



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E CONTROLE SOCIAL: A
EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SALVADOR – BAHIA**

Pedro Hernando Pairazamán Díaz

Salvador-Bahia

2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E CONTROLE SOCIAL: A
EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
SALVADOR – BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Pedro Hernando Pairazamán Díaz

Área de Concentração: Planejamento em Gestão e Saúde
Orientador: Profa. Dra. Maria Lígia Rangel Santos

Salvador- Bahia

2008

Pedro Hernando Pairazamán Díaz

**PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E CONTROLE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR – BAHIA**

Data da defesa: 03 de abril de 2008

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Ligia Rangel Santos – UFBA (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Maria Eliana Labra – Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dr^a. Carmen Fontes Teixeira – UFBA

Salvador
2008

Ficha Catalográfica

Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

P142p Pairazamán Díaz, Pedro Hernando.

Participação cidadã e controle social: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Salvador – Bahia / Pedro Hernando Pairazamán Díaz. -- Salvador: P.H. Pairazamán Díaz, 2008.

88p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lígia Rangel Santos.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Conselhos de Saúde. 2. Participação Cidadã. 3. Controle Social. I.
Título.

CDU 614.2

**Dedico este trabalho a todas as pessoas que me apoiaram
direta e indiretamente na sua realização.**

**A meus Pais, Pedro e Emma, que me ensinaram com
carinho o amor pela família.**

**A Nara, minha linda e amada esposa, sempre companheira,
que dá brilho a minha vida todos os dias através do seu
sorriso e alegria.**

**A DIALY, minha irmã e Giancarlo, seu esposo; sempre
preocupados comigo e dispostos a me ajudar.**

**A Jonnathan, meu irmãozinho, que sempre com suas
piadas me alegra o dia.**

**A Clélia, Glaston, Pedrinho e Danilo, por me acolher com
muito amor**

**A Elenaldo Teixeira, *in memóriam*, pelo compromisso e
trabalho desenvolvido junto à sociedade civil baiana**

Agradecimentos

Estas linhas ficam curtas para expressar minha gratidão às pessoas que me acompanharam durante esta árdua jornada de trabalho para desenvolvimento desta dissertação. Por tal, expresso desde o profundo do meu coração meus mais sinceros agradecimentos.

A Deus, aquele que sempre está nos momentos mais difíceis.

Ao meu pai, que sempre confiou em mim e nas minhas habilidades; e à minha mãe, que com a dor de ver seu filho partir o deixou ir para que seja feliz.

A Nara, pelo amor, compreensão, companheirismo e ajuda para vencer meus medos e por me ensinar a afrontar cada dia, novos desafios; sem sua companhia eu não teria conseguido tantas vitórias.

Aos meus irmãos, Dially e Jonnathan, e ao meu cunhado Giancarlo, sempre presentes apesar da distância acompanhando-me durante este tempo, dando-me forças para conseguir meus objetivos.

A Clélia, uma grande amiga, por me apoiar em tudo, sempre de coração aberto e sincero, fazendo-me sentir como um filho mais e a Glaston, por me permitir entrar na sua família e compartilhar almoços cheios de história e debate político.

A Pedrinho e Danilo, meus 'irmãozinhos brasileiros' por sempre tentarem fazer com que eu me sinta em casa.

A todos meus familiares e amigos do Peru, que desde lá sempre estão torcendo pelo meu sucesso.

A Lígia, orientadora e amiga neste caminho, sempre enriquecendo meu trabalho; respeitando minhas decisões.

A Profa. Carmen Teixeira pelo apóio e carinho durante estes dois anos, a sua presença na sala de aula e na qualificação significou muito para a construção deste trabalho.

A Edson, amigo de coração, que me ajudou a entender a real função da academia, e a turma do PECS pela amizade e a boa experiência de pesquisar.

Aos meus queridos amigos do mestrado, em especial aqueles com quem tive maior convivência compartilhando momentos de alegrias e frustrações: Cássia, Gustavo, Yara, Alice, Ailton, Luana, Ana Lúcia, Michelle, Cecília, Sandra, Domingos, Rita, Itana e Tássio. Valeu galera!

Aos funcionários do ISC, em especial a Moises, Clinger, Anuncy, Tais e Nelson, por toda consideração, respeito e carinho recebido neste período.

A todos os outros amigos, inúmeros e tão especiais quanto os citados, que com certeza imprimiram sua marca na minha história.

E finalmente, ao Estado Brasileiro que através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), me concedeu a bolsa de estudos para a realização da pesquisa.

“É possível, sim, mudar este país, a partir, eu acredito, da própria sociedade civil, das organizações sociais, dos cidadãos. Eu aposto nessa luta, nessa briga...”

(Elenaldo Teixeira)

“Grandes realizações não são feitas por impulso, mas por uma soma de pequenas realizações.”

(Vincent Van Gogh)

Sumário

Apresentação	11
ARTIGO:	13
Conselho Municipal de Saúde: espaço de participação cidadã?	
Resumo	13
Abstract	14
Resumen	15
INTRODUÇÃO	16
Estado da arte da participação cidadã nos conselhos de saúde	26
REFERENCIAL TEÓRICO	28
Concepção histórica da formação dos conselhos como canais de participação cidadã	28
Participação e controle social como processos de cidadania	31
METODOLOGIA	38
A ética na pesquisa e o trabalho de campo	39
O caso estudado; produção de dados e análise dos dados.	40
RESULTADOS E DISCUSÃO	43
Gênese do CMSS	43
Regularidade de funcionamento do CMSS	49
Composição do Conselho	52
Eleição do Presidente do CMSS e participação cidadã	52
Participação das organizações da sociedade civil	55
Mudanças nos representantes das organizações membros do Conselho	57
Conselho e comissões do CMSS	59

Atividades dos conselheiros no CMSS	64
Participação do CMSS em atividades externas	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERENCIAS	74
ANEXOS	
Anexo 1 – Parecer do Comitê de ética	84
Anexo 2 – Gráfico de participação nas comissões por segmento e etapa	87
Anexo 3 – Ata de sessão pública de argüição e defesa de dissertação	88

Apresentação

O atual sistema de saúde brasileiro possui marcantes diferenças com o sistema de saúde adotado pelo governo peruano. Dentre estas, foram duas as que me impressionaram. Primeiramente, o princípio da universalização da saúde, ou seja, o fato de tornar a saúde um direito inerente ao cidadão sob a responsabilidade do Estado. O outro aspecto, não menos importante, é a participação da sociedade civil nas decisões das políticas de saúde, a qual acontece de forma institucionalizada nos diferentes níveis de gestão da saúde por meio de colegiados denominados conselhos de saúde.

A partir da atual conjuntura política do Peru e a dinâmica pela qual está atravessando a sua sociedade civil, assim como, a minha experiência com o trabalho eminentemente comunitário, interessou-me conhecer em profundidade a forma de institucionalização da participação cidadã na área da saúde. Desta forma, o intuito da minha aproximação a este tipo de organização foi conhecê-la mais a fim de possibilitar uma futura inserção no sistema de saúde peruano, considerando as características culturais de ambos os países. Por tal, era imprescindível para este fim observar de perto os diversos rumos percorridos por este colegiado de modo que possa compreender as suas características e observar as suas potencialidades e as suas fragilidades como espaço de democratização das ações de saúde.

Desta forma, a curiosidade despertada pelo funcionamento dos conselhos de saúde levou-me a empreender esta pesquisa, que tem como foco de estudo o Conselho Municipal de Saúde de Salvador (CMSS), município escolhido devido a possuir uma rica história em si mesma e por ser parte da singular política baiana, desenvolvida nos últimos 40 anos.

Acredito que os resultados desta pesquisa não só serão vantajosos para o fim anteriormente mencionado, senão que permitirá também enriquecer o conhecimento que se tem, até agora, destas formas de participação cidadã.

É interessante ressaltar o fato de que a quase totalidade de estudos feitos sobre conselhos são de corte transversal. Desta maneira, o grande desafio neste estudo baseou-se na periodização, já que se procurou estudar o CMSS durante todo o período de funcionamento. Esta metodologia abre a

possibilidade de realizar um estudo que permita ter um conhecimento histórico do desenvolvimento da participação cidadã dentro dos conselhos de saúde.

O desenvolvimento da pesquisa bibliográfica possibilitou-me um processo de crescimento e maturidade teórico-metodológica para a construção de um referencial teórico. Referido processo serviu de base para responder à questão surgida nesta investigação: o Conselho Municipal de Saúde de Salvador, ao longo do tempo, vem-se desenvolvendo como espaço para o fortalecimento de participação cidadã na formulação, execução e controle social das políticas públicas do setor?

O momento da qualificação do projeto como preâmbulo à realização da pesquisa de campo foi um espaço que permitiu fortalecer os conhecimentos adquiridos até então e redirecionar outros com a finalidade de atingir o objetivo geral da pesquisa. Aqui se ressaltou a importância de analisar o Conselho Municipal de Saúde de Salvador desde uma perspectiva histórica e focar a produção de dados a partir das análises das atas das reuniões do conselho acima mencionado.

A incursão no campo, em um primeiro momento, possibilitou ter um maior contato com os atores envolvidos, que por meio de conversas informais relatavam seus diferentes olhares acerca do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Salvador. A leitura e análise das atas foi um momento enriquecedor, aproximou-me à realidade do CMSS não só no que diz respeito à aquisição das informações sobre as suas ações, mas também, possibilitou-me refletir e acompanhar os diversos momentos políticos pelos que atravessava o CMSS, conhecendo os pormenores da sua dinâmica em cada período estudado.

No presente artigo - Conselho Municipal de Saúde: espaço de participação cidadã? – tenta-se analisar as formas de participação presentes no CMSS, tanto interna como externamente. Procura-se observar, também, a existência de estratégias para fortalecimento da participação por parte dos membros do referido conselho.

Espera-se que as contribuições advindas desta investigação motivem novos estudos nesta área, utilizando a mesma metodologia a fim discutir os

achados e colaborar com a saúde coletiva no desenvolvimento do conhecimento.

Conselho Municipal de Saúde: espaço de participação cidadã?

Pedro Hernando Pairazamán Díaz & Maria Lúgia Rangel

Resumo

Os conselhos municipais de saúde no Brasil constituem-se como uma importante estratégia de democratização do setor, onde a participação cidadã e o controle social permanecem ao horizonte da Reforma Sanitária. Observa-se, na última década, uma vasta produção de estudos que envolvem os referidos conselhos. Como parte deste tipo de experiências o Conselho Municipal de Saúde de Salvador (CMSS), objeto desta investigação, precisa ser revisto historicamente com a finalidade de observar o desenvolvimento deste como espaço para fortalecimento de participação cidadã na formulação, execução e controle social das políticas públicas desta área. A originalidade da presente investigação radica na periodização aqui adotada, sendo que o CMSS foi estudado desde sua criação em 1987 até 2006. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo. Utilizou-se para este propósito 206 atas das reuniões do referido Conselho. Para ter uma maior facilidade na análise dos dados produzidos no trabalho de campo, o estudo foi dividido em seis períodos que estavam de acordo com as mudanças na gestão municipal. Os resultados apontam na direção de que a participação cidadã e o controle social exercido pelo CMSS desenvolvem-se de forma heterogênea nas diferentes etapas do seu funcionamento. As análises feitas neste estudo sugerem que a pesar de se manter as velhas estruturas sociais e políticas na gestão à saúde, o desenvolvimento da participação do segmento dos usuários está associado à autonomia do CMSS perante o Poder Executivo municipal. Finalmente, pode-se concluir que o CMSS pode-se constituir como uma importante arena para desenvolver um processo de luta em favor da ruptura com os padrões hegemônicos vigentes, vinculado ao processo político brasileiro de democratização, em especial da Reforma Sanitária.

Palavras-chave: conselhos de saúde; participação cidadã; controle social

Abstract

The municipal health councils in Brazil are an important strategy for democratization of this sector, where civic participation and social control remain in the horizon of the Brazilian Sanitary Reform (RSB). In the last decade, a vast production of cross-sectional studies that involve mentioned councils. As part of this kind of experience the Health City Council of Salvador de Bahia (CMSS), the subject of this investigation, be reviewed historically accurate for the purpose of observing its development as an area for the strengthening of citizen participation in the formulation, implementation and monitoring social public policies in this area. The particularity of this research lies in the temporary cuts adopted here, and the CMSS studied since its inception in 1987 to 2006 and divided into six periods in accordance with changes in municipal management. This is a descriptive study, which was used as a methodological strategy case study. We used for this purpose 206 minutes of the meetings of that council. The results pointed in the direction of participation and social control exercised by the CMSS took place in a heterogeneous at different stages of its operation. The analyzes in this study suggest that despite maintaining the old social and political structures in the management of health in Salvador, the development of participation segment of users is associated with autonomy CMSS front of the municipal executive. Finally, we conclude that the CMSS is constituted as an important arena to develop a real process of struggle for the break with the hegemonic standards in force, linked to the Brazilian political process of democratization, especially of RSB

Key-words: municipal health council; citizen participation; social control.

Resumen

Los consejos municipales de salud en el Brasil se constituyen como una importante estrategia de democratización de este sector, donde la participación ciudadana y el control social permanecen en el horizonte de la Reforma Sanitaria Brasileira. Se observa, en la última década, una vasta producción de estudios transversales que envuelven referidos consejos. Como parte de este tipo de experiencias el Consejo Municipal de Salud de Salvador (CMSS), objeto de esta investigación, precisa ser revisto históricamente con la finalidad de observar su desenvolvimiento como espacio para el fortalecimiento de la participación ciudadana en la formulación, ejecución y control social de las políticas públicas de esta área. La originalidad de la presente investigación radica en el recorte temporal aquí adoptado, siendo el CMSS estudiado desde su creación en 1987 hasta 2006. Se trata de un estudio de caso de tipo descriptivo. Para la producción de los datos se utilizó 206 actas de las reuniones del referido consejo. Para un mejor análisis de las informaciones producidas en el trabajo de campo, esta investigación fue dividida en seis periodos de acuerdo a los cambios en la gestión municipal. Los resultados apuntan en la dirección de que la participación y el control social ejercido por el CMSS se desarrollaron de forma heterogénea en las diferentes etapas de su funcionamiento. Los análisis realizados en este estudio sugieren que a pesar de mantenerse las viejas estructuras sociales y políticas en la gestión de la salud en Salvador, el desenvolvimiento de la participación del segmento de los usuarios está asociado a la autonomía del CMSS frente al Poder Ejecutivo municipal. Finalmente, podemos concluir que el CMSS se constituye como arena importante para desarrollar un real proceso de lucha a favor de la ruptura con los padrones hegemónicos vigentes, vinculado al proceso político brasileiro de democratización, en especial de la Reforma Sanitaria.

Palabras-claves: consejos de salud; participación ciudadana; control social.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, nas últimas décadas, vem atravessando uma profunda reforma jurídico-administrativa do Estado, a qual favorece a criação de espaços democráticos e estimula os diferentes atores sociais (governamentais ou não-governamentais) a participar do processo de formulação de políticas públicas e de tomada de decisões de cunho coletivo. Nesta perspectiva, a grande propagação dos Conselhos de Saúde no país carrega a possibilidade de uma maior participação e controle, por parte da população, das decisões nas políticas públicas dentro do setor, evidenciando a mudança que vem acontecendo nas últimas décadas na cultura política brasileira. Apesar destes esforços, pode-se observar que, na prática, algumas destas instituições não vêm cumprindo com a finalidade para qual foram criadas, mantendo como afirma Milani (2006) as velhas estruturas sociais e políticas marcadas pelo centralismo, burocracia, patrimonialismo, clientelismo, assim como, por uma idéia individual do poder.

A formação dos Conselhos como mecanismos participatórios não é exatamente uma novidade no cenário político brasileiro. Eles têm sua origem no início do século XX através de um contínuo processo de luta pela legitimidade dos direitos dos cidadãos. E aparecem na sociedade brasileira a partir de experiências de caráter informal sustentadas por movimentos sociais, no formato de “conselho popular” ou como estratégias de luta operária na fábrica, como alternativa à inércia dos sindicatos das diferentes categorias profissionais, na forma de “Comissões de Fábrica” (Teixeira *apud* Carvalho e Teixeira, 2000).

Em relação à saúde, as Caixas de Aposentadoria e Pensões¹ podem ser consideradas como o primeiro antecedente de fóruns participativos nesta área, a pesar da literatura enfatizar estes espaços como precursoras da Previdência Social e do Sistema Privado de Saúde. (Cortes, 2002)

¹ Criadas através do Decreto N° 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como a Lei Elói Chaves, com a finalidade de atender aos empregados de cada empresa ferroviária. Nos anos seguintes esta Lei estendeu-se para os empregados portuários, marítimos, trabalhadores dos serviços telegráficos e radiotelegráficos.

