorda do pensamento da Ciência Política moderna que, de maneira quase consensual, considera a violência como o mais evidente recurso de poder. A autora discorre várias críticas sobre a acepção que caracteriza o monopólio do Estado no legítimo uso da força, ou 'supostamente legítimo'. O poder não pode ser entendido como uma relação de mando e obediência, em que, com base no uso de recursos diversos, um indivíduo ou grupo imporia sua vontade aos

demais. Arendt propõe a retomada de outro pensamento para caracterizar poder no sentido do consenso e do consentimento e, portanto, da não violência.

Para Arendt, o mais importante nas relações de poder não é “quem domina quem” com suporte no uso de determinados recursos. Independentemente os meios, o poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em concerto; ou seja, o poder é resultante da capacidade de um grupo constituir objetivos e definir ações coletivas em harmonia e consenso. Poder, portanto, não é definido como um meio ou capacidade de uso de recursos de força, mas sim como condição, uma propriedade coletiva de um grupo e nunca de um indivíduo, existindo apenas enquanto o grupo se mantiver unido (ARENDR, 1994, 2007).

Com amparo nas concepções de Arendt (1994, 2007), vale refletir sobre o poder exercido no âmbito dos conselhos de saúde. Conforme expresso na literatura sobre o tema, muitas vezes os diversos segmentos travam acirradas disputas por espaço e na defesa específica dos interesses do grupo representado, numa lógica da disputa de poder e imposição de sua vontade sobre os demais. Não raro, as querelas internas ocupam mais a atenção dos conselheiros do que o seu papel precípua de deliberar e fiscalizar as ações da saúde de maneira ampla. Neste sentido, em decorrência da fragmentação e da confrontação entre segmentos e representantes, os conselhos perdem o seu poder institucional de influenciar sobre os rumos das políticas de saúde.

Ante o exposto, este artigo tem por objetivo analisar o poder de interferência do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA) na definição e condução da política de saúde do Estado. Para tanto, foram priorizadas duas linhas de análise: as relações de poder estabelecidas no âmbito do CES/BA; e a capacidade dos representantes societários em interferir na definição e acompanhamento das políticas de saúde.

## Aspectos Metodológicos

Esta investigação caracteriza-se como estudo de caso (YIN, 2010), em que o campo de estudo foi constituído pelo Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA). O recorte temporal do estudo foi delimitado no intuito de se analisar duas gestões com linhas ideológicas distintas. A última gestão liderada pelo partido Democratas (antigo Partido da Frente Liberal), ocorrida entre 2003 e 2006, de natureza conservadora e liderada pelo então senador Antônio Carlos Magalhães; e gestão liderada pelo Partido dos Trabalhadores, de 2007 a 2011, de orientação progressista.

As fontes de informação que subsidiaram a investigação foram entrevistas semi estruturadas, observação participante e análise documental. Para Flick (2009), a combinação das técnicas de observação participante, entrevista e análise de documentos expressa grande potência para a interpretação e desvelamento de fenômenos sociais complexos.

Foram entrevistados 20 conselheiros e ex-conselheiros estaduais de saúde, dos quais: sete representantes de usuários, quatro dos profissionais de saúde, cinco prestadores públicos e privados e quatro gestores. As entrevistas foram guiadas por um roteiro previamente definido e foram gravadas em aparelho de áudio digital e posteriormente transcritas. Deve-se destacar o fato de que a entidade/segmento do representante diz respeito ao período em que ele foi conselheiro estadual de saúde, o que não necessariamente coincide com a função ou área de atuação no momento da entrevista. A escolha dos entrevistados fundamentou-se no critério intencional, determinado pelo protagonismo do conselheiro ou de suas posições (ação ou omissão) ante os encaminhamentos e posturas do CES/BA.