Com o início da ditadura militar em 1964, interrompeu-se o processo de democratização da sociedade brasileira. A constituição do regime político ditatorial-militar² trouxe como consequência o fortalecimento das tendências centralizadoras das decisões políticas. Com a concentração do poder, o regime militar acabou, paulatinamente, com as diferentes vias dialógicas que mantinha com a sociedade civil e iniciou-se a promoção de um sistema marcado pela violência contra esta, por meio da repressão ao movimento sindical e social. Nesta perspectiva, segundo Dantas Neto (2006) dificultou-se a criação de mecanismos de participação dos trabalhadores em órgãos decisórios e consultivos da esfera pública.

Durante estes anos, o Estado apresenta, no campo da saúde, um padrão de intervenção que evidenciava uma forte centralização das decisões operacionais e financeiras no âmbito de Governo Federal, estabelecendo uma política de saúde de financiamento privado na prestação de serviços (Draibe *et al. apud* Pessoto *et al*, 2001). Situação que fica patente, anos mais tarde com a elaboração do documento *Questão Democrática na Área da Saúde*, apresentado em 1980 pela diretoria nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES):

Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento sócio-econômico do governo – privatizante, empresaria e concentrada em renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico [...]. Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral. (CEBES, 1980, p. 47).

É neste contexto que a sociedade civil, através dos movimentos sociais, emerge na cena política. A participação destes influi de maneira decisiva no

² Codato, A. (2005) distingue 5 fases: Uma primeira fase, de *constituição* do regime político ditatorial-militar, que corresponde, *grosso modo*, aos governos Castello Branco e Costa e Silva (de março de 1964 a dezembro de 1968); uma segunda fase, de *consolidação* do regime ditatorial-militar (que coincide com o governo Medici: 1969-1974); uma terceira fase, de *transformação* do regime ditatorial-militar (o governo Geisel: 1974-1979); uma quarta fase, de *desagregação* do regime ditatorial-militar (o governo Figueiredo: 1979-1985); e por último, a fase de *transição* do regime ditatorial-militar para um regime liberal-democrático (o governo Sarney: 1985-1989).

curso dos acontecimentos, na procura e na redemocratização do país. Retomam-se as discussões sobre a cidadania cumprindo com seu papel mobilizador de forças opositoras ao regime militar.

A partir da metade da década de setenta a proposta destes novos atores sociais, dentre os que destacam os sindicatos e associações vinculadas à saúde, foi tornar a administração pública mais permeável as demandas e a participação popular, reivindicando a democracia participativa e a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil. Desta forma, os movimentos sociais emergentes buscam criar um campo centrado na reivindicação de uma cidadania que privilegia o fortalecimento do papel da sociedade na condução da vida política do país (Dagnino, 2002).

Dentre estes movimentos, destaca-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira³ (MRSB) que incorporou conhecimentos desenvolvidos por pesquisadores de Saúde Coletiva e orientou práticas técnicas que serviram de base para a organização de um novo sistema de saúde.

O modelo hegemônico-assistencial/privatista começa a ser ameaçado na **medida em que intelectuais oriundos do chamado “Movimento Sanitário”**, de orientação democratizante, passam a participar na formulação de políticas e no desenho de estratégias a níveis nacional, estadual e municipal (Teixeira, C. F. *et al.* 1993:83, grifos do autor)

Assim, o projeto da Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução das novas bases jurídicas da relação Estado-sociedade (Fleury, 1997).

Somado a isto, no final da década de setenta ocorre um maior dinamismo no setor saúde, pelo menos no que se refere à elaboração de planos e programas que tinham como referência o II Plano Nacional de Desenvolvimento (Teixeira, C. F. *et al.* 1993, p. 80). Seguindo as diretrizes deste plano é que, em 1979 através da implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE), se discute pela primeira vez, a nível nacional na área da saúde, uma proposta que incorporava, entre seus elementos centrais, a noção de participação comunitária (Paim, 1989). Apesar do pouco sucesso alcançado pelo programa, este era já um aviso por parte da

³ Vide Paim, J. (1987); Cordeiro, H. (2004).

sociedade civil do interesse que estava se apresentando por participar das definições, decisões e acompanhamento das políticas na referida área.

Paralelamente aos programas especiais⁴ iniciados pelo regime militar, surgem em São Paulo, Campinas, Osasco e Rio de Janeiro, experiências de formulações de políticas locais de saúde e de organização de redes municipais, seguindo os princípios da Conferência da Alma Ata⁵ (Pessoto *et al.* 2001). Nestas foram “recriadas” formas democráticas de representação e expressão política através de comissões ou conselhos que deveriam ter entre seus componentes representantes da sociedade civil.

É a partir destas experiências que a sociedade civil se fortalece na década de oitenta. No cenário político da época, irrompem os chamados “conselhos populares”, formados a partir de associações de bairro, classe ou movimentos religiosos (Teixeira, 1996). Esses conselhos tornaram-se referências importantes para as lutas desenvolvidas no período de *transição* política brasileira, sobretudo, o que diz respeito à criação de novas organizações que admitissem um mínimo de participação da sociedade civil no controle, fiscalização e proposição de atos e decisões governamentais. Diadema, Porto Alegre, São Paulo, dentre outras cidades, constituíram-se em cenários destas experiências inovadoras de participação cidadã na gestão de políticas públicas, através de conselhos e fóruns populares.

Com o movimento das DIRETAS JÁ, em 1985, e a eleição de Tancredo Neves que marcaram o fim do regime militar, abriram-se definitivamente as portas para que a sociedade civil manifestasse a necessidade de ser participe da tomada de decisões e exercer a sua cidadania. Neste período, o tema de participação política dos diferentes segmentos intensificou-se nos diferentes setores, principalmente a saúde.

Estas mudanças trouxeram, na área da saúde, a possibilidade de um posicionamento crítico no que diz respeito ao modelo de gestão. Este deixa de

⁴ Programa de Saúde Materno-Infantil, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa Especial de Esquistossomose e Programa de Interiorização das Ações e Saneamento do Nordeste. (Teixeira, C. F. *et al.* 1993:81)

⁵ É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. (Alma Ata, 1978, item 4).

ser pensado como centralizador e tecnocrata e se transforma num modelo que traz consigo demandas da população: a descentralização do atendimento; integração de serviços de nível local e participação popular no processo de decisão (Draibe *apud* González, 2000).

A mobilização popular na saúde da década de oitenta, culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS)⁶.

[...] a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, é considerada um momento histórico em termos de democratização, pois várias tendências de esquerda e do movimento popular tiveram uma participação decisiva na instituição da Reforma Sanitária no Brasil, abrindo-se a possibilidade para um modelo de saúde democrático, em oposição ao tradicionalmente autoritário e excludente (Wendhausen, & Caponi, 2002, p. 1622).

Carvalho (1995) acrescenta que esta conferência marcou

o início do exercício, na arena estatal e em larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactuação de políticas em saúde (Carvalho, 1995:51).

Considera-se que tal reforma foi, por um lado, uma proposta de mudança social, tomando como ponto de partida a análise crítica da crise da saúde e, por outro, um processo político-cultural, pois suas propostas foram difundidas entre os diferentes atores sociais no seio da sociedade civil. É preciso ressaltar que durante a realização desta conferência os ‘reformadores’ do sistema brasileiro de saúde coincidiram em assinalar como uma questão de princípio que a sociedade civil deveria ter controle sobre o novo sistema.

Nessa direção, a Constituição Federal (CF) de 1988 consolidou as várias iniciativas de redemocratização do país, dentre as quais se destacam as da área de saúde com a criação e institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS. A partir de então, foi estabelecida uma nova atribuição do Estado na assistência à saúde, entendida desde aquele momento como,

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

⁶ Através do qual, pela primeira vez, o Estado assume a “descentralização do processo decisório” e a “democratização das instâncias gestoras” como diretrizes do sistema nacional de saúde (Mendes, 1995)

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196, Constituição Federal de 1988).

A referida constituição descentraliza⁷ a gestão das políticas públicas e sanciona a participação da sociedade civil nos processo de tomada de decisões. De acordo com Muller Neto esta CF

[...] altera as normas e regras centralizadoras implantadas pelo Poder Autoritário, distribuindo melhor as competências entre o Poder Central e os poderes regionais (Estados) e locais (Municípios) [...] devolvendo assim a autonomia e a participação nas decisões a estas instâncias (Muller Neto, 1991, p. 58).

Com a implantação do SUS, o sistema de saúde passou a ser concebido como um sistema nacional com foco municipal (Machado, 2005). Desde esta perspectiva, com o processo de municipalização, a participação tornar-se-ia mais viável devido que a discussões estariam em torno das necessidades locorregionais.

Esta mudança no modelo organizacional no SUS partiu da idéia de que a municipalização permitiria o fortalecimento dos poderes locais através de espaços políticos públicos onde os interesses da população estariam representados. Assim,

[...] a municipalização só pode ser entendida como processo verdadeiramente descentralizador, na medida em que fortaleça os poderes locais e aprofunde a prática da gestão descentralizada e participativa no SUS (Pessoto, *et al*, 2001, p. 90).

Cabe ressaltar que, a partir de então a participação da comunidade no SUS foi institucionalizada, transformando-a como uma das diretrizes deste, através do artigo 198, inciso 3 da Constituição Federal antes mencionada.

Desde esse momento, vários instrumentos legais foram promulgados com a finalidade de democratizar a gestão da saúde. Encontra-se, dentre estes, a Lei 8.080⁸, de 19 de Setembro de 1990. Esta lei regula as ações e

⁷ É importante diferenciar descentralizar e desconcentrar. Segundo Dallari (1991) o primeiro diz a respeito a distribuição de poder político, enquanto o segundo refere-se simplesmente à distribuição de funções administrativas.

⁸ Define legalmente o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das funções mantidas pelo Poder Público” (Lei 8080/90, art. 4).

serviços de saúde e reafirma segundo seu capítulo II, artigo 07, a participação da comunidade dentro do SUS.

Posteriormente, nesse mesmo ano, foi promulgada a Lei 8.142⁹, de 28 de dezembro de 1990, que introduz o controle social no SUS. Desta forma, instituíram-se a participação e controle social na gestão do sistema de saúde do país que foi institucionalizada através da realização das conferências e da criação dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo (federação, estados e municípios).

O Sistema Único de Saúde (SUS), [...] contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: [...] II - o Conselho de Saúde. [...] O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários¹⁰, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1, Lei 8.142/90).

A idéia com a criação dos conselhos de saúde não é a de substituir o Estado nem retirar-lhe as suas responsabilidades, mas sim torná-lo mais permeável e sensível à lógica da sociedade e da cidadania.

Estes espaços apesar de, como mencionado anteriormente, não serem novidade no cenário político brasileiro, possuem três características importantes desde a sua implementação no novo sistema de saúde: a sua institucionalização, a sua área de atuação (políticas sociais) e a importância central conferida à descentralização e à participação (Draibe, 1998, p. 1)

Desta forma, os conselhos são expressões institucionais de um processo mais amplo de reordenamento das relações Estado-sociedade,

⁹ O conjunto destas duas leis (8080/90 e 8142/90) são conhecidas como a Lei Orgânica da Saúde.

¹⁰ Na mesma Lei, no seu parágrafo quatro, ficou definido que a participação dos usuários dentro do conselho seria paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos que o compõe. Anos mais tarde, a participação dos usuários nos conselhos de saúde será melhor definida através aprovação das Resoluções 33/92 e 333/03 por parte do Conselho Nacional de Saúde. Nestas são aprovadas as recomendações para a constituição, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde nas diferentes esferas de governo.

impulsionado por forças e fatores tanto endógenos quanto exógenos ao aparelho do Estado. (Carvalho, 1998, p. 23).

Os conselhos de saúde apontam então, como afirma Carvalho (1995), para um novo padrão de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil, promovendo potencialmente a ampliação do espaço de comunicabilidade política e assegurando a incorporação ao âmbito estatal de diferentes grupos sociais historicamente excluídos de gerir os interesses públicos. O mesmo autor ao referir-se aos conselhos afirma que:

[...] nada há na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais. (Carvalho, 1995, p. 31).

Atualmente, estes mecanismos participatórios encontram-se em todas as unidades da Federação, configurando-se, como afirma Labra (2008), uma rede nacional de participação setorial integrada por cerca de 6.000 conselhos que mobiliza quase cem mil conselheiros de saúde, incluindo aí o Conselho Nacional de Saúde, o conselho do Distrito Federal, os dos estados e municípios.

É importante ressaltar que o crescimento destes espaços democráticos na década de 90 foi significativo¹¹. Carvalho (*apud* Draibe, 1998) manifesta que entre 1991 e 1993 foram constituídos cerca de dois mil conselhos de saúde o que significa um ritmo de constituição de praticamente dois novos conselhos por dia.

Os conselhos de saúde vêm se constituindo como uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais mostrando a importância que hoje tem como instância de participação na saúde devido à massa de cidadãos nelas engajados voluntariamente (Labra, *apud* Carvalho, 2005). Estes possuem características próprias e vêm-se configurando como,

[...] um riquíssimo fenômeno político, institucional, social e cultural, cuja abordagem exigiria elaborações teóricas e conceituais, incursões históricas e fundamentações empíricas

¹¹ Para ter uma maior análise sobre o crescimento dos conselhos de saúde consultar a pesquisa sobre “Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde” em Santos (1998).

que, no plano mais geral, têm a ver com as transformações de toda ordem ocorridas nas relações entre o Estado e a sociedade no país, sob a influência de fatores internos e externos (Labra, *apud* Carvalho, 2005, p. 353).

No âmbito deste novo conceito de Estado democrático é que, no dia 29 de setembro de 1989, foi criado o Conselho Municipal de Saúde de Salvador (CMSS), objeto deste estudo. Seguindo as recomendações da Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como os demais, ele é composto paritariamente por 50% dos representantes dos usuários, 25% dos representantes dos profissionais de saúde e 25% dos gestores e prestadores de serviço.

O referido Conselho iniciou seu funcionamento, tendo como presidente o Secretário Municipal de Saúde. Na ocasião das primeiras reuniões, o presidente manifestou que este espaço deveria se transformar em uma arena de debates técnicos e políticos sobre a saúde do município, onde os profissionais envolver-se-iam diretamente com as necessidades em saúde do município e a população teria uma participação ampliada neste processo.

[...] sonhamos que o CMSS seja um fórum eficaz, um fórum de gerência competente e responsável. [...] nossa função é solidificar esse conselho com órgão máximo de discussão e de direção, o nó das ações de saúde da cidade de Salvador em dois aspectos: aspecto técnico e aspecto político. [...] estamos começando aqui o verdadeiro fórum, que vai dar diretrizes, vai normalizar e apontar os rumos da nossa saúde, a saúde de nosso município. (Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMSS, de 29 de setembro de 1987).

Cabe ressaltar que o CMSS só foi regulamentado dois anos mais tarde através da Secretaria Municipal de Salvador por meio da lei orgânica do município e do decreto-lei nº. 9015 de 07 de junho de 1991,

[...] cujo em seu Art.2º define-o como órgão deliberativo e fiscalizador da política de saúde municipal, e compoendo a estrutura da Prefeitura Municipal do Salvador enquanto órgão Colegiado da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e teve seu primeiro Regimento Interno publicado através do Decreto Nº. 9.263, de 20 de dezembro de 1991, com composição paritária entre os segmentos de governo, prestadores, profissionais de saúde e usuários (Ata da 206ª Reunião Ordinária do CMSS, de 10 de Julho de 2002).

Entre as principais diretrizes apresentadas desde o início do seu funcionamento, encontra-se o que se refere a estimular a participação da

sociedade civil na formulação de políticas públicas no campo da saúde, através da capacitação dos conselheiros quanto à estrutura, gestão e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da própria secretaria municipal (Milani, 2006).

Na gestão em 2005, a diretriz participativa se manteve forte no discurso do Executivo, reafirmando seu objetivo de resgatar a participação da sociedade civil e o controle social no processo de formulação das políticas de saúde em Salvador. (Milani, 2006).