Para a seleção dos sujeitos, foram utilizadas diversas estratégias de identificação destes informantes. No primeiro momento, realizou-se análise da frequência dos conselheiros às reuniões plenárias para identificar os indivíduos mais assíduos. Em seguida, foram analisadas as atas das reuniões, com identificação dos pontos de maior tensão e embates nas reuniões plenárias. Nesse sentido, foram identificados os conselheiros que tiveram atuação de maior destaque no decorrer dessas discussões, seja no apoio ou oposição das propostas de governo. Desde a análise das atas, de conversas com os próprios conselheiros de saúde e com servidores da Secretaria Executiva do Conselho, foram identificados conselheiros e ex-conselheiros que tiveram atuação destacada dentro do período de análise da pesquisa.

A técnica de análise documental foi adotada em virtude dos documentos terem a capacidade de desvelar a situação e o contexto em que foram produzidos, além de explicitar os valores culturais e ideológicos que motivaram e determinaram a sua produção. Os documentos analisados foram: atas das reuniões plenárias do CES/BA; resoluções do CES/BA; regimentos internos; relatórios de gestão da SESAB; e leis, portarias e decretos da SESAB, que guardaram relação com a atuação do CES/BA.

A técnica de observação participante foi utilizada, especialmente, no intuito de desvelar conflitos, atitudes assumidas e regras de convívio estabelecidas entre os conselheiros. Realizou-se observação das reuniões plenárias do Conselho no período de um ano. O registro dos fatos observados e das

impressões do pesquisador sobre a dinâmica estabelecida foi realizado em diário de campo, utilizado também como fonte de dados durante a análise.

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

Na análise buscou-se identificar as três dimensões analíticas do discurso: (a) Relação de Força- lugar social e posição relativa do locutor e do interlocutor; (b) Relação de Sentido- a interligação deste com os vários discursos; (c) Relação de Antecipação-experiência ante projetada do locutor em relação ao lugar e à reação de seu ouvinte (ORLANDI, 2009).

Para a realização da pesquisa, foi solicitada autorização formal ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ e aprovado conforme protocolo CEP/ENSP- 151/2011. Foram obedecidas todas as recomendações éticas da Resolução CNS 466/2012.

## Resultados e Discussão

### Influência e acompanhamento do Conselho sobre a agenda política

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

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

*na fiscalização, na aprovação ou não de contas, mas, em geral, com pouco poder de influência sobre a política.* (Entrevista 09).

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

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

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

Por seu turno, o estado, na medida em que era recepcionado dessa maneira, tinha tendência de cartoriar o processo. (...). Acho que foi um momento ruim. Eu mesmo, algumas vezes que eles começavam a falar, eu ia despachar no meu gabinete, voltava depois ou saía, não dava mais pra você manter uma coisa daquela natureza. (Entrevista 17).

Por outro lado, a gestão petista manteve um discurso de valorização da participação social e de respeito ao espaço deliberativo do Conselho. Diversos entrevistados apontam avanços, desde 2007, no processo discursivo, em que todos os assuntos, mesmo os de menor aceitabilidade para trabalhadores e usuários, eram levados para ampla discussão no CES/BA. Mesmo diante de um espaço aberto e participativo, no entanto, o gestor mantinha forte controle e usava de artifícios e estratégias diversas para aprovar as políticas, conforme sua vontade e orientação.

Existia uma postura firme do gestor com relação às questões do seu interesse, em todos os sentidos. Se levava para o conselho e já era assim discutido antecipadamente. (...) definições pra condução da gestão que já estão tomadas anteriormente, né? (Entrevista 18).

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

Outra dificuldade observada, e que interfere no desempenho do Conselho, é a baixa capacidade de acompanhamento da política de saúde deliberada. Os conselheiros relataram grande dificuldade de acompanhamento das ações decididas em plenário, principalmente pela grande demanda de tempo que este acompanhamento de ações exige. O Conselho possui extensa pauta de discussões e deliberações, não sendo possível fazer avaliações pormenorizadas se as ações deliberadas estão ou não sendo implementadas pela gestão. Nesse sentido, emerge como fator impeditivo para o bom desempenho do conselho a multiplicidade de atribuições e responsabilidades a cargo dos conselheiros de saúde. Os entrevistados indicaram que as ações do órgão são demasiadamente amplas e que para o conselheiro cumprir suas responsabilidades, conforme preconizado, teria que se dedicar integralmente à função de conselheiro. Argumentam, no entanto, sobre a impossibilidade de atuarem exclusivamente como conselheiros, visto que já são sobrecarregados por suas funções profissionais e na militância em suas entidades de origem.