No interior desta discussão é que foi formulada a seguinte pergunta de investigação: **o Conselho Municipal de Saúde de Salvador, historicamente, vem-se desenvolvendo como espaço para fortalecimento de participação cidadã na formulação, execução e controle social das políticas públicas do setor?**

1.2. Estado da arte da participação cidadã nos conselhos de saúde

Ao realizar o balanço do estado da arte na área de saúde coletiva pode-se observar que temas como participação e controle social do SUS acompanharam a vida acadêmica brasileira desde a década de noventa. Segundo Paim e Teixeira (2006), os estudos na década de noventa sobre estes temas consolidaram-se como relevantes dentro da produção de conhecimento na área de política, planejamento e gestão em saúde.

A importância adquirida pelos temas anteriormente mencionados e o valor que os conselhos de saúde têm na atual estrutura do sistema de saúde brasileiro, trouxeram como consequência a realização de inúmeras pesquisas neste campo. Trata-se, em geral, de estudos de caso referidos a municípios (Labra, 2005, p. 205).

Entre os principais temas abordados estão: a participação popular nos conselhos de saúde (David & Souza, 2001; Oliveira, 2004; Sousa, 2005; Guizardi & Pinheiro, 2006); as práticas dos conselhos como lugar de decisões, legitimidade, representatividade e abrangência da sua atuação (Costa e Noronha, 2003; Vanderlei e Witt, 2003; Aciole, 2003; Beltrane, 2003; Presoto, 2004); a análise da dinâmica dos movimentos sociais que fazem parte dos conselhos e os saberes, as práticas sociais e a formação política (Carvalho

et al., 1992; Carvalho 1998; Oliveira, 2003; Ferraz, 2005) e capacitação técnica dos conselheiros de saúde. (Meirelles *et al.*, 2002; Bógus *et al.*, 2003).

Outros estudos têm-se focalizado na descrição de um panorama geral sobre os tipos de conselhos existentes, suas características fundamentais, sua composição, considerando os diferentes segmentos sociais que os integram (Carvalho, 1995; Gohn, 2001; IBAM *et al.*, 1997; Figueiredo, 2001)

Entre os estudos de caso que envolvem apenas um município¹² salienta-se o trabalho realizado por Silva (1997) no Conselho Municipal de Recife que revelou que, se por um lado, o gestor local coloca resistências em incorporar a participação dos sujeitos políticos coletivos na formulação e decisão da política de saúde, por outro lado, a fragilidade da organização/mobilização dos conselheiros de saúde com a sua base social, dificulta que a participação ocorra plenamente. Aduauto Martins Soares Filho (1997), por sua vez, mostra, através de seu estudo, que o Conselho Municipal de Icapuí – Ceará não funciona como um lugar de decisões importantes e traz problemas na qualidade da participação, da legitimidade e, principalmente, na representatividade, com servidores da saúde ocupando as representações das organizações civis.

Abrangendo vários municípios podemos citar a investigação realizada pelo Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 12 municípios do país, entre 1997 e 1998, em que foi corroborada a hipótese inicial de que a habilitação municipal à gestão semiplena em saúde foi um fator de estímulo à maior participação da comunidade nos fóruns institucionais de representação, previstos no ordenamento legal do SUS. Nessa mesma linha, encontra-se a pesquisa realizada por Gazeta (2004) que tem por finalidade analisar a qualidade da participação social em três municípios do interior de São Paulo. Outro estudo importante é o feito por Figueiredo (2001) que analisa o perfil dos conselheiros representantes dos usuários nos conselhos de saúde da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. No mesmo Estado, se tem a investigação realizada por Gerschman (2004) em que se argumenta que nos principais

¹² Dentre outros estudos de casos temos: Dallari *et al.* (1996); Pedrosa (1997); Olisoa (1999); Silva & Labra (2001); Wendhausen & Caponi (2002); Fuks (2005)

conselhos do estado do Rio de Janeiro a idéia de "controle social", como fundamento dos Conselhos, é dificilmente compreendida pelos conselheiros e o exercício da representação é difuso. Destaca-se, finalmente, o trabalho realizado por Van Stralen *et al.* (2006) que investiga a efetiva participação de nove Conselhos Municipais de Saúde de Goiás e Mato Grosso do Sul na gestão das políticas de saúde e seu impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde.

No que se refere aos estudos feitos na Bahia, podemos mencionar a pesquisa feita por Caputo (1997) sobre as práticas de diversas experiências dos Conselhos Municipais de Saúde; o estudo de caso de quatro Conselhos Municipais de Saúde da Região de Feira de Santana e Serrinha realizado por Teixeira (1995), onde se analisam as formas de participação por parte da população nestes fóruns. Finalmente encontra-se a pesquisa feita por Carvalho (1998) acerca da participação popular no Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana, na qual se analisa a dinâmica dos movimentos sociais no município e os discursos, saberes e práticas sociais dos conselheiros de saúde.

Vale a pena salientar que o CMSS é ainda pouco explorado em pesquisas, tendo sido objeto de estudo em uma monografia para conclusão de curso de graduação de uma aluna de enfermagem da Ucsal, no ano de 2002 (Ata da 203ª Reunião Ordinária do CMSS, de 05 de junho de 2002), e em uma dissertação de mestrado da faculdade de Administração da UFBA.¹³

Diante os escassos estudos e da mudança política que vem atravessando o Estado da Bahia e a cidade de Salvador é que se optou por eleger o CMSS como objeto da pesquisa. Este estudo tem por objetivo analisar se o Conselho Municipal de Saúde de Salvador, historicamente vem-se desenvolvendo como espaço para fortalecimento de participação na formulação, execução e controle social das políticas públicas do setor.

Especificamente esta pesquisa referiu-se aos seguintes aspectos:

- ✓ Analisar a expansão sócio-política alcançada pelo Conselho Municipal de Saúde de Salvador ao longo do tempo.

¹³ Souza, M. & Souza, L. (2006)

- ✓ Analisar as estratégias e ações que o CMSS desenvolveu ao longo do tempo em relação à ampliação do processo de participação cidadã

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Concepção histórica da formação dos conselhos como canais de participação cidadã

Segundo Gohn (2001) a utilização de conselhos na gestão pública, ou em organizações coletivas da sociedade civil não é novidade na história, uma vez que os conselhos¹⁴, de acordo com esta autora, são considerados os instrumentos mais antigos de participação popular, uma invenção tão antiga como a própria democracia participativa.

Para Teixeira (*apud* Carvalho e Teixeira, 2000) no nível político global podem-se distinguir três vertentes em relação à origem moderna dos conselhos. A primeira como resultado de movimentos insurrecionais, tais como a primeira fase da Revolução Francesa no século XVIII, a Comuna de Paris¹⁵ em 1871, os soviets¹⁶ de Petrogrado e da Revolução Russa a inícios do século XX. Todas estas instâncias além de se constituírem como meios de organização revolucionária se apresentaram também, como aparatos de poder e sistema alternativo de representação. Desde esta perspectiva, o sistema de conselhos transforma-se em um elemento importante desde o ponto de vista político nas tentativas revolucionárias e na constituição do novo poder, a exemplo da soviética. (Teixeira, *apud* Carvalho e Teixeira, 2000).

A segunda direção na origem dos conselhos é o surgimento destes a partir da criação e organização de instâncias de poder através de assembléias

¹⁴ Deriva do latim *concilium*, palavra que significa reunião ou assembléia. Segundo Avellar (*Apud* González 2000:95) na Ibéria dominada pelos romanos, o *concilium* teria sido uma forma de município, que originou o termo português concelho para definir a organização municipal.

¹⁵ Existiu dentro dela uma estrutura de conselhos que exerciam a função de legislativo e executivo ao mesmo tempo, sob a forma de democracia direta combinada com mandato imperativo.

¹⁶ Termo em russo que significa conselho.

operárias e sistemas de representação por meio de delegados dentro das fábricas. O exemplo mais claro deste tipo de organização¹⁷ são as Comissões Internas de Fábrica (CIF), que desde 1906 vinham-se constituindo espontaneamente e com caráter reivindicatório na Itália, especialmente em Turim. Estas tinham como principal finalidade defender os interesses e os direitos dos trabalhadores no interior da própria fábrica. Segundo Gramsci (1981) este tipo de organização, apesar de ser fruto da auto-organização operária, apresentava ainda alguns limites enquanto ferramenta da revolução.

A partir das mudanças nas CIF, concebidas por Gramsci, é que surge, no final da década de 1910, a concepção dos Conselhos de Fábrica em que estão representados todos os ramos de trabalho – proporcionalmente à contribuição que cada profissão e cada ramo dão à elaboração do objeto produzido para a coletividade – dando, desta forma, uma coesão às massas. Desde esta perspectiva, cada membro do conselho é indispensável, cada um está em seu lugar e cada um tem uma função particular (Gramsci, 1981).

A terceira direção surge nos países de capitalismo avançado. Nestes países, segundo Teixeira (2000), os conselhos aparecem como ferramentas neo-corporativistas¹⁸ que têm por finalidade a negociação tripartite entre os trabalhadores, usuários e outros grupos de interesse, e com o objetivo de reduzir e evitar conflitos distributivos. Constituía-se, desta maneira, como formas alternativas de poder dentro das novas estruturas políticas. Desde a perspectiva neo-corporativista, os conselhos assumem a função de amortecedor de conflitos provocados pela reivindicação da ação do Estado frente aos interesses de um grupo em particular.

Apesar das diferentes motivações que levaram à criação dos conselhos, cabe ressaltar que estes significaram, em cada contexto sócio-histórico,

¹⁷ Outras práticas similares surgiram na metade do século XX. Na Espanha, com as chamadas “Comissões Obreras”; na Iugoslávia surgem os conselhos de autogestão; em Berlim, Hungria e Polônia o sistema de conselhos transforma-se em instrumento alternativo contra o regime soviético, promovendo o levantamento dos operários contra a planificação centralizada.

¹⁸ Cawson (apud Labra, 1999:156) afirma que o neo-corporativismo seria "um processo sociopolítico específico pelo qual as organizações monopólicas, representativas de interesses funcionais, estabelecem com as agências estatais intercâmbios políticos relativos aos resultados da política pública e que outorga a essas organizações um papel que combina a representação de interesses com a implementação de políticas, através da delegação de 'self-enforcement' (ou poder de auto-regulação)".

instrumentos de descentralização de poder e abertura da participação por parte da sociedade civil.

Na atualidade, os papéis formais e poderes dos conselhos estão bem definidos, possuindo uma organização flexível que possibilita sua articulação no plano territorial e funcional. Ainda que diferenciados¹⁹ de acordo com as características e necessidades da realidade na qual estão inseridos, é importante ressaltar que estes possuem elementos que podem ser considerados como essenciais na sua organização: uma base social concreta; representantes desta base com mandato vinculado e revogável e exercícios de funções legislativas e executivas (Teixeira, 2000, p. 101).

Os conselhos passam então a ser concebidos como espaços onde a sociedade teria maior possibilidade de exercer a sua cidadania por meio de uma efetiva fiscalização e controle sobre o Estado. Com isto permitir-se-ia uma maior negociação em relação às demandas dos diferentes grupos sociais que circulam em torno do poder estatal e costumam influenciar diretamente sobre o Estado (Tatagiba, 2002)

2.2. Participação e controle social como processos de cidadania

Participação é um conceito atualmente em voga e tema central nas mais variadas correntes da teoria democrática, porém não está absolutamente claro o que ele é ou o que representa. Briceño-León (1998) expressa que esta é uma idéia polissêmica e que nos últimos quarenta anos tem sofrido diversas mudanças a raiz das transformações que se deram na relação entre o Estado e a sociedade civil.

De acordo com Teixeira (2001), participação significaria 'fazer parte', 'tomar parte', 'ser parte' de um ato ou processo, de uma atividade pública ou de ações coletivas. Estabelece-se como um mecanismo que aumenta os níveis de organização da população e permite renovar, inovar e construir democracia

¹⁹ De acordo com a pesquisa do IBAM/IPEA e Comunidade Solidária (1997), atualmente os conselhos podem ser classificados de acordo com a sua função principalmente em três tipos: conselhos de programas; conselhos temáticos e conselhos setoriais. Outra classificação foi feita por Gohn (2001) onde ela diferencia três tipos de conselhos de acordo com a sua origem: conselhos criados pelo Poder Executivo, conselhos populares e os conselhos institucionalizados.

através de um processo dialógico e de negociação permanente com os demais atores da sociedade civil e Estado.

Segundo Lucas (1985), quando se fala de participação se aponta a um processo sempre incompleto, já que esta é uma habilidade que se aprende e se aperfeiçoa e que assume formas diferentes²⁰, as quais podem em diversas ocasiões, ser incompatíveis entre si. Seguindo o mesmo raciocínio Demo (1993) afirma que a participação não é algo acabado e sim um processo de conquista, um processo no sentido legítimo do termo:

[...] infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. [...] a participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente, nem acabada. Participação que se imagina completa, nisto mesmo começa a regredir (Demo, 1993, p. 18).

Diferentes são as formas de conceituar a participação, mas fica claro que do debate teórico emergem várias alternativas às formas de participação existentes. Estas formulações têm pressupostos teóricos diferentes, mas contêm, todas, elementos e valores comuns, tais como: solidariedade; respeito à pluralidade, às diferenças e a práticas de relações democráticas (Teixeira, 2001).

É devido a esta complexidade que a participação não pode ser reduzida a um mero ato eleitoral, episódico, individual e atomizado. Esta deve ser uma ação reivindicadora por parte do cidadão com o objetivo de formar parte dos estágios finais do processo decisório. É assim que participar proporciona ao indivíduo status de agente frente a um determinado fenômeno, além de ajudá-lo a ter uma melhor interpretação do mesmo. (Lucas, 1985).

Na América Latina o conceito de participação encontra-se em constante mudança a partir da década de cinquenta (Briceño-León, 1998). Nesta época, devido à experiência soviética da planificação centralizada num primeiro momento e o impacto da Revolução Cubana posteriormente a participação passou a ser entendida como a organização da população na tentativa de reconhecer a própria ação individual o que, de alguma forma, significaria uma crítica à idéia de Estado poderoso. A partir dessa perspectiva, a ideia de participação é associada a uma idéia de subversão.

²⁰ Para maior discussão sobre as diferentes formas de participação ver Bordenave (1987).

Mais adiante, o termo participação perde seu significado de confronto frente ao Estado, para transformar-se em uma espécie de complemento das funções deste (Briceño-León, 1998). Como o Estado mostra a incapacidade de resolver todos os problemas sociais por si só, a participação da população apresenta-se cada vez com maior força, permitindo a condução do seu próprio destino. Por meio desta participação busca-se o redirecionamento das políticas públicas²¹ e a exigência de transparência na gerencia dos serviços por parte do Estado.

O termo participação pode ser acompanhado de um sem número de adjetivos, entre os que destacam: política, social, popular, democrática, comunitária, dentre outros utilizados. Todos esses termos se referem à prática da inclusão dos cidadãos e das organizações da sociedade civil no processo decisório de algumas políticas públicas (Milani, 2006). Considera-se que esta inclusão não só deve se limitar a este processo, mas deve incluir a identificação de problemas e prováveis causas, assim como também participar do planejamento e execução de ações para possibilitar solucioná-los. Por isto, a participação trata de espaços públicos que, como afirma Gohn (*apud* Labra, 2005) comportam a interação entre os grupos organizados da sociedade destinados ao debate, face a face, dos problemas coletivos da sociedade.

A participação cidadã pode ser entendida como um processo²² complexo e contraditório entre a sociedade civil, o Estado e o mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil, mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações (Teixeira, 2001). O âmbito da participação cidadã ultrapassa a relação com o Estado, procurando estender-se ao mercado. Para este autor, através de uma lógica de desenvolvimento solidário e sustentável, a participação cidadã estabelecerá, no que se refere ao mercado, os parâmetros de atuação compatíveis com os interesses do conjunto da sociedade. A partir desta premissa, pode-se afirmar que este tipo de participação articula-se ao processo social através dos diferentes

²¹ Para uma maior discussão sobre o que se entende por políticas públicas ver Souza (2006).

²² Para Teixeira (2001) entender a participação como processo significa perceber a interação contínua entre os diversos atores que são 'partes', o Estado, outras instituições políticas e a própria sociedade.

mecanismos e canais que o legitimam, assim como dos mecanismos institucionais já disponíveis.

Falar de participação política é referir-se a um conceito impregnado de conteúdo ideológico com o objeto de contestar ou legitimar a dominação mediante diferentes estratégias políticas. Este tipo de participação denota todas as atividades realizadas pelos cidadãos que tentem influenciar na estrutura, na eleição de governantes ou nas políticas do Estado. (Conway, 2000). Negasse-lhe a sociedade qualquer papel de institucionalidade, em uma idealização da sociedade, em que esta ficaria 'contra o Estado'. Para Teixeira (2001) é importante considerar o elemento político na relação social, mesmo quando se pretende negar o Estado na busca de auto-afirmação coletiva e autogoverno e na tentativa de construção de uma identidade como ator político.