O discurso de um representante usuário ilustra a sobrecarga de tempo exigida do conselheiro:

Então, para além da reunião do conselho, você ainda tem reuniões de outras comissões, reuniões extraordinárias, visita a alguma unidade de saúde, relatório para dá parecer. Tudo isso leva a gente a extrapolar o que seria, digamos assim, convencional da função. (Entrevista 07).

Sobre esta temática, Labra (2010) destaca que a amplitude de responsabilidades inerentes aos conselhos de saúde está relacionada às expectativas de seus idealizadores. Para esses, as atribuições de conselheiros seriam totalmente exequíveis, contariam sempre com os meios adequados para a sua efetivação e com autonomia suficiente por parte dos colegiados, fatores quase nunca observados na prática dos conselhos. Por sua vez, Delgado e Escorel (2008) salientam que os marcos legais que regulamentam os conselhos de saúde

sobrevalorizam a dimensão técnica, o que parece afastar a dimensão política inerente ao processo democrático. Assim, um desvio tecnocrático estaria balizando as competências normatizadas, extirpando dos conselhos a sua função política e participativa, com sobrecarga de atribuições fiscalizatórias nem sempre possíveis de serem desempenhadas pelos representantes.

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

Os principais instrumentos apontados pelos entrevistados como meios de acompanhamento das políticas deliberadas foram as prestações de contas trimestrais e o relatório de gestão. Ainda persistem, no entanto, fragilidades e dificuldades no processo de prestação de contas e análise dos relatórios de gestão, mesmo que tenham sido destacados alguns avanços nos últimos anos.

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

## **Tensões e conflitos sobre os modelos de gestão das unidades prestadoras de serviço**

Os modelos de gestão das unidades prestadoras de serviço da rede própria da SESAB foram os motivos dos embates mais acirrados no âmbito do CES/BA. Em ambas as gestões analisadas, tanto a carlista como a petista, a dicotomia entre a prestação direta de serviços e a terceirização para outras modalidades

de gestão ocupou a pauta do Conselho como tema de maior tensão. Os dois principais protagonistas dessa disputa eram os gestores estaduais, em defesa da flexibilização dos modelos de gestão, e os profissionais de saúde, em sentido oposto, na luta por um modelo de prestação puramente estatal. Os representantes dos usuários, em decorrência da amplitude da natureza das entidades, apresentavam-se divididos. De uma maneira geral, os representantes patronais se aliavam ao governo e os representantes sociais aos trabalhadores.

Na gestão PFL/DEM, 2003 a 2007, foi dado prosseguimento à política de ajuste fiscal e macroeconômico, iniciada em 1990. Souza (2007) expressa que, em decorrência do empenho dos governos carlistas para o ajuste fiscal, a Bahia experimentou nos anos 1990 uma diminuição considerável da despesa de pessoal, motivada principalmente pelas privatizações e terceirizações diversas.

Com efeito, a SESAB também fez uso da estratégia de transferir para entidades diversas a gestão de vários hospitais do Estado. O principal modelo adotado nesse período foi o de terceirização para as organizações sociais (OS), as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e as entidades privadas filantrópicas. O relato de um gestor desse período demonstra a defesa ideológica e a resistência dos trabalhadores a esse modelo:

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

No âmbito do Conselho, as discussões sobre os modelos de gestão resultavam em forte resistência dos representantes sociais, todavia, sem grandes possibilidades desses interferirem no direcionamento das políticas. De acordo com vários entrevistados, o controle do gestor sobre a maioria absoluta dos conselheiros e a prática de abreviar o debate faziam com que as posturas e opiniões dos representantes sociais pouco refletissem sobre as deliberações do CES/BA e as políticas estaduais de saúde.

Na gestão petista, o que se observa é a frustração de vários representantes de movimentos sociais que nutriam grandes expectativas relativamente à reversão do modelo das terceirizações, isto porque as maneiras indiretas de gestão não foram substituídas durante o novo governo. Em sentido contrário

às expectativas dos militantes, o modelo de terceirização da prestação de serviços foi ampliado durante este governo, conforme atesta o seguinte relato: *Então, esse governo atual, dizia: ‘nós somos contra as OS e as OSCIP’. Mas, não se livrou delas e criou novas modalidades* (Entrevista 12).

Os principais questionamentos relacionam-se à linha ideológica dos partidos PT e PC do B, que estavam à frente da SESAB, e à trajetória política dos dirigentes desse governo, que sempre se manifestaram favoráveis à administração direta. Mesmo dentro do próprio governo, questionamentos e desconfortos foram gerados pelo direcionamento dado pela gestão.

Muitos se sentem incomodados e isso a gente via na fala até de alguns dirigentes, por algumas falas que diziam: ‘Nossa! Mas é a gente mesmo que tá fazendo isso? Eu não acredito!’ ‘OS de novo, não dá pra acreditar. Não tem outra alternativa?’ Então, isso dava uma inquietude grande em todo mundo. (Entrevista 18).

Além de manter as OS e as entidades filantrópicas, o novo governo buscou implementar novas modalidades de gestão com destaque para a Parceria Público Privado (PPP) e as fundações estatais de direito privado, o que motivou os principais embates no CES/BA durante o governo petista. O Estado da Bahia adotou a primeira parceria público privado para prestação de serviços de saúde do País. A PPP foi instituída pela SESAB para gestão e prestação de serviços do Hospital do Subúrbio com 298 leitos, voltado principalmente para as urgências e emergências (BAHIA, 2012a).

Segundo informações da SESAB, o Estado da Bahia foi responsável pela construção do hospital e o parceiro privado respondeu por equipá-lo e administrá-lo. A escolha da empresa privada foi realizada, em fevereiro de 2010, por meio de leilão na Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo (BM&F/Bovespa), com prazo de concessão de dez anos (BAHIA, 2012a; 2010b).

Além do Hospital do Subúrbio, localizado na Capital, durante o governo Wagner/Solla foram inaugurados mais quatro hospitais regionais no interior do Estado, todos eles com gestão terceirizada para organizações sociais ou para entidades privadas filantrópicas. São eles: Hospital Regional de Juazeiro, inaugurado em julho de 2009 e gerido pelo Instituto de Medicina Legal Professor Fernando Filgueiras (IMIP); Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, inaugurado em dezembro de 2009 e gerido pelo Instituto Fernando Filgueiras (IFF); Hospital Estadual da Criança em Feira de Santana,

inaugurado em agosto de 2010 e sob gestão do Instituto Sócrates Guanaes (ISG); e o Hospital Regional de Irecê, inaugurado em outubro de 2008 e sob gestão provisória das Obras Sociais de Irmã Dulce (OSID).

Por sua vez, a fundação estatal de direito privado constitui-se de organismo da administração indireta, sem fins lucrativos, de interesse coletivo, dotado de personalidade jurídica de direito privado. A Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) foi a primeira instituição estadual na saúde do tipo fundação de direito privado. Envolve a articulação entre o Estado e os municípios, num modelo de gestão interfederativo, para contratação e gestão de pessoal para Saúde da Família nos diversos municípios do Estado (SOLLA; PINTO, 2010).

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

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

Entre os representantes sociais predomina a ideia de que essas novas modalidades se caracterizam como desresponsabilização do Estado na prestação dos serviços e um direcionamento à privatização do SUS. *É o governo se transformar num mero assinador de cheques. (...) Nós temos a compreensão que privatizar é terceirizar e não adianta você mudar o nome pra ficar bonitinho, porque é um terceiro que vai gerir.* (Entrevista 12).

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

no entanto, não era analisada a real situação financeira da pasta. Além do mais, após a instalação da PPP e da FESF muitos conselheiros, inclusive prestadores e gestores, questionam a falta de transparência na gestão dessas entidades e as dificuldades de controle e acompanhamento por parte do CES/BA, mesmo com os conselheiros estaduais possuindo assento no Conselho Curador da fundação estatal.