Cabe diferenciar também, segundo Teixeira (2001), a participação cidadã da chamada 'participação social e comunitária', a primeira compreendida como um campo de construção com,

[...] múltiplas possibilidades, de organização autônoma da sociedade civil, por meio das organizações independentes do Estado, tais como as associações de moradores, conselhos de saúde, associação de docentes, grupos de mulheres, que poderão confluír, ou não, suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em Lei (Assis e Villa, 2003, p. 377)

Portanto, esta só ocorrerá se existir uma intervenção nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade por parte dos seus diferentes atores. Através deste tipo de participação, as diferentes organizações são estimuladas a procurar seus próprios espaços, fazer valer seus direitos e lutar pela transformação da estrutura social.

A participação comunitária, por sua vez, tem por objetivo simplesmente a prestação de serviços à comunidade ou à sua organização isolada. Caputo (1997) afirma que a idéia de participação comunitária surge no início deste século, como um componente ideológico e prático dos movimentos dos centros de saúde dos EUA, representando um novo padrão da relação entre o estado e a sociedade no setor saúde. Desta perspectiva, um elemento central que compõe a participação comunitária é o seu espírito contestatório e crítico ao poder. Com este espírito, busca-se o surgimento das mudanças através das

críticas oriundas dos pensamentos e ações contrários aos padrões dominantes dirigidos por um grupo hegemônico para o próprio benefício.

É importante ressaltar também a diferença existente entre o conceito de participação cidadã e a expressão 'participação popular' (Teixeira, 2001). Esta última se refere a uma concepção populacional mais ampla do que apenas o movimento sindical ou a política partidária e possui um forte sentido ideológico e denota as ações desenvolvidas pelos movimentos visando

[...] ao atendimento de carências ou à realização de protestos, relativos à marginalização, compreendendo um posicionamento, muitas vezes, de oposição ao Estado. (Cardoso apud Teixeira, 2001, p. 31).

A idéia de participação popular surge com o objetivo de se distinguir de uma outra forma de conceber a sociedade, onde as classes populares tenham a autonomia para eleger seus próprios rumos e deixar os seus destinos em mãos de um grupo de indivíduos que apontam o 'caminho certo'. É assim, que podemos entender que,

[...] participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.). (Valla, 1998, p. 9).

Diante destas considerações, assume-se que a participação é um processo para alcançar a 'cidadania plena'²³ evidenciando-se como uma importante ferramenta de controle do Estado e, de alguma forma, do sistema econômico pela sociedade. Por tanto, de controle social e político: possibilidade dos cidadãos definirem critérios e parâmetros para orientar a ação pública. (Teixeira, 2001).

Como observado no parágrafo anterior, a noção de controle social encontra-se fortemente ligado à participação cidadã. A idéia de controle social, elaborada dentro da tradição teórica da Sociologia, vem-se reconfigurando no transcurso do tempo, de tal forma que o significado original perdeu-se

²³ Entende-se aqui cidadania plena não somente no sentido de cumprir ou exigir direitos, mas sim como uma ação coletiva desenvolvida pela sociedade civil a fim de utilizar os diversos instrumentos, tanto institucionais como sociais, para gerar e construir novos direitos.

trazendo, como conseqüência, novas e inesperadas questões sobre sentido atual.

Semelhante à participação, a noção de controle social, nas últimas décadas, tem sido empregada continuamente por diversos autores em distintas abordagens teóricas e metodológicas. Chunn e Gavigan (*apud* Alvarez, 2004) afirmam que a idéia de controle social tem sido utilizada de maneira freqüentemente acrítica tanto por funcionalistas quanto por interacionistas, tanto por marxistas quanto por não-marxistas. Isto devido, possivelmente, à vulgarização do termo e ao seu abandono como instrumental analítico rigoroso.

Pode-se atribuir, a raiz mais remota da idéia de controle social as formulações clássicas de Durkheim sobre o problema da ordem e da integração social. Nas suas reflexões, o autor aponta tanto para os mecanismos gerais de manutenção da ordem social quanto para fenômenos que buscam fortalecer a integração e reafirmar essa mesma ordem quando esta se encontra ameaçada (Alvarez, 2004, p. 169).

Entretanto, é o sociólogo norte-americano Alsworth Ross que cunha esta expressão, com a finalidade de definir um campo específico de estudo. Este autor passa a utilizar este conceito para apreender os mecanismos de cooperação e de coesão voluntária desta sociedade (Rothman *apud* Alvarez, 2004).

Na sociologia contemporânea, a expressão controle social refere-se a capacidade da sociedade de se auto-regular, bem como os meios que ela utiliza para induzir a submissão dos seus membros a seus próprios padrões (Zedner, 1996, p. 138). Com a submissão dos indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais, a sociedade tentaria conservar uma determinada ordem.

A partir da análise da relação entre o Estado e a sociedade civil, tem-se duas concepções sobre o conceito de controle social. Controle do Estado sobre a sociedade ou “Estado restrito” a serviço de uma só classe: a burguesa. O outro, como controle da sociedade (ou de setores organizados dela) sobre as ações de Estado, em favor das classes subalternas ou “Estado ampliado”. Na dinâmica da relação entre o Estado e a sociedade, o primeiro controla a

sociedade ao mesmo tempo em que incorpora suas demandas (Correia, 2005). Assim, para o melhor entendimento do que é controle social é importante evitar a dicotomia Estado/sociedade, não privilegiando só o papel do Estado e as práticas formais de controle social em detrimento das práticas informais, constituindo uma forte relação entre as diversas dimensões institucionais da modernidade (Cohen, 1989).

No Brasil, a partir da década de oitenta, com a institucionalização de mecanismos de participação nas políticas públicas, a discussão do controle social passou assumir um papel fundamental dentro do campo científico. É no meio deste contexto que a expressão “controle social” passa a ser usada para designar a participação social na definição, fiscalização e acompanhamento das políticas sociais.

Atualmente, a idéia de controle social vem adquirindo conotações diversas que vão desde sua utilização de forma simplificada, como sinônimo de fiscalização, até assumindo a idéia de controle como um processo de avaliação de resultados das políticas públicas executadas por outro ator social, seja governamental ou não, realizado pela população.

É importante salientar que diferentes autores utilizam o termo ‘controle público’ em lugar de controle social. A razão parte fundamentalmente do fato da constatação de que a correlação de forças que já existe no País é, de fato, um controle social. Segundo Santos (*apud* Breder, 2006) controle público é um conceito mais abrangente, onde o ator que exerce esta função pode ser estatal ou não-estatal. É neste último segmento, segundo o referido autor, que se encontra o controle social. Desta forma, esta seria uma função exercida através dos diversos agentes da sociedade civil que cooperam entre si para permitir um desenvolvimento efetivo da população nas decisões nacionais.

Por outro lado, seguindo o raciocínio de Junior & Elias (2006), o controle público é entendido como o processo de participação da sociedade civil que se organiza em diversas instâncias com a finalidade de exercer o controle sobre o Estado, abrangendo a fiscalização e a formulação de políticas, dentre outras.

Estes conceitos, apesar de possuírem sutis diferenças entre si, em muitos casos são utilizados como sinônimos já que ambos têm os mesmos componentes e cumprem a mesma função.

O controle social consiste, de uma forma geral, na criação e na proliferação de canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos dentro da cena política, não se confundindo com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado (Assis e Villa, 2003).

Pela importância que o controle social vem assumindo na atual conjuntura, variados autores vêm trabalhando este tema no eixo das políticas sociais²⁴. Todos eles concordam que o controle social é a possibilidade da democratização dos processos decisórios, levando em conta segmentos da população tradicionalmente excluídos destes espaços, o que beneficiaria a conscientização política da sociedade civil e por consequência a construção de uma real cidadania.

Desta forma, este controle social do Estado não deve limitar-se só a seus centros periféricos de poder, mas, sobretudo, deve atingir aqueles que se destinam às decisões estratégicas do Estado, entre os quais se destaca o setor saúde.

Apesar de tentar não dar ênfase exagerada ao caráter unidirecional das práticas de controle social, para efeitos da presente pesquisa, poder-se-ia entender controle social como, uma expressão que corresponde a uma moderna compreensão de relação o Estado e a sociedade civil, onde a esta última cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele (Carvalho, 1995, p. 8).

3. METODOLOGIA

A estratégia metodológica para alcançar o objetivo desta pesquisa foi o estudo de caso. Tal escolha possibilitou um olhar em profundidade e uma análise descritiva de um Conselho de Saúde, considerado como importante espaço de interlocução entre Estado e a sociedade civil que precisa ser constantemente repensado. Paralela à adoção do estudo de caso, optou-se pela utilização de procedimentos quantitativos e qualitativos.

²⁴ Carvalho, 1995; Cohn, 1989; Labra, 2004; Correia, 2005; entre outros.

Este tipo de abordagem foi útil porque permitiu observar os vários elementos que se vêm desenvolvendo simultaneamente no interior do CMSS. Desta forma, como orientam Bruyne et al, (1977), na realização da investigação procurou-se ter conhecimento das minúcias da instituição a fim de conhecer seus costumes e suas práticas de forma indireta a partir das atas elaboradas, assim como, seus pontos fortes e fracos rumo à conquista da efetiva participação cidadã.

Na pesquisa aqui apresentada analisou-se a documentação em diversos períodos de atuação do CMSS, desde sua criação, em 1987, à realização da VIII Conferencia Municipal de Saúde, em 2006. Considere-se tal periodização importante, pois,

[...] as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que a constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões do mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado (Minayo, 2000, p. 20).

Os documentos foram identificados, coletados e procedeu-se a análise de conteúdo de cada ata do acervo disponibilizado pelo Conselho Municipal de Saúde de Salvador.

A partir das evidências quantitativas e qualitativas da análise documental das atas, estas foram examinadas, classificadas e categorizadas com a finalidade de análise e produção do texto do presente estudo. Esta tarefa procurou atingir a três objetivos fundamentais: ultrapassagem da incerteza, enriquecimento da leitura e a integração de descobertas (Minayo, 2000).

3. 1. A ética na pesquisa e o trabalho de campo.

O trabalho de campo foi iniciado após da submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Comissão de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Anexo I). Cabe salientar que este parecer facilitou o trabalho de campo, já que no momento da apresentação do projeto de pesquisa perante os membros do CMSS, o referido documento serviu de aval e referendou a importância desta investigação para a comunidade acadêmica.

A inserção no campo deu-se com o apoio de dois dos atores do Conselho Municipal de Saúde de Salvador, a secretária executiva e a assessora técnica do referido conselho. Esse primeiro contato possibilitou a apresentação, em reunião ordinária realizada em maio de 2007, e apoio ao processo investigativo frente ao atual Conselho Municipal da Saúde de Salvador.

Desta maneira teve-se acesso às atas de reunião registradas durante o período de setembro de 1987 a maio de 2006. As atas de nº 1 a 159, manuscritas em livros de ata, foram disponibilizadas em forma de fotocópias, e, o conjunto das atas de nº 160 até a 276, digitalizadas entre janeiro de 2000 a maio de 2006, foram repassadas através de meio eletrônico. No entanto, no que se refere deste último conjunto de documento, não se conseguiu acessar 58,6% das atas digitalizadas, no referido período. Diante desta impossibilidade, foram feitos novos contatos, porém não se conseguiu obter os documentos solicitados. Além disso, com a saída da secretária executiva e o fato do CMSS está passando por uma auditoria externa, impossibilitaram-se posteriores contatos. Assim, diante do cronograma da pesquisa, não foi possível o acesso aos arquivos das atas em falta.

No processo da análise documental, outras limitações se fizeram presentes: a legibilidade dos documentos manuscritos; o fato de algumas atas não explicitarem as deliberações tomadas e em outras não estarem registrados os nomes dos conselheiros participantes, bem como das organizações que representavam.

Durante e após a coleta dos documentos, as anotações de campo resultantes das conversas informais e programadas com conselheiros do CMSS, também subsidiaram tanto a produção dos dados, assim como, uma melhor compreensão sobre vários aspectos do CMSS.

3.2. O caso estudado, produção e análise dos dados.

O Conselho Municipal de Saúde, objeto deste estudo, encontra-se localizado na cidade de Salvador – Capital do Estado da Bahia, cuja população é de 2.900.000 habitantes aproximadamente. Esta cidade possui a maior rede de atenção à saúde do Estado, chegando a ter um total de 1213

estabelecimentos de saúde entre públicos e privados. Desta forma, este município constitui-se como ponto central de convergências de atendimento das diversas demandas do Estado (IBGE, 2005).

Em relação ao CMSS, atualmente vêm participando 32 organizações, sendo que a metade exerce a titularidade e as demais são suplentes, seguindo o critério de paridade estabelecido por Lei. É importante ressaltar que atualmente o CMSS encontra-se num novo processo de reformulação no que se refere à composição numérica dos seus participantes, assim como do seu Regimento Interno.

No que se refere aos participantes do CMSS, a partir de uma classificação já estabelecida dentro desta organização, são categorizados em: Gestores, Usuários, Profissionais e Prestadores de Serviço. Na presente investigação esta categorização também orientou a produção e análise do dado

No que diz respeito à produção de dados, cabe ressaltar que a opção metodológica escolhida para a realização desta pesquisa facilitou o estudo em profundidade do CMSS, através do uso de técnicas que viabilizaram a coleta de informações significativas com vistas a entender a dinâmica da participação cidadã no seu interior.

É assim que ao selecionar o estudo de caso como estratégia metodológica para a obtenção, análise e formas de apresentação de dados, assumiu-se um trabalho sistemático, diferenciando-o do senso comum.

Para efeitos desta pesquisa, a trajetória do funcionamento do CMSS foi dividido em seis períodos, utilizando-se como critério as diferentes conjunturas políticas. Nas diferentes conjunturas pressupõem-se mudanças internas neste conselho, seja em relação à conformação dos membros a começar pela figura do secretário de saúde, seja a representação dos diversos segmentos. Esses períodos foram:

- I Período: desde sua criação em setembro de 1987 a dezembro de 1988.
- II Período: janeiro de 1989 a dezembro de 1992.
- III Período: janeiro de 1993 a dezembro 1996.
- IV Período: janeiro de 1997 a dezembro 2000.
- V Período: janeiro de 2000 a dezembro de 2004

- VI Período: janeiro de 2004 a dezembro 05/2006 (em ocasião da VIII CMS)

A dificuldade encontrada de acesso às atas, já mencionada anteriormente, fez com que não fosse alcançada uma percentagem significativa das atas da quinta e sexta etapa. Como demonstra a tabela 1, das 67 atas da quinta etapa foram analisadas 23 (34,2%) e das 29 atas pertencentes às reuniões do sexto período apenas 9 delas foram trabalhadas, ou seja, 31% do total. Desta forma, a análise das informações provenientes destes períodos foi dificultada. Destaca-se, entretanto, que, ainda que em número reduzido, os dados trazidos tiveram significativa relevância para indicar caminhos e discussões e, portanto, não foram descartados.

Tabela 1
Porcentagem de atas analisadas por período de funcionamento do conselho

PERÍODO	Nº Atas Totais	Nº Atas Trabalhadas	Porcentagem
I (1987-1988)	19	19	100
II (1989-1992)	43	43	100
III (1993-1996)	45	45	100
IV (1997-2000)	73	67	91,8
V (2001-2004)	67	23	34,2
VI (2005-2006)	29	9	31

Fonte: Atas das reuniões do CMSS (1987-2006)

Desta forma, após o tratamento das informações geradas, estas foram analisadas mediante a análise de conteúdo. A exploração do material consistiu numa codificação, através da transformação dos dados brutos, buscando alcançar o núcleo de compreensão dos textos (Bardin apud Minayo, 2000).

Desta forma, a partir de expressões chaves, achadas nos documentos e nas falas dos diferentes atores sociais nas atas analisadas, estas informações foram sistematizadas em seis categorias principais de análise que orientam a continuidade deste processo dissertativo (Quadro 1).

Quadro 1	
Categorias de análise	Sigla
Comissões formadas	COM
Mudança dos participantes do Conselho	MC
Mudança na conformação dos diretivos do Conselho	MDC
Atividades e funções dos conselheiros	AFC
Participação em eventos externos	PEE

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Gênese do CMSS

Nesta seção a estrutura, dinâmica e ações do CMSS serão analisadas com o objetivo de observar como se vem desenvolvendo os processos de participação e o controle social. Em outras palavras, observar-se-ão quais são os elementos que potencializam ou limitam o referido conselho como espaço de efetiva participação na gestão das políticas de saúde em Salvador-BA.

É importante ressaltar que antes de iniciar a mencionada análise considera-se importante tratar da gênese do CMSS já que, como afirma Teixeira (*apud* Carvalho & Teixeira, 2000), a efetividade de um conselho é bem maior quando este for criado a partir de um processo de discussão ou de mobilização social.

Como se sabe, os conselhos municipais de saúde, em geral, foram criados pelos municípios apenas para atender a exigência formal da Lei 8.080/90²⁵ com o objetivo de ter acesso aos diversos programas federais, sem nenhuma preparação ou discussão com a sociedade civil. Desse modo,

²⁵Lei 8.080/90, art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

favoreceu-se a sua baixa credibilidade, permanecendo sob o controle total dos prefeitos e grupos políticos. (Teixeira *apud* Carvalho & Teixeira, 2000; Noronha *apud* Carvalho & Teixeira, 2000).

O CMSS não escapa a essa situação. Com o processo de municipalização em andamento no final da década de oitenta, os gestores do município de Salvador se viram impulsionados a criar o seu conselho municipal de saúde com o objetivo de estar apto para o processo de adesão ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) já que este seria um dos principais requisitos para referida ação²⁶. Pode-se constatar o dito anteriormente através da fala do secretário de saúde de então, em relação à criação do Conselho na 1ª Reunião Ordinária do CMSS que teve como pauta única a implantação do conselho municipal de saúde.

[...] por isso, hoje, nessa reunião do CIMS ampliada, uma reunião **do ponto de vista técnico é necessária para que o Município caminhe a adesão ao Sistema Unificado de Saúde**. São pontos técnicos importantes, a saúde tem que ser unificada. Temos que firmar o termo de adesão. [...] **Iremos aprovar à ata desta reunião e desencadear esse processo**, solidificar esse conselho como órgão máximo da discussão e direção, o nó das ações de saúde da cidade de Salvador (Secretário de Saúde, Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMSS de 29 de Setembro de 1987) (grifos meus)

Outro aspecto que vale a pena salientar é que os conselheiros representantes dos usuários terem sido nomeados e não escolhidos através da realização de um verdadeiro processo democrático por meio da organização da sociedade civil. Esta situação trouxe como consequência a utilização, num primeiro momento, deste espaço democrático como forma de valorizar um grupo político determinado. Isto pode ser constatado quando, ao analisar a ata de criação do CMSS, se verifica que só um partido político foi convidado a participar da mesa principal durante a solenidade da criação do conselho.

Gostaria inicialmente agradecer ao Secretário de Saúde o convite para fazer parte da mesa, manifestar em nome da **bancada do PMDB** a nossa satisfação por verificar que o Vereador Sérgio Olivais, atual secretário de saúde, não esqueceu dessa Casa Legislativa. [...] **Achamos que o nosso partido, o PMDB** estará sempre disponível para apoiar

²⁶ Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Resolução 03/87. *Diário Oficial do Estado*: 37-38, 1/11/87.

um processo de integração política inter-institucional (Líder do PMDB, Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMSS de 29 de Setembro de 1987). (grifos meus)

Importante salientar que os conselhos de saúde, embora se situem na estrutura do Estado, não são espaços meramente estatais nem instrumentos do gestor do município. Tampouco são espaços unicamente comunitários, mas uma área de interação entre o Estado e a sociedade civil que busca atender as necessidades locorregionais em saúde. Para este fim, uma reivindicação central dos conselhos de saúde tem sido garantir a autonomia tanto no aspecto político como no financeiro, evitando que este colegiado atue em benefício de um determinado grupo. Assim, o grau de autonomia que o conselho possui pode indicar a capacidade deste na tomada de decisões, independente de pressões e interesses externos. No caso do CMSS, observa-se que este colegiado no seu período de implantação não possuía a autonomia política nem financeira. A idéia de autonomia do CMSS, segundo as atas analisadas, só se explicitou a partir do IV período²⁷, ou seja, dez anos após da sua criação. Na ata da 131ª Reunião Ordinária do CMSS de 19 de maio de 1998 a conselheira representante do Sindicato de Trabalhadores em Saúde da Bahia (SINDSAUDE), citou a necessidade de dotar o conselho de uma estrutura mínima a fim de conferir-lhe autonomia financeira e política. Na mesma direção, é registrada a fala do conselheiro representante do Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CRO-BA) que chamou atenção para a necessidade de garantir para o CMSS uma verba para que este pudesse ter autonomia em sua atuação. (Ata da 136ª Reunião Ordinária do CMSS de 08 de setembro de 1998).

Esta necessidade fez com que, conforme a ata da 150ª Reunião Ordinária do CMSS de 09 de junho de 1999, os conselheiros aprovassem a realização de uma oficina interna com o objetivo de discutir basicamente o funcionamento e a autonomia do CMSS.

Desde então, o crescimento político e administrativo do CMSS evidenciava o poder autônomo como órgão autônomo e fiscalizador das políticas em saúde. Devido a isto, o relacionamento com a Secretaria Municipal

²⁷ É importante lembrar que neste período a Presidência do CMSS estava a cargo do Padre André Seutin eleito pela plenária.

de Saúde, nesse período, foi conflitante, evidenciando-se fortes pressões municipais sobre o mesmo. Constata-se tal situação por meio das falas de diferentes conselheiros, dentre os quais se pode destacar o manifestado pelo conselheiro representante da Associação de Renais Crônicos da Bahia (ACREBA) que afirma ter

[...] observado que as decisões do CMSS, inclusive muitas por unanimidade, não estavam sendo respeitadas por parte da SMS, fazendo do conselho o papel de mero homologador das demandas (Ata da 134ª Reunião Ordinária do CMSS de 11 de agosto de 1998)

Na mesma reunião a representante do Fórum de Mulheres, chamou a atenção do plenário para que o CMSS realmente assumisse o seu papel e cobrasse da Secretaria Municipal de Saúde o respeito às suas decisões.

Por sua parte, a representante do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia – COREN/BA ressaltou que a função de um conselheiro não deve ser só a de receber papéis e aprovar planos e projetos (Ata da 239ª Reunião Ordinária do CMSS de 17 de Julho de 2004).

De fato, tanto a análise efetuada neste estudo, como nos realizado por Fuks (2005) e de Guizardi & Pinheiro (2006) reafirma-se que o caráter deliberativo dos conselhos municipais de saúde é muitas vezes afetado pela interferência do poder Executivo, ferindo a autonomia dos mesmos.

Ao estudar o comportamento político dos diversos setores no processo decisório do Conselho Municipal de Curitiba durante o seu funcionamento, Fuks (2005) evidenciou que as deliberações deste conselho deveriam ser homologadas pelo poder Executivo antes de serem publicadas oficialmente, sendo essa situação devido à falta de clareza na definição legal do caráter deliberativo dos conselhos.

No estudo realizado por Guizardi & Pinheiro (2006), no Estado de Espírito Santo, encontra-se outro exemplo da relação entre o conselho e o poder Executivo, onde se destaca a visão que os representantes do segmento dos usuários têm deste último. Segundo o referido estudo, os representantes deste segmento perceberam os representantes da gestão como um segmento que tenta transformar o conselho em um espaço burocratizado, restrito à

aprovação de verbas, compreendendo o conselho como um espaço que apenas referendava o que chegava.

Em relação ao CMSS, outro depoimento relevante registrado foi a do representante da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (AHSEB) que expressa seu descontento ao afirmar que

[...] o papel do CMSS de acompanhar as ações não esta sendo satisfatório em função da falta de decidido apoio da SMS ao CMSS para o exercício do seu papel de fiscalização (Ata da 136ª Reunião Ordinária do CMSS de 08 de Setembro de 1998)

Neste sentido, a representante do Fórum de Mulheres expressou na mesma reunião que tinha percebido

[...] ao longo do tempo, em relação ao caminho que a política de saúde do município vem tomando, percebe-se que, em alguns momentos, o CMSS está indo num rumo e a parte executiva, onde se elaboram as questões de saúde, está num outro rumo. [...] os diferentes órgãos da SMS, deveriam estar em intercâmbio com o CMSS constantemente e não apenas pontualmente. (Ata da 134ª Reunião Ordinária do CMSS de 11 de Agosto de 1998)

Cabe destacar que em Salvador, no quarto período, a relação entre o CMSS e a SMS agravou-se devido à ausência da prestação de contas por parte da SMS no ano 1998 e a não disponibilidade de documentos para que o CMSS passasse a realizar a essa tarefa.

Esta situação fez com que o CMSS reagisse, assumindo o seu papel de fiscalizador. Com este tipo de ações o CMSS faz oposição ao patrimonialismo, forma de gestão característica da política baiana. Diante tal circunstância, o CMSS reage à relação de subordinação em relação de governo vigente, conforme afirmou Noronha (*apud* Carvalho & Teixeira, 2000).

No mesmo período, os representantes do segmento dos gestores tentam impor seu ponto de vista em relação às “reais” atribuições do CMSS, valendo-se do poder técnico-administrativo para justificar o posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador em relação à prestação de contas acima mencionada.

O CMSS precisaria rever o seu papel. A SMS não teria nenhuma nebulosidade em suas contas, e que **o CMSS poderia fiscalizar e analisar tudo o que desejaria desde que autorizado pela secretária**, salvo auditor o que seria de

competência do tribunal de contas (representante da SMS, Ata da 144ª Reunião Ordinária do CMSS de 24 de Fevereiro de 1999). (grifos meus)

Diante desta distorção interpretativa do papel do CMSS pelos gestores municipais, foi esclarecido pela representante da Universidade Federal da Bahia (UFBA) que

[...] não se pode confundir o papel de controle social da gestão dos gastos públicos com o processo de auditoria e que o CMSS pode sim solicitar uma auditoria em caso de suspeita de denúncia e sugeriu a comissão, colocando-se a disposição para tal, de realizar-se a apreciação das contas num processo mais avaliativo, ou seja, o que é que realmente aprovou-se, em que estaria sendo gasto o recurso, se estaria sendo de acordo com o aprovado no plano de saúde de acordo com a NOB (representante da UFBA, Ata da 144ª Reunião Ordinária do CMSS de 24 de Fevereiro de 1999).

A participação ativa do CMSS nos problemas de saúde do município; assim como o 'incômodo' que gerou para a SMS, somado à 'perda do controle' desta sobre o conselho, levaram o prefeito em exercício a realizar uma intervenção direta na estrutura do CMSS a partir de 01 de Janeiro de 2001. Para que isso fosse possível o prefeito utilizou-se de aparatos legais como as recomendações dadas pela Resolução N°33 do Conselho Nacional de Saúde, onde está registrado que o número ideal de conselheiros membros não devia ser inferior a 10 nem maior que 20. Porém, a autoridade municipal deixou de lado as recomendações do mesmo documento, de que a definição da composição numérica do Conselho dependeria da situação de cada município e da sua discussão com o conjunto dos segmentos. Isso evidencia uma manobra da autoridade municipal que significa um retrocesso nas conquistas realizadas pelo CMSS na conjuntura anterior.

De fato, foi aprovado pela Câmara Municipal o projeto de lei N°. 5845 de 15 de dezembro de 2000, visando reduzir de 32 para 16 o número de membros e definir que a presidência do CMSS não fosse mais eleita pelos próprios conselheiros. Desta forma, dissolveu-se o conselho e se destituiu do cargo de presidente o Padre André Seutin (representante da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Salvador), eleito regularmente pelos próprios conselheiros. Em seu lugar, nomeou-se a então secretária de saúde Aldely Rocha como a nova presidente. Diante da mobilização política junto a vereadores de oposição e ao

Ministério Público Federal, o Executivo manteve a redução do número de membros do conselho para 16, mas pactuou que os conselheiros seriam escolhidos por votação.

Esta situação configura um retrocesso na trajetória do CMSS como uma organização democrática e participativa. Concordando com Stralen *et al.* (2006) a permanência do secretário de saúde como presidente do conselho representa uma possível restrição da autonomia do mesmo, uma vez que em muitos casos são eles que definem as agendas das reuniões. Assim procedendo, muitas vezes, priorizam as demandas do Ministério da Saúde ou do Conselho Nacional de Saúde e deixam em segundo plano aquelas procedentes dos usuários locais.

Desta forma, como afirma Pedrosa (1997), a constituição e manutenção dos conselhos de saúde resultam, em sua grande parte, na extensão do poder executivo que, com posições políticas conservadoras, obstruem mecanismos democráticos de participação.

Importante ressaltar que, embora mantendo-se as diretrizes de 2001 resultantes da alteração do Regimento Interno, a partir de 2005, com a mudança da gestão municipal e a participação mais ativa dos diferentes segmentos representantes da sociedade civil organizada, pode-se observar o fomento de iniciativas voltadas, para uma nova alteração do Regimento Interno do Conselho a fim de ampliar os espaços de participação.

4.2. Regularidade de funcionamento do CMSS

Em relação à dinâmica do conselho, observa-se que, apesar das dificuldades anteriormente expostas, a regularidade das reuniões do CMSS é uma característica presente nos seus diferentes períodos/conjunturas. A periodicidade das reuniões do CMSS difere do observado em grande parte dos conselhos de saúde. Segundo Carvalho (1995), em 1993, apenas 55% dos conselhos municipais de saúde reunia-se com frequência média de uma vez ao mês, limitando a participação da sociedade civil na tomada de decisões pertinentes ao conselho.

Entre 1987 e 2006, o CMSS realizou 276 reuniões tanto de caráter ordinário como extraordinário. (Tabela 2), o que representa uma média de 1,24

reuniões por mês. Foram realizadas em média, uma reunião a cada 25 dias, apesar de não cumprir com a proposta inicial de um encontro quinzenal ou semanal conforme registro na Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMSS de 29 de Setembro de 1987. O CMSS vem-se consolidando como uma unidade social, coordenada de forma consciente que funciona numa base relativamente contínua, visando atingir um objetivo em comum. Nesta perspectiva, a partir do discutido por Robbins (apud Zanelli *et al*, 2004), o CMSS apresenta características fundamentais que o constituem como uma organização, já que a situação de saúde do município representa o eixo que orienta as suas discussões.

Desde a institucionalização do CMSS observa-se que o número de reuniões do CMSS nos diversos períodos, varia numa media entre 0,9 e 1,9 reuniões por mês como exposto na Tabela 2. Note-se que o período que teve maior número de reuniões foi o quarto, o que coincide com o fato de ser o único período em o presidente do conselho era escolhido pela plenária.

Tabela 2

Freqüência de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Salvador por período

	PERIODO					
	I (1987-1988)	II (1989-1992)	III (1993-1996)	IV (1997-2000)	V (2001-2004)	VI (2005-2006)
Nº de meses dos períodos	15	48	48	48	48	15
Nº total de reuniões	19	43	45	73	67	29
Média de reuniões por mês	1,2	0,9	0,9	1,5	1,4	1,9

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006)

Das 206 atas que foram trabalhadas encontrou-se que 151 reuniões foram de caráter ordinário, o que representa o 73,3% do total destas, e daria pelo menos uma reunião ordinária a aproximadamente cada 40 dias. Verifica-se que em todos os períodos do conselho as reuniões ordinárias superam em 50% do total de reuniões, sendo que no terceiro período as reuniões ordinárias

alcançaram 88,9%, o que dá uma média de uma reunião ordinária a cada 35 dias aproximadamente (Tabela 3). Seguindo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 333 (quarta diretriz, item 4), os conselhos deveriam ter uma reunião de caráter ordinário por mês, aspecto que não é cumprido pelo CMSS. Isto devido em parte, à sua característica de ‘conselho nômade’ descrito por Noronha (*apud* Carvalho & Teixeira, 2000), na realização dos seus encontros, já que não possui uma infra-estrutura adequada à realização das suas reuniões, sendo realizadas em diversos lugares e sendo sua definição com um tempo muito próximo da sua realização, limitando a capacidade de planejamento, tanto para o suporte administrativo como para os próprios membros que participam.