Também é motivo de controvérsia a maneira de condução do governo para a aprovação desses novos modelos, especialmente a FESF. Embora todos reconheçam que o tema foi amplamente debatido e que a atitude da gestão estadual foi de colocar a proposta da fundação de modo bastante transparente, os representantes de usuários e trabalhadores alegam que o gestor se utilizou de orquestrada manobra na VII Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) para posterior aprovação da fundação.

Durante a VII CONFERES, realizada de 09 a 11 de setembro de 2007, o tema da fundação estatal de direito privado foi posto em pauta e ocupou espaço central na discussão da Conferência. Esse também foi assunto de grande destaque durante a XIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Vale destacar o fato de que, durante a XIII CNS, após extensos e acalorados debates, a proposta das fundações de direito privado foi rejeitada pela plenária final da Conferência (BRASIL, 2008).

No caso da Bahia, existia, naquele momento, uma clara resistência de trabalhadores e movimentos sociais à proposta. Também entre os gestores e nas discussões internas dos partidos do governo a proposta não foi consensualmente aceita, por conta de sugerir uma inflexão na linha ideológica desses partidos e na trajetória de seus dirigentes. Nesse sentido, houve um movimento inicial de articulação e convencimento interno no próprio governo para que esses atores garantissem a aprovação posterior nas instâncias de participação popular.

Ante a veemente resistência à proposta na conferência estadual e sob o risco da plenária final aprovar a rejeição das fundações estatais de direito privado no Estado, o governo fez o encaminhamento para que a plenária final da Conferência não negasse a proposta e aprovasse a continuidade e o aprofundamento do debate.

Com efeito, este encaminhamento foi aprovado e o governo remeteu a discussão para o CES/BA; no entanto, o que foi aprovado na Conferência como ‘aprofundamento do debate’ se transforma no âmbito do Conselho, com suporte na iniciativa da gestão, no debate de aprovar ou não aprovar

a fundação. Assim, em razão do movimento de articulação política dos gestores e após a realização de algumas discussões no CES/BA, a proposta das fundações estatais de direito privado foi para a votação no plenário e foi aprovada pelos conselheiros estaduais de saúde. Essa articulação é vista como processo de manipulação do Conselho pelos gestores para a aprovação da proposta, o que desencadeou questionamentos e insatisfações por parte de trabalhadores e usuários

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

## Relação entre o Conselho Estadual e a Comissão Intergestores Bipartite

Sobre o processo de definição da política de saúde do Estado da Bahia, alguns discursos sugerem um possível choque de competências entre o CES e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a usurpação do poder deliberativo do Conselho Estadual por parte da CIB. Para os representantes dos trabalhadores, usuários e alguns gestores/prestadores, o efetivo poder deliberativo sobre a política de saúde estadual foi deslocado do CES/BA para a CIB.

A CIB interfere totalmente, porque é a CIB que delibera. O que o conselho faz hoje é homologar o que a CIB deliberou. Só que, algumas vezes, quando ele vai homologar a coisa já tá andando, e aí quem é que vai ter a coragem de mandar parar? (Entrevista 16).

Existe grande inquietação dos conselheiros em razão do volumoso número de resoluções da CIB encaminhadas para homologação no Conselho e aprovadas no início de cada reunião. Em algumas plenárias, as resoluções da CIB a serem homologadas pelo Conselho eram mais de 60. Muitos dos entrevistados alegam que homologavam essas resoluções sem conhecer o seu conteúdo e

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

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

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

Especificamente sobre a gestão estadual, Lotufo e Miranda (2007) identificaram fragilidades da participação social na formulação dos planos estaduais de saúde. Neste processo, os conselhos estaduais atuam muito mais como instâncias de homologação do que propriamente espaço de formulação de diretrizes para a elaboração dos planos. Os achados desses autores evidenciam o espaço central ocupado pela CIB e a influência dos gestores municipais sobre a definição das políticas nos estados em concomitância com a perda da capacidade de interferência dos conselhos estaduais.