Tabela 3

Frequência de reuniões de caráter ordinário e extraordinário do Conselho Municipal de Saúde de Salvador por período

	PERIODO					
	I (1987-1988)	II (1989-1992)	III (1993-1996)	IV (1997-2000)	V (2001-2004)	VI (2005-2006)
Reuniões Ordinárias	12	28	40	49	17	5
%	63,2	65,2	88,9	73,1	73,9	55,6
Reuniões Extraordinárias	7	15	5	18	6	4
%	36,8	34,8	11,1	26,9	26,1	44,4

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006)

Embora a frequência regular das reuniões do CMSS ocorridas a pesar das várias ingerências, possa sugerir que o colegiado se manteve ativo ao longo da sua trajetória, a análise dos seus componentes e atividades desenvolvidos nos diferentes períodos poderão indicar melhor o significado desses dados.

4.3. Composição do Conselho

A composição do CMSS passou por diversas modificações desde a sua constituição. As alterações a serem analisadas referem-se à composição numérica do CMSS e também à dinâmica da representação dos seus membros.

No que se refere ao número de pessoas que fazem parte do CMSS, durante os primeiros quatro períodos (1997 – 2000) o número de organizações titulares que participaram foi igual ou superior a 30 e nos dois seguintes (2001-2006) diminuíram a 16 devido, à mencionado reestruturação feita em 2000 (Tabela 4). Ainda que a presença de um número maior de organizações membros do Conselho não garanta uma efetiva participação, ela permite maior interlocução com diferentes organizações sociais com o objetivo de multiplicar lideranças e atrair novos atores interessados em participar da gestão pública. Desta forma, as entidades participantes podem influenciar na definição dos rumos e das prioridades que as políticas de saúde do município devem seguir, de modo a defender os interesses do segmento que representam.

4.3.1. Eleição do Presidente do CMSS e participação cidadã

Em relação à presidência do CMSS, só nos dois primeiros períodos houve mais de um presidente devido ao afastamento do Secretário de Saúde do município (Tabela 4). No primeiro caso, Sergio Olivais deixa o conselho municipal e com consequência a presidência do CMSS para candidatar-se a vereador, tendo assumido o dito cargo a nova Secretária Municipal de Saúde: Lealdina Chaves de Barros. (Ata da 11ª Reunião Ordinária do CMSS de 03 de Maio de 1988). Já no segundo caso, Décio Sant'ana deixa o cargo de Secretário Municipal de Saúde e, por consequência não mais preside o CMSS, assumindo o cargo Helene Guimarães Espinosa, então secretária municipal de saúde (Ata da 36ª Reunião Ordinária do CMSS de 06 de Novembro de 1990).

Caso contrário aconteceu no terceiro período, quando a plenária decidiu elaborar um documento dirigido à Prefeita em exercício, Lídice da Mata, para sugerir a continuidade de Eduardo Mota como Secretário de Saúde e, por conseguinte participante do CMSS no cargo de presidente. (Ata da 74ª Reunião Ordinária do CMSS de 05 de Abril de 1994). Do exposto depreende-se

que o CMSS posicionou-se frente a essa mudança, passando a ser capaz de atuar independente do Poder Executivo, ou seja, altera a visão de que este poder é o responsável por organizar a composição e impor a dinâmica ao CMSS.

Tabela 4

Mudança na composição do Conselho Municipal de Saúde de Salvador por período

Nº DE MEMBROS E PRESIDENTES DO CMSS POR PERIODO						
	I (1987-1988)	II (1989-1992)	III (1993-1996)	IV (1997-2000)	V (2001-2004)	VI (2005-2006)
Nº de Membros	30	30-32	32	32	16	16
Nº de Presidentes	2	2	1	1	1	1
MUDANÇA DE PARTICIPANTES POR PERIODO						
	I (1987-1988)	II (1989-1992)	III (1993-1996)	IV (1997-2000)	V (2001-2004)	VI (2005-2006)
Mudança de organizações participantes	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mudança de representantes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006).

Note-se que o cargo de presidente do CMSS continuou vinculado diretamente ao Poder Executivo do município. Mas, é a partir da metade do terceiro período que o Conselho passa a tomar decisões sobre sua conformação. De fato, surgem diversas iniciativas por parte dos representantes dos usuários para rever a indicação/eleição do presidente do Conselho, bem como dos representantes do segmento de usuários que até então era nomeados pelo Poder Executivo.

Nesse sentido posicionou-se o representante do Sindicato dos Trabalhadores em Entidades Sindicais (SINDES) que afirma que

segundo as recomendações do CNS o presidente do CMSS deveria ser eleito em plenária, sendo se necessário, rever esta

questão. (representante do SINDES, Ata da 64ª Reunião Ordinária do CMSS de 16 de Fevereiro de 1993).

Já na 71ª reunião do dia 14 de Setembro de 1993 foi discutida a possibilidade de que o presidente do CMSS fosse escolhido entre os membros do conselho, em reunião plenária. Esta posição se manteve por todo o terceiro período reforçando-se, mais ainda, quando por unanimidade foi decidido à necessidade de fortalecer o CMSS como uma organização autônoma.

Desta forma, sugeriu-se que a eleição do novo presidente fosse realizada antes da mudança de gestão, garantindo assim a independência do CMSS. (Ata da 103ª Reunião Ordinária do CMSS de 17 de Novembro de 1996). Ao não conseguir consenso entre os conselheiros sobre o assunto, na última sessão do ano 1996, a plenária decidiu eleger um novo vice-presidente que tomaria posse como presidente interino a partir da primeira reunião de 1997. Isto, com a finalidade de assegurar a continuidade do funcionamento do Conselho diante do início de uma nova gestão municipal. É assim que o Padre André Seutin foi eleito por unanimidade para este cargo por ser o conselheiro mais antigo do Conselho, requisito estipulado na hora da eleição.

Com a nova gestão municipal a idéia de eleição do presidente do CMSS só foi concretizada na sua 111ª reunião do dia 08 de abril de 1997 quando o Padre André Seutin, representante da Pastoral de Saúde, venceu a votação com 16 votos a favor contra 10 votos para a então Secretária Municipal de Saúde e uma abstenção, sendo que 6 organizações não compareceram. Pode-se considerar este fato como um grande ganho no que diz a respeito à participação da sociedade civil dentro do CMSS.

Como mencionado anteriormente, a partir do quinto período (2001-2004), início do segundo mandato do então Prefeito Antônio Imbassay, o cargo de presidente deixa de ser eleito diretamente pela plenária do Conselho e vincula-se novamente à função de Secretário de Saúde o que significa como comentado acima, um retrocesso no processo de uma participação democrática.

4.3.2. Participação das organizações da sociedade civil

Em relação à participação dos segmentos das organizações no CMSS no decorrer do seu funcionamento existiu uma dinâmica rotatividade das mesmas. Cabe ressaltar que muitas das mudanças foram realizadas com a finalidade de ter no do Conselho entidades capazes de discutir temas relevantes em relação às necessidades de saúde do município. Exemplo disto é o caso da Empresa Baiana de Águas e Saneamento (EMBASA), que no ano de 1992 foi convidada formar parte do Conselho diante da necessidade de se discutir o saneamento básico da cidade de Salvador. (Ata da 58ª Reunião Ordinária do CMSS de 07 de Julho de 1992).

Mesmo com a forte ingerência do poder Executivo durante os primeiros anos de funcionamento do CMSS, ressalta-se que a participação das entidades representantes dos usuários passou, mais uma vez, por um processo paulatino de democratização. Observa-se que num primeiro momento a participação destas, como comentado anteriormente, dependia diretamente da designação do Poder Executivo, situação que ainda se mantém em grande parte dos municípios, onde o Prefeito exerce seu poder para nomear não apenas a representação governamental, mas também a representação da sociedade (Teixeira, *apud* Carvalho & Teixeira, 2000, p. 116).

A partir do segundo período determinou-se a participação das organizações da sociedade civil através do consenso da plenária. Ou seja, toda entidade que pretendesse fazer parte do CMSS estava sujeita a um processo de debate dentro do próprio conselho sobre a sua incorporação ou não. A prática de designar as entidades representantes da sociedade civil se manteve durante todo este período. Têm-se como exemplos a discussão sobre incorporação das Associações de Bairro, da Associação Brasileira de Engenheira Sanitária Ambiental (ABES), da Pastoral de Saúde, da Associação Brasileira de Deficientes Físicos (ABADEF), dentre outras acontecidas em 1991 (Ata da 41ª Reunião Ordinária do CMSS de 05 de Março de 1991).

No ano de 1993 houve no CMSS um claro avanço na ampliação da participação da sociedade civil organizada. Nesta oportunidade o colegiado aprovou, com 10 votos a favor e 4 contra, que os representantes dos usuários

seriam escolhidos no fórum da próxima Conferência Municipal de Saúde (Ata da 68ª Reunião Ordinária do CMSS de 01 de Junho de 1993).

A fim de fortalecer a participação da sociedade civil deu-se início, durante o quarto período, a estratégia de rotatividade da titularidade das entidades participantes do CMSS, cujo período de mandato é de dois anos (Regimento Interno do CMSS de 1991). Desta forma, no segundo ano de mandato, a entidade que exercia a titularidade passaria a ser a suplente e, a suplente assumiria a titularidade do segmento que representa.

Para a suplência do MORHAN foi definida, após avaliação, a AMMB, reforçando-se que esta seria suplente em 2000 e titular em 2001 [...] Foi definido que no ano 2000 a titularidade seria da UNEGRO e no ano 2001 do MNU (Ata da 160ª Reunião Ordinária do CMSS de 15 de Janeiro de 2000).

Este sistema de rotatividade permaneceu durante os períodos seguintes o que permitiu uma maior representatividade entre as demandas dos diferentes grupos da sociedade civil e influenciaram as iniciativas da SMS em prol da saúde do município.

Observa-se que a maior rotatividade das organizações se deu no segmento dos usuários, devido provavelmente às mudanças das demandas sociais e ao incremento do interesse dos vários segmentos da sociedade civil organizada em participar de um espaço onde poderiam apresentar suas demandas.

Finalmente, é importante mencionar que, no início do funcionamento do CMSS, os Sindicatos de Trabalhadores da Saúde pertenciam ao segmento dos usuários como consta na ata da 41ª Reunião Ordinária do CMSS de 05 de março de 1991. Nesta ata observa-se que o Sindicato dos Médicos da Bahia (SINDIMED) é nomeado para representar o segmento dos usuários. Já na ata 276ª Reunião Ordinária do CMSS realizada o dia 03 de Maio de 2006 observa-se que Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia (SINDSAÚDE) forma parte das organizações que representam os profissionais de saúde.

Com isto, evita-se o 'substituísmo' que significaria que entidades pertencentes a um outro segmento se transformem em porta-vozes de outros (Teixeira, *apud* Carvalho & Teixeira, 2000). Impede-se assim a desfiguração da

representatividade no CMSS e a concentração da participação de determinados grupos, que mesmo tendo interesses similares carregam consigo visões e demandas específicas dos seus representados. Tal situação poderia ter como conseqüência a perda de um processo de deliberação coletiva dentro do CMSS, correndo o risco de que este perca a vinculação orgânica e efetiva com as suas bases sociais.

4.3.3. Mudanças nos representantes das organizações membros do Conselho

Em relação aos representantes das organizações que vêm participando do CMSS, percebe-se que em todos os períodos do Conselho houve mudanças deles (Tabela 4). Conforme as atas pode-se afirmar que estas mudanças se deveram, fundamentalmente, ao fato de entidade não ser mais membro do CMSS, mas existiram casos em que se deveu a fatores, como o indivíduo assumir outros cargos de gestão, motivos de ordem pessoal ou desvinculação da instituição que representavam. Estas mudanças trouxeram algumas discontinuidades no funcionamento do CMSS e no desenvolvimento das suas atividades internas e externas, já que geralmente os usuários estavam participando de comissões ou representando ao CMSS em outras instituições.

Por outro lado, é imperioso ressaltar que muitos dos conselheiros permanecem no CMSS por muitos anos, situação que não seria rara a não ser pelo fato destes representarem instituições distintas em períodos distintos. Esse é o caso, por exemplo, do conselheiro que em um primeiro momento representava a Fundo Nacional de Saúde (FNS) e em um outro o Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (SINTSEF) – entidades que representavam segmentos diferentes. Ainda, um conselheiro representante dos usuários que, na sua primeira participação no conselho representou a Organização Mente Fértil e posteriormente a CONFESPI, dentre outros. É importante estar atento a esta situação devido a que, como afirmam Stralen *et al.* (2006), a baixa rotatividade dos conselheiros poderia gerar um distanciamento entre representados e representantes. Outra conseqüência é o

fato de criar 'conselheiros profissionais', que participam em mais de um destes colegiados o que empobreceria sua participação nestas arenas.

É importante observar, também, as dificuldades de alguns dos conselheiros em participar ativamente das reuniões e ações, devido substancialmente à

[...] não liberação destes dos seus empregos para participarem das atividades do CMSS, a exemplo de [dois conselheiros], ocorrendo problemas de descontos de faltas, advertência e até suspensão em função de tal participação (Ata da 142ª Reunião Ordinária do CMSS de 20 de janeiro de 1999).

Ambos conselheiros representam entidades dos usuários e apesar de se considerar a atividade como de relevância pública, não conseguem ter facilidades para exercer sua função.

[...] a presença da comunidade é uma presença que depende de decisões autônomas e espontâneas das pessoas que se dispõem a participar. A presença do governo não acontece do mesmo jeito, a participação é por assim dizer compulsória. O representante do governo é pago porque existe uma orientação política para participar dos Conselhos. Na comunidade é diferente: trata-se de abertura de espaços que podem ou não ser ocupados pela cidadania (Entrevista com Celso Daniel apud: Carvalho & Teixeira, 2000)

Aliais a participação dos representantes dos usuários é voluntária e por isso o CMSS deve garantir as condições mínimas para que eles participem das suas atividades, enquanto para os representantes governamentais esta participação faz parte de suas funções. Segundo a Resolução N°.33 do CNS, é proibida a remuneração de qualquer conselheiro pelas atividades exercidas no âmbito do Conselho, mas torna-se fundamental procurar meios de possibilitar aos representantes dos usuários uma real participação que terá como consequência um significativo desempenho do colegiado.

Outro fator que afeta a participação no CMSS é o grau de conhecimento técnico, que seus membros possuem. Cabe ressaltar que existe uma grande diferença entre os distintos conselheiros no que se relaciona à capacitação.

[...] os representantes governamentais [...] têm capacitação específica [...]. Já os representantes sindicais e de usuários nem sempre são profissionalizados, e quando o são, têm que estar presentes em vários conselhos, sem tempo para se preparar para tanto (Entrevista com Celso Daniel apud: Carvalho & Teixeira, 2000)

Esta dificuldade por parte dos usuários pode ter duas causas principais: falta de capacitação técnica e política para ocupar espaços de proposição, negociação política, e a criação de obstáculos à sua participação, interpostos pelos próprios gestores ao apresentar de forma pouco esclarecida os temas em questão ou a utilização de uma linguagem excessivamente técnica. (Stralen et al., 2006, p. 623-624).

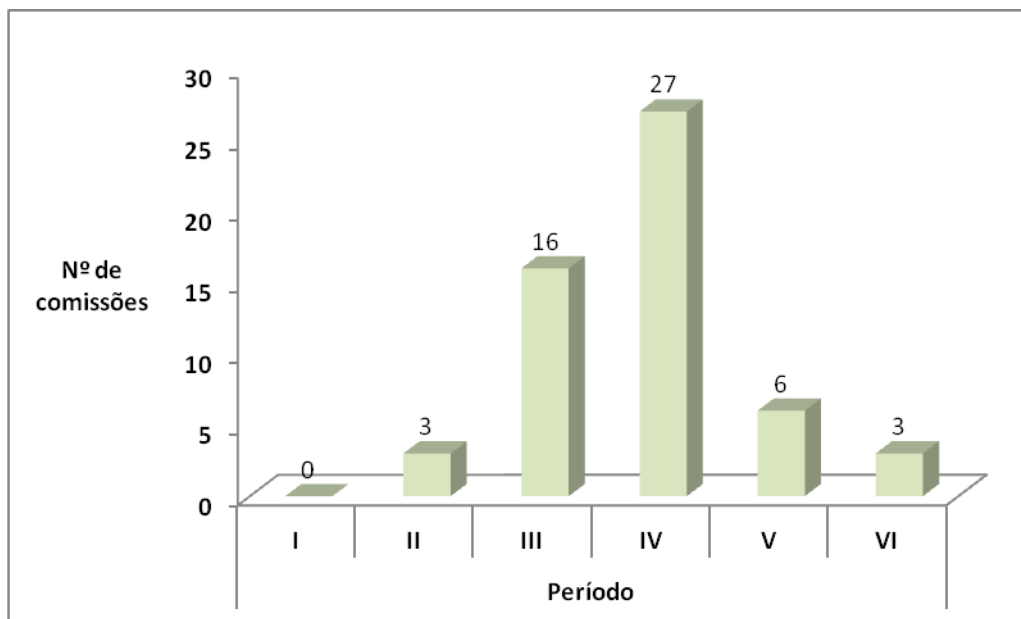
Em relação à capacitação dos conselheiros, de acordo com as atas trabalhas, observa-se que nos três primeiros períodos, o CMSS não apresentou nenhum tipo de ação neste sentido. Só a partir do quarto período nota-se que o CMSS realiza algumas experiências de capacitação interna, como por exemplo, o convite feito ao economista G. Avena para dar uma aula aos conselheiros sobre orçamento público (Ata da 134ª Reunião Ordinária do CMSS de 11 de Agosto de 1998). Outra ação de relevância, iniciada neste período e continuada nos seguintes foi a constituição do curso anual de capacitação de conselheiros. A formação para conselheiros, segundo Stralen *et al.* (2006), vem-se dando de modo permanente em vários municípios. Isto denota o incremento do interesse por parte dos conselheiros para se capacitar, com o objetivo de ter um melhor desempenho em suas funções.

4.4. Conselho e comissões do CMSS

As comissões dentro dos conselhos de saúde tem o objetivo fornecer subsídios na discussão de determinados temas relacionados à saúde ou as ações desenvolvidas pelo próprio conselho, assessorando-os para a deliberação na formulação de estratégias e controle da execução de políticas públicas de saúde.

Em relação à participação dos conselheiros nas comissões criadas durante o funcionamento do CMSS, observa-se que há um incremento no número destas, no decorrer dos anos conforme demonstra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Número de comissões por período do CMSS



Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006).

Na sua primeira etapa, o CMSS direcionava suas ações para a implantação, funcionamento e criação do seu regimento. Devido a isto, não foi necessário a criação de nenhuma comissão, já que as deliberações tomadas estavam em torno, principalmente, a formalização do regimento interno do CMSS.

A criação das comissões só se deu a partir do segundo período do funcionamento do CMSS, na medida em que os temas a serem tratados foram-se diferenciando, tornando-se cada vez mais complexos e específicos. Assim mesmo, as atribuições e atividades exercidas pelo CMSS foram diversificando-se, surgindo, desta maneira, a necessidade de criação de comissões que tenham a finalidade de dar maior agilidade às decisões tomadas pelo Conselho a partir das suas próprias demandas e daquelas trazidas por outros segmentos da sociedade civil. Se se leva em conta a paridade do Conselho, em relação aos membros que o compõem, destaca-se que neste período, a participação dos representantes do segmento dos gestores nas comissões alcança 30,8% do total, o que poderia representar um envolvimento maior deste segmento, talvez pela familiaridade que possuem ao ser oriundos de instituições onde esta forma de trabalho é comum. (Tabela 5).

Tabela 5

Frequência de participação nas comissões por segmento nos diferentes períodos

Período	Segmentos								Total ²⁸
	Gestores		Usuários		Profissionais		Prestadores de Serviço		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
I (1987-1988)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II (1989-1992)	4	30,8	6	46,2	2	15,4	1	7,7	13
III (1993-1996)	8	11,9	55	82,1	3	4,5	1	1,5	67
IV (1997-2000)	18	14,6	87	70,7	13	10,6	5	4,1	123
V (2001-2003)	4	16,7	10	41,7	8	33,3	2	8,3	24
VI (2004-2006)	2	14,3	7	50	4	28,6	1	7,1	14

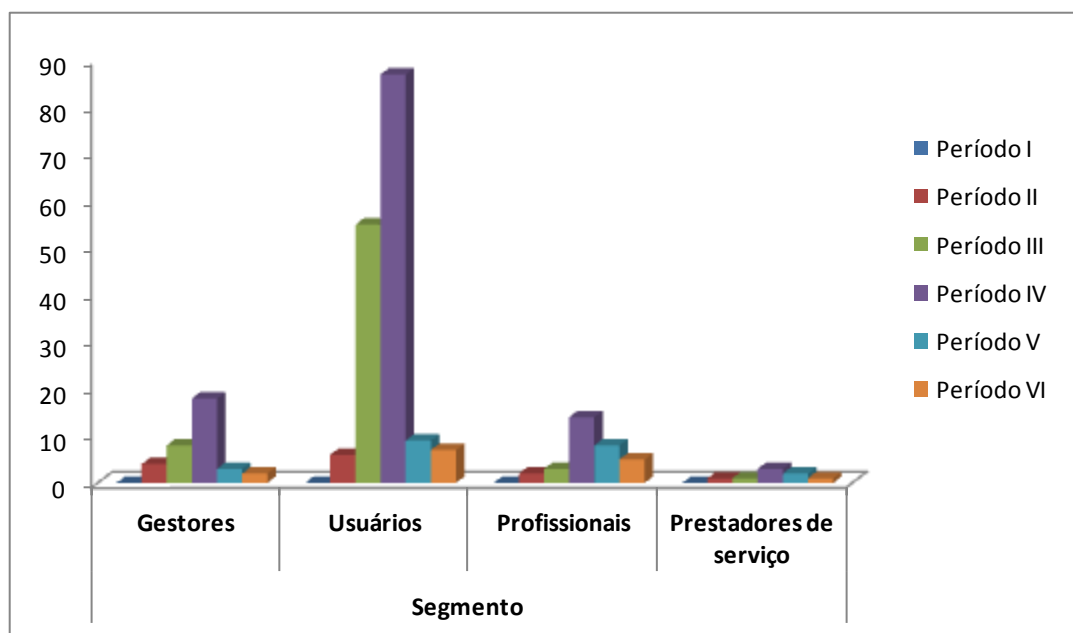
Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006).

Já no terceiro período houve um aumento significativo na criação de comissões chegando a 16. Estas estavam, geralmente, vinculadas à realização de eventos, conferências e realização de pareceres. Pode-se constatar que a participação dos usuários nesta etapa é notoriamente maior, chegando a ter 55 das 67 possíveis participações (82,1%) o que poderia ser entendido como uma possibilidade destes representantes assumirem uma conduta mais ativa nas atividades do CMSS.

No quarto período do CMSS, houve um incremento substancial do número de comissões, chegando a serem constituídas 27. Estas deram ênfase a temas relacionados com a estrutura e o regimento do CMSS; os eventos ou conferências e a elaboração de pareceres. Mais uma vez, o segmento de usuários mostrou-se como o mais participativo, com 70,7% de presença nas comissões criadas neste período. Além disso, pode-se destacar que neste período todos os segmentos tiveram uma frequência maior de participação (Gráfico 2).

²⁸ Ressalta-se que não foi possível identificar 2 participantes da III etapa e 1 da V etapa.

Gráfico 2 - Freqüência de participação nas comissões do CMSS por segmento



Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006).

Com as várias comissões do CMSS criadas e as dificuldades encontradas no funcionamento das mesmas, a exemplo da dificuldade de conciliar as agendas dos seus membros, mencionada na Ata da 140ª Reunião Ordinária do CMSS de 02 de dezembro de 1998, optou-se pela criação de mecanismos que possibilitassem maior eficácia e agilidade nas responder às demandas assumidas pelo CMSS. Criaram-se então comissões permanentes, mantendo-se o critério de paridade estipulado no regimento do CMSS com o objetivo de garantir a participação dos usuários no processo de tomada de decisões. Observa-se então, a constituição das seguintes comissões: Articulação entre Conselhos de Saúde, Ética e Acompanhamento, Finanças e Orçamento, Comunicação e Divulgação, Assuntos Especiais e Recursos Humanos. (Ata da 140ª Reunião Ordinária do CMSS de 02 de dezembro de 1998).

Apesar da criação das comissões permanentes, o número proporcional de comissões formadas durante os dois últimos períodos não diminuiu. Estas estavam geralmente relacionadas à organização de Conferências Municipais de Saúde o que pode demonstrar o caráter democrático destas.

Outro aspecto que vale a pena ressaltar é, que proporcionalmente, no quinto período a participação dos usuários diminuiu, talvez devido à redução do número de membros do CMSS, resultante da intervenção do gestor do município realizado no início do referido período. No caso do sexto período o CMSS se aproximou da paridade que buscou implementar nos períodos anteriores.

A ampliação do número de comissões e da participação direta dos representantes do segmento de usuários nestas sugere um maior envolvimento deste segmento na formulação e no controle das políticas públicas em saúde do município de Salvador (Gráfico 2).

A análise das comissões nesta pesquisa foi ao encontro de estudos anteriores no que se refere à baixa participação do segmento de prestadores de serviços nos conselhos de saúde (Gráfico 2). Fuks (2005) encontrou que para os prestadores de serviços do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMSC), este não constitui como uma arena relevante de ação política, uma vez que neste não se delibera com frequência assuntos de seu interesse. O autor considera que as reais decisões são tomadas em outros espaços. Assim, a função da presença do segmento de prestadores de serviço seria mais a de obstruir as ações do próprio Conselho do que encaminhar propostas que atendam aos seus interesses.

Quando se analisa o número de participantes que frequentaram pelo menos uma vez as comissões, observa-se que cada representante do segmento dos usuários participou proporcionalmente de um maior número de comissões. Isto indica que uma mesma pessoa participa de mais de uma comissão, assim como que mais de uma participante de uma mesma entidade participa do CMSS²⁹, como demonstra a tabela 6.

²⁹ Para maior entendimento ver o Gráfico 3 no Anexo 2.

Tabela 6

Número de participantes que frequentaram uma vez as comissões de entidades por segmentos

Período	Segmentos							
	Gestores		Usuários		Profissionais		Prestadores de Serviço	
	Participantes	Entidade	Participantes	Entidade	Participante	Entidade	Participante	Entidade
I (1987-1988)	0	0	0	0	0	0	0	0
II (1989-1992)	4	4	5	5	1	1	1	1
III (1993-1996)	5	5	31	24	2	2	1	1
IV (1997-2000)	10	6	31	22	3	3	2	1
V (2001-2004)	3	1	7	7	5	5	1	1
VI (2005-2006)	2	2	7	7	3	3	1	1

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006)

4.5. Atividades e funções dos Conselheiros no CMSS

Um aspecto intimamente ligado à criação das comissões que permite avaliar a participação dos diferentes segmentos que compõem o CMSS são as funções assumidas pelos conselheiros. Dentre as quais se destacam as funções de relator e parecerista. À diferença das comissões, a determinação destas funções só se dá no terceiro período, e resultam do volume de demandas que o CMSS possui. Entre outros elementos, este fato revela o crescimento do Conselho como uma 'organização viva' tornando-se cada vez mais complexa. Para tornar mais clara esta inferência, analisou-se cada período no qual foram encontradas este tipo de ações³⁰.

Em relação ao terceiro período o segmento dos representantes dos gestores assume a maior parte das atividades de relator e parecerista (58,8%),

³⁰ Pela escassa quantidade de atas analisadas não foram encontrados relatores ou pareceristas.

como mostra a Tabela 7. Apesar deste segmento possuir um maior número de atividades, estas estão concentradas em apenas em duas pessoas. Situação similar é verificada nos outros segmentos participantes. Fato que pode evidenciar que, ainda neste período, a participação se apresenta centralizada em poucos membros do CMSS. Uma vez mais, destaca-se a não participação dos prestadores de serviço neste tipo de tarefas 'administrativas'.

Tabela 7

Conselheiros que assumiu atividades nas funções de relator ou parecerista no CMSS entre os anos de 1993 a 1996 (III Período)

Segmento	Conselheiro	Frequência de atividades	% por segmento
Gestor	Representante do Fundo Nacional de Saúde	7	58,8
	Representante da UFBA	3	
Profissional	Representante da ABM	3	17,6
Usuário	Representante do SINDES	2	23,5
	Representante da ACREBA	2	

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006)

Quando se observa a distribuição das atividades, no quarto período, a participação dos representantes dos usuários é majoritária, já que assumem 78,9% destas funções. (Tabela 8).

Destaca-se neste período a não participação do segmento de gestores, nem a de prestadores de serviço. Como a maioria das atividades se referia a prestações de contas ou relatórios das ações da Secretaria Municipal de Saúde pode se supor que a não participação do segmento dos gestores pode ter ocorrido para evitar ser juiz de um processo do qual fazem parte. Quanto ao segmento dos usuários e de profissionais a distribuição destas atividades, neste período, foi melhor distribuída entre os representantes das diversas

entidades, o que implica em uma despersonalização destas atividades, assim como, indica um incremento de motivação para participar ativamente dos afazeres administrativos do CMSS.

Tabela 8

Conselheiros que assumiu atividades nas funções de relator ou parecerista no CMSS entre os anos de 1996 a 2000 (IV Período)

Segmento	Conselheiro	Freqüência de atividades	% por segmento
Profissional	Representante do CRN	2	21,1
	Representante da ABM	2	
Usuário	Representante da CONFESPI	2	78,9
	Representante do SINDSAUDE	2	
	Representante do MUSM	2	
	Representante da Pastoral da Saúde	3	
	Representante do Fórum de Mulheres	4	
	Representante da FABS	2	

Fonte: atas das reuniões.

No que se refere ao quinto período, nota-se que é o segmento dos representantes dos gestores que, novamente, participa de forma mais ativa no que diz a respeito às funções de parecerista e relator, alcançando 42,9% destas (Tabela 9). Cabe mencionar que a distribuição destas atividades é diluída de forma homogênea entre as pessoas que participam isto sem levar em conta o segmento que representam. Como observado nas outras etapas, uma vez mais, o segmento dos prestadores de serviço não se encontra compartilhando o fazer destas incumbências, o que evidenciaria realmente a falta de interesse por participar ativamente do CMSS.

Tabela 9

Conselheiros que assumiu atividades nas funções de relator ou parecerista no CMSS entre os anos de 2000 a 2004 (V Etapa)

Segmento	Conselheiro	Frequência de atribuições	% por segmento
Gestor	Representante da SMS	2	42,9
	Representante da SEMIN	1	
Profissional	Representante da ABM	2	28,5
Usuário	Representante da ABIFIC	1	28,6

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006).

4.6. Participação do CMSS em eventos externos

Analisar como o CMSS participa dos eventos promovidos por outras instituições permitirá observar como sua relação com outras instâncias e o nível de capilaridade social alcançado durante o período de seu desenvolvimento.

Durante o período analisado o CMSS participou de um total de 31 eventos como evidenciado na Tabela 10. A pequena quantidade de eventos referidos – uma média de 1,6 eventos por ano – sugere que existe, possivelmente, uma sub-registro destes nas atas, tendo em vista a importância e mobilidade do presente Conselho dentro do cenário político baiano, no que se refere à saúde.

A análise das atas mostra que o CMSS teve uma maior participação de eventos no seu quarto período. É importante assinalar que a diferença deste período para os demais é marcadamente clara, já que neste o conselho participou do 74,2% dos eventos totais.

Destaca-se ainda o fato do CMSS, no período acima mencionado, ter utilizado formas de escolhas diferenciadas para garantir uma participação homogênea dos seus membros. O exemplo mais claro é o da escolha dos

representantes do Conselho para participar nos encontros de conselheiros realizados em Brasília. Esta escolha teve como critério nunca ter participado do referido encontro, o que possibilitou uma despersonalização e desconcentração das participações (Ata da 156ª Reunião Ordinária do CMSS de 13 de Outubro de 1999).

Tabela 10

Número de eventos externos em que CMSS participou por período

Tipo de evento externo	PERÍODO						Total
	I (1987-1988)	II (1989-1992)	III (1993-1996)	IV (1997-2000)	V (2001-2004)	VI (2005-2006)	
Conferências, Congressos e Seminários	0	0	2	4	2	0	8
Encontros	0	0	0	5	0	0	5
Debates	0	0	0	1	0	0	1
Cursos	0	0	0	1	0	0	1
Oficinas e capacitação para conselheiros	0	0	0	2	0	1	2
Plenárias	0	0	1	3	2	0	6
Sessões da Câmara Municipal	0	0	0	6	0	0	6
Audiências Públicas	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	0	0	3	23	4	1	31

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006).

Pode-se então afirmar que o quarto período caracterizou-se por uma ‘oxigenação’ da participação em diversos fóruns que o CMSS se fez presente.

Entre os tipos de eventos nos quais os membros do Conselho mais participaram estão aqueles relacionados às conferências, congressos e seminários, que representaram 25,8% dos eventos. Outros tipos de eventos que se destacaram foram as plenárias e sessões realizadas na Câmara Municipal, que representam 19,35% do total. Todavia chama atenção a baixa participação dos conselheiros em debates, cursos e audiências públicas. Estes três eventos juntos somente representam 9,6% dos diferentes tipos de eventos.