Pellegrini (2007), ao debater sobre os papéis instituídos nos espaços de deliberação do SUS, infere que a crescente valorização das comissões intergestores carrega consigo a proposição implícita de enfraquecimento dos conselhos de saúde, submetendo-os ao lugar de instância secundária

do SUS. Questiona ainda sobre a validade legal das decisões da CIB e CIT que se sobrepõem às deliberações dos conselhos. Isto porque, as comissões foram criadas por meio de uma norma infralegal, a NOB 93, instituída por portaria do Ministério da Saúde. Segundo o autor, uma portaria ministerial não pode conceder superioridade hierárquica ao caráter deliberativo dos conselhos de saúde, instituídos por meio da Lei 8142/90.

As comissões intergestores, apesar de exercerem forte influência sobre a condução da política de saúde, permaneceram sem amparo legal por um período de quase 20 anos. Foram criadas em 1993, mas apenas em 2011 foi publicada a Lei 12.466, que reconhece essas instâncias como fórum de negociação e pactuação sobre os aspectos operacionais do SUS (BRASIL, 2011).

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

Mesmo com o domínio e a forte influência dos partidos governistas no direcionamento das ações do Conselho, a competição por espaços e recursos entre o Estado e os municípios, muitas vezes, se sobrepunham ao alinhamento ideológico do grupo dominante. Assim, em determinados momentos nas duas gestões, os representantes dos municípios, mesmo com fortes vínculos político-partidários com os gestores estaduais, se opuseram ao posicionamento e orientação destes, conformando alianças, mesmo que provisórias, com outros representantes de municípios que faziam oposição ao governo estadual. Tal situação evidencia que a disputa por captação de recursos e o corporativismo dos representantes municipais, em determinados contextos, soam mais forte do que o vínculo e a orientação partidária.

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

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

## Considerações Finais

É possível concluir que o CES/BA exerceu baixo poder de influência sobre o direcionamento da política de saúde do Estado. Apesar do espaço participativo e da possibilidade de expressão dos conselheiros, especialmente na última gestão analisada, o Conselho se debruçava, majoritariamente, sobre assuntos pautados pela gestão; ou seja, as reuniões do Conselho eram tidas como bastante discursivas, mas se discutia o que era mais conveniente aos gestores. Os representantes sociais demonstraram frágil capacidade de proposição sobre a agenda política. Assim, o Conselho é visto como espaço para discussão e homologação das políticas de saúde definidas pelo nível central da gestão.

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

Os tensionamentos na relação entre o CES e a CIB emergiram como fator de destaque na realidade analisada, com evidências sobre a usurpação do poder deliberativo do Conselho Estadual por parte da CIB. Os resultados demonstram que a efetiva definição da política de saúde passa realmente pela CIB e que o Conselho é fragilizado no processo de deliberar sobre os caminhos e as prioridades das políticas a serem implementadas.

A capacidade do Conselho em deliberar e fazer acontecer a política deliberada remete à discussão sobre as arenas interna e externa como espaço

para disputa dos conselhos de saúde. A arena interna se refere à capacidade dos conselheiros em influenciar sobre os temas deliberados pelo Conselho. A arena externa diz respeito à capacidade do conselho em fazer com que suas deliberações sejam efetivadas. Assim, vale destacar que as decisões do conselho não são em si finalísticas. O processo de produção de políticas é complexo, demorado e incerto. Neste sentido, é importante compreender que a efetivação de uma política envolve não só as deliberações do órgão, mas uma série de outros fatores, interesses e forças diversas.

Na comparação entre os dois períodos analisados, observou-se que na gestão de orientação conservadora a prática participativa foi inibida e desestimulada a partir da prática autoritária desses governos. Tais situações foram pouco observadas durante a gestão petista, que adotou uma linha de diálogo e incentivo à participação social. Por outro lado, a comparação entre as gestões não evidenciou apenas diferenças. Independente da linha ideológica do governo, os representantes dos gestores – nos dois períodos analisados – exerceram rígido controle sobre a agenda de discussão, o que evidencia a presença de relações assimétricas de poder entre os segmentos que compõem o conselho. Assim, observa-se que o conselho da Bahia vivenciou um processo de democratização limitado e incompleto. Embora o conselho tenha avançado no processo de inclusividade e debate público, o poder dos conselheiros em interferir sobre os rumos da política de saúde não avançou na mesma cadência. A democratização dos conselhos de saúde perpassa não apenas o incentivo ao debate, mas sobretudo a disposição das autoridades em compartilhar poder e em incorporar ideias e anseios expressos pelos representantes da Sociedade Civil.

Artigo  
Recebido: 10/03/2016  
Aprovado: 02/05/2016

**Keywords:** Social Participation; Health Councils; Deliberation; Health Policy; Unified Health System.

**Abstract:** This paper aims to analyze the interference power of the Bahia State Health Council, Brazil, on the definition and conduction of health policy. We sought to analyze the power relations among government actors and social representatives and the council power to interfere with the directions of the health policy. Data were obtained through the analysis of normative documents and deliberations of the council, interviews with government and social actors, and observation of meetings. The study was conducted between 2003 and 2011. The study included interviews with 20 current or former members of the council. Discourse analysis technique was used to analyse members' interviews. Asymmetric relationships were observed. Governmental actors, despite being in a smaller number, exert a strong power on the discussion of the agenda and control of deliberations. Although the council keeps a good discursive level in the meetings, it has a low capacity to make proposals for the health policy. The actors see the council as a space for approving decisions made in the main levels of management. Another difficulty identified was the low capacity for follow-up and control of deliberated policies. The interviewees highlight the clash of competencies between the role of the health council and the role of the intergovernmental decision commission in addition to the usurpation of the deliberative power of the council by the commission of managers.

## Referências

ARENDRT, Hannah. Sobre a Violência. Rio de Janeiro: Relume-Demurá, 1994.

ARENDRT, Hannah. A Condição Humana. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Editora, 2007.

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

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

BAHIA. Projeto Hospital do Subúrbio. Disponível em <[http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto\\_hospitalsuburbio.htm](http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm)>. Acesso em 20 de março de 2016a.

BAHIA. Saúde Tem Remédio - Hospital do Subúrbio. Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3935:a-saude-tem-remedio-revista-exame&catid=48:saladeimprensa&Itemid=25](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3935:a-saude-tem-remedio-revista-exame&catid=48:saladeimprensa&Itemid=25)>. Acesso em 20 de março de 2016b.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

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

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

BOBBIO, Norberto. O Futuro da Democracia. 11 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei Federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre

as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 25 de ago de 2011.

CÔRTEZ, Soraia. Maria. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sônia. e LOBATO, Lenaura. Vasconcelos (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

DELGADO, Mônica; ESCOREL, Sarah. Ensaio sobre a Resolução 333 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro v.43, p.79-95, 2008.

FLICK, Uwe. *Qualidade na Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GERSCHMAN, Sílvia; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, Nísia Trindade, et al (org). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GUIMARÃES, Maria do Carmo. Processo decisório e conflitos de interesse na implementação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas da Bahia. *Caderno CRH*. Salvador, n. 39, p. 105-32, 2003.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p.797-805, 2006.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidade e paradoxos do controle social. In: UGÁ, Maria Alícia et al. (org). *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

LOTUFO, Márcia; MIRANDA, Alcides. Silva. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP- Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-63, 2007.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso*. 8ª ed. Campinas: Pontes, 2009.

PELLEGRINI, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro v.12, n.02, p. 325-33, 2007.

SERAPIONI, Mauro. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro v.19, n.12, p.4829-39, 2014.

SERAPIONI, Mauro; DUXBURY, Nancy. Citizens' participation in the Italian health-care system: the experience of the Mixed Advisory Committees. *Health Expectations*. Chichester, v.17, n.4, p.489-99, 2014.

SOLLA, José Jorge Pereira; PINTO, Hêider. Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Brasília: CONASS, 2010.

SOLLA, José Jorge Pereira; SOUZA, Mara Clécia. A primeira parceria público-privada em saúde do Brasil. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Brasília: CONASS, 2010.

SOUZA, Celina. Coalizões Eleitorais e Ajuste Fiscal nos Estados Brasileiros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v.22, n.63, p.31-53, 2007.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Vol I. e II. 4ª Edição, reimpressão. Brasília: Editora UNB, 2009.

YIN, Robert. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.