Durante todo o período estudado encontrou-se um total de 95 participações de conselheiros. Considerando que houve 31 eventos externos

nos quais o CMSS esteve presente, conclui-se que aproximadamente três conselheiros participaram por evento (Tabela 11). Vale ressaltar, entretanto, que no conjunto das participações estiveram presentes apenas 57 pessoas diferentes.

Tabela 11
Frequência de participação (FP) por segmento e número de participantes (P) que fizeram parte de pelo menos uma vez de eventos externos

Período	Segmentos										Total		
	Gestores		Usuários		Profissionais		Prestadores de Serviço		Não Identificados		FP	P	
	FP	P	FP	P	FP	P	FP	P	FP	P	FP	P	
I (1987-1988)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II (1989-1992)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III (1993-1996)	1	1	5	5	2	1	0	0	0	0	8	7	
IV (1997-2000)	4	1	47	23	8	2	2	1	16	16	77	43	
V (2001-2004)	1	1	6	3	1	1	0	0	0	0	8	5	
VI (2005-2006)	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	
TOTAL	6	3	60	33	11	4	2	1	16	16	95	57	

Fonte: atas das reuniões do CMSS (1987-2006).

Destaca-se que no quarto período deu-se um aumento significativo da participação em todos os segmentos e, especialmente entre os representantes dos usuários (63,15%) do total dos eventos, seguidos dos representantes dos profissionais (11,5%). Isto evidencia o interesse deste segmento em participar mais assiduamente das atividades do Conselho. Ainda pode-se observar a baixa taxa de participação do segmento de prestadores de serviço.

Nos dois últimos períodos analisados aqui, a participação dos diferentes segmentos segue a mesma direção. Ou seja, evidencia-se uma maior

participação dos usuários, seguida dos segmentos dos gestores e profissionais de saúde. Mais uma vez, observa-se a nula participação do segmento dos prestadores de serviço, situação que se repetiu nos diferentes períodos e nas outras categorias de análises.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que na atual conjuntura sócio-política pela que atravessa a cidade de Salvador, dar a conhecer a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Salvador, em relação à gestão pública participativa, teve como finalidade favorecer a consolidação e redirecionamento de passos já conquistados no processo de democratização, assim como, identificar novos espaços que o favoreçam. É necessário, portanto, manter uma atitude crítica em relação ao seu funcionamento para evitar o retrocesso ou estancamento deste processo.

Este estudo sugere uma mudança na compreensão dos Conselhos de Saúde como organizações paralisadas e inoperantes; subserviente e com pouca repercussão sócio-política, na qual a participação dos representantes dos usuários encontra-se enfraquecida. Da mesma forma, esta investigação aponta que para o segmento dos usuários, os Conselhos tornam-se espaços democráticos onde eles não só podem reivindicar seus direitos, senão que discutem diversos pontos de vista sobre o processo saúde-doença. A possibilidade dos segmentos dos usuários de se relacionar com os gestores públicos e com o segmento dos prestadores de serviço, pode gerar novos caminhos da saúde e exercer uma participação cidadã, levando em conta as características locorregionais. Neste sentido considera-se que esta pesquisa pode fornecer subsídios para outras investigações que pretendam examinar, de forma mais minuciosa, a realidade das condições específicas em que se encontra a participação e controle social na saúde nas três esferas de governo e quais as estratégias podem potencializá-los.

Ao estudar a relação do CMSS com seu entorno, observou-se que este se constituiu, ao longo do tempo, como uma instância aberta, participando dinamicamente com fóruns sociais mais amplos - como são as conferências de saúde em seus diferentes níveis, o Conselho Nacional de Saúde, plenárias, entre outros – o que lhe possibilitou um maior conhecimento da conjuntura política nacional e uma melhor compreensão das necessidades de saúde do município. Essa interlocução permite ao CMSS um diálogo mais constante e

direto com a sociedade civil, o que pode vir a garantir uma melhor qualidade de participação cidadã e maior legitimidade do mesmo.

Todavia, cabe salientar que em Salvador, como em outras realidades latinoamericanas, o envolvimento da população na tomada de decisões das políticas a serem implementadas ainda é insuficiente para que esta assuma o papel de protagonista que lhe corresponde. Ademais, mostra-se que com o funcionamento do CMSS e a sua consolidação dentro do cenário político baiano, este vem-se constituindo, paulatinamente, como um espaço de luta pelo poder onde a participação cidadã está sendo exercida. Desta forma, com o aumento da qualidade e transparência deste dispositivo institucional é possível alcançar uma ingerência nos rumos da saúde do município.

Aprecia-se que o crescimento dos níveis de participação no quarto período do funcionamento do CMSS é decorrente de um processo histórico, explicitado no que se refere à democratização na escolha do seu presidente, dos conselheiros usuários e da participação como um todo. Cabe ressaltar que o quarto período caracteriza-se por níveis de participação marcadamente superiores aos outros analisados. Ao contrário, apesar da não disponibilidade de todas as atas referentes ao quinto período, diante da redução proporcional das ações e atividades do CMSS e da intervenção direta do poder executivo municipal, pode-se inferir que houve um retrocesso do processo de democratização da participação e controle social. Isso leva a supor que, caso a intervenção não tivesse ocorrido, a participação poderia ter sido intensificada e consolidada. As análises feitas neste estudo sugerem que o desenvolvimento da participação está associado à autonomia do CMSS perante o Poder Executivo municipal. Ao mesmo tempo, estas situações levantaram o seguinte questionamento: Que outros elementos podem contribuir para o desenvolvimento do processo participativo nos conselhos de saúde? Por conseguinte, é de fundamental importância observar o direcionamento que o conselho vem assumindo ao longo do tempo para assegurar a participação cidadã e analisar as ações que vêm adotando para garanti-la.

Na Bahia o uso do autoritarismo político, clientelismo e patrimonialismo, ferramentas herdadas talvez do conhecido 'coronelismo brasileiro', constituíram-se, por muitos anos, como uma estrutura cultural de poder, na

forma de uma ideologia sofisticada e persuasiva, de apelo popular e organicamente articulada à construção do imaginário nacional. Desta forma, muitos 'espaços democráticos' na cidade de Salvador nem sempre foram criados para garantir o diálogo entre o Estado e a sociedade, mas sim com a finalidade de forjar legitimidade de governantes diante da população, inclusive, como expressa Milani (2006), de servir freqüentemente a retóricas demagógicas e à manipulação política.

Portanto, pode-se observar que o processo de democratização da saúde em Salvador, por meio do CMSS, não escapa aos efeitos do padrão oligárquico de dominação e arbitrariedade que tem por fim supremo a reprodução e manutenção do poder da classe dominante, permitindo a institucionalização de mecanismos autoritários frente às organizações que tentam de alguma forma questionar e resistir aos atos de dominação. Trata-se de um lento processo de luta, vinculado ao processo político brasileiro, em especial da reforma sanitária, de ruptura com os padrões hegemônicos vigentes.

Mas as ideologias e grupos de poder mudam, como mudam os ventos. É assim que Dantas Neto (2003) considera que a Bahia, e por consequência Salvador, vem vivenciando, a partir da última década, a etapa denominada de *pós carlismo*³¹ onde a dinâmica da política baiana não transita simplesmente pelo padrão unipessoal e domínio de um grupo político e sim pela abertura democrática. Por isto, apesar das dificuldades apresentadas no decorrer do seu processo histórico, pode-se verificar que o CMSS mostra-se como 'organismo vivo', dinâmico e em continuo processo de mudança para dentro e para fora, com o objetivo de possibilitar o fortalecimento da participação cidadã e controle social de políticas públicas no setor da saúde.

³¹ Trata-se da superação de uma estrutura política fundada numa personalidade cuja proeminência, na política estadual, ditava os passos da situação e pautava os atos da oposição e sua substituição por uma outra dinâmica, ancorada numa competição política mais institucional, mesmo que, a princípio, bipolar, onde PFL e PT tendem a disputar, cada vez mais, o lugar do protagonista. (Dantas Neto, 2003:13)

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**; 27(63):63-73, Jan-Abr. 2003.

ALMA ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, URSS, 1978

ALVAREZ, M. C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, 18(1): 168-176. 2004

ASSIS, M. e VILLA, T. O Controle Social e a Democratização da Informação: Um Processo em Construção. **Rev Latino-am Enfermagem**; 11(3):376-82, Maio- Jun, 2003

BELTRANE, N. **O Conselho e Saúde do município de São João dos Campos, SP, com instrumento de proteção do direito à saúde**. Dissertação em Mestrado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003

BÓGUS, C. et al. Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo. **Saúde Soc**; 12(2):56-67, jul-dez. 2003.

BORDENAVE, J. E. **O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1987. 84p.

BRASIL. Congresso Nacional, 1990. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Publicada no D.O.U. em 20/09/90, ano CXXVII - nº 182.

BRASIL. Congresso Nacional, 1990. **Lei 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

BREDER, J. Controle Social – Um modelo em construção: Contribuições do Tribunal de Contas da União, In: Junior Souza, J. (Org.), **Sociedade democrática, direito público e controle externo**, p. 189-202, Tribunal de Contas, 2006

BRICEÑO-LEÓN, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):141-147, 1998

BRUYNE, P., HERMAN, J. & SCHOUETTE, M. **Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CAPUTO, M. **El Control Social del SUS: la percepción de los trabajadores y usuarios**. Dissertação em Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 1997.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. 8ª Ed. Campinas: Papyrus, 2003. 339p.

CARVALHEIRO, J. R. **O município e a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 135p.

CARVALHO, A. I. Os Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1998.

CARVALHO, M. C. A. A. & TEIXEIRA, A.C.C. (Org.). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Pólis, 2000.

CASTELLS, M. **Cidade, Democracia e Socialismo**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989, 196p.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Resolução 03/87**. Diário Oficial do Estado: 37-38, Novembro de 1987.

CORREIA, M. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Editora Fiocruz, 2005, p. 280.

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. **Revista de Cultura Política**: São Paulo, nº 19, p. 123-140, nov. 1989.

COHEN, S. The critical discourse on “social control”: notes on the concept as a hammer. **International Journal of the Sociology of Law**, v.17, n.3, august, p.347-357, 1989.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na saúde. **Saúde em Debate**, v. 9, 1980.

CODATO, A. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Revista Sociologia Política**, nº25, p.83-106. 2005

CONSTITUIÇÃO FEDERAL, de 1988. Título VIII – DA ODEM SOCIAL, Capítulo II – Seção II Da Saúde.

CONWAY, M. **Political Participation in the United States**. 3º Edição: Washington, DC. 2000

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Nov. 2007.

CORTES, S. M. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, Ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p.18-49.

COSTA, A.; NORONHA, J. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde Debate**; 27(65): 258-363, Set - Dez. 2003.

DALLARI, S. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. *Revista de Saúde Pública*: São Paulo, 25(5), p. 401-405, 1991

DALLARI et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 12(4), p. 531-540, out-dez, 1996.

DANTAS NETO, P. F. O Carlismo e Oposição na Bahia Pós-Carlista. **Análises de Conjuntura**. Fundação Joaquim Nabuco, Recife, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed003j.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2008.

DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. [Campinas, SP]: UNICAMP, São Paulo: Paz e Terra, 2002. 364p.

DAVID, C.; SOUZA, V. **Participação popular em saúde: interação da representação usuária do CMS com sua base social em municípios da 8º CRS**. Monografia apresentada para obtenção do grau de especialista. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2001.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1993. 176p.

DRAIBE, S. A nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas sociais: Os conselhos nacionais de políticas setoriais. *Revista da Universidade Estadual de Campinas*, nº 35, 1998.

FERRAZ, A. **IMPACTOS DA EXPERIÊNCIA CONSELHISTA SOBRE AS ATIVIDADES POLÍTICAS E ORGANIZATIVAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA SAÚDE: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/ São Paulo**. Teses de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual e Campinas, 2005

FIGUEREDO, J. **Comunidade Cívica, Capital Social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio De Janeiro**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES** (S. Fleury, Org.), pp. 25-41, São Paulo: Lemos editorial, 1997.

FUKS, M. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 25, p. 47-61, Nov. 2005.

GAZETA, A. Democracia e Participação Social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo. Revista Eletrônica em Sociologia Política da UFSC, Vol. 2, nº 1 (2), p. 1-19, janeiro-junho/2004.

GERSCHMAN, S. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares**. Cad. Saúde Pública, vol.20, n.6, Rio de Janeiro: Nov./Dec., 2004

GRAMSCI, A. & BORDIGA, A. **Conselhos de fábrica**. São Paulo: Brasiliense, 1981. 121 p.

GOHN, M. G. **Conselho Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. Questões da nossa época. 120p.

GONZÁLEZ, R. **Democracia e Conselhos de Controle de Políticas Públicas: Uma Análise Comparativa**. Tese de Doutorado. Campinas, UNICAMP, 2000, 327p.

GUIZARDI, F. & PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3), p. 797-805, 2006

IBAM, IPEA, COMUNIDADE SOLIDÁRIA, **Conselhos Municipais e Políticas Sociais**, Rio de Janeiro, 1997.

JUNIOR, N. & ELIAS, E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Revista de Saúde Pública: São Paulo*, 40 (5), p. 914-920, 2006

LABRA, M.E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediações de interesses: uma revisão. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, 1999.

LABRA, M. Conselhos de saúde: Dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 257-281, 2005.

LABRA, E. **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde? Contribuições para um debate urgente**, 2008 (mimeo).

LUCAS, R. Democracia e Participação. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985, p. 231.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 257-281, 2005.

MARX, K. A Guerra Civil em França. In: MARX, K. **Obras escolhidas em três tomos**. Lisboa, 1983, Tomo II, p. 195 -266.

MEIRELLES, G.; NUNES, J.; WILLMS, R. **A percepção do papel do conselheiro usuário de saúde, da 12ª coordenadoria regional de saúde**. Monografia apresentada para obtenção do grau de especialista. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2002.

MENDES, E. V., As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**, pp. 19-92, São Paulo: Hucitec.

MILANI, C. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. **Sociologias**, ano 8, nº 16, Porto Alegre, jul/dez 2006, p. 180-214

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MULLER NETO, J. S., 1991. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, nº 31.

OLIVEIRA, M. **Controle social e gestão participativa em saúde pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde Sociedade**; 13(2): 56-69, maio-ago. 2004.

OLIOSA, D. **Municipalização da Saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa?** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

PAIM, J. O que é Reforma Sanitária? **Rev. Baiana Saúde Pública**. 14 (2/4), p. 232-243, abr/dez 1987.

PAIM, J. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Espaço para a Saúde**, n 1, Março, p.18-24, 1989.

PAIM, J. & TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, n 40, p.73-78, 2006

PEDROSA, J. I. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 13(4), p. 741-748, out-dez 1997

PESSOTO, U. C., NASCIMENTO, P. R., HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro vol.17 n.1 Jan./Feb. 2001. Acesso em: 18 Nov. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100009&lng=en&nrm=iso

PRESOTO, L. **A participação social na atuação dos Conselhos Municipais de Bertiooga: Possibilidades de articulação**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2004.

SALVADOR. Decreto - Lei nº. 9015 de 07 de junho de 1991.

SANTOS, N. R., **Conselhos de saúde: balanço atual e algumas questões**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1998 (mimeo).

SILVA, I. da & LABRA, E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 17(1), p. 161-170, jan-fev, 2001.

SILVA, A. X. **Representação, Participação E Defesa De Interesses No Processo De Democratização Da Gestão Da Política De Saúde: A Questão Do Conselho Municipal De Saúde De Recife**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997. In: <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=19976525001019031P3>

SOARES FILHO, A. M. **A experiência de regulação Pública do sistema local de Icapuí- Ceará: uma cidade que constrói Democracia.** Dissertação Mestrado em Saúde Pública – Fundação Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1997. In: <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=19994322003010004P0>

SOUSA, R. **A participação popular em saúde: um recorte sobre o conselho gestor da unidade de saúde da família no bairro do Bom Retiro em São Paulo.** Dissertação em Mestrado em Ciências, Universidade de São Paulo, 2005.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n° 16, julho-dezembro 2006, p.20-45.

STRALEN et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), p. 621-632, 2006

TATAGIBA, L. Conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil.** São Paulo, Editora Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, C. F. et al. O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 1993.

TEIXEIRA, E. C. **Sociedade civil e espaço público.** XIX Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu - Minas Gerais, out, 1995.

TEIXEIRA, E. C. Movimentos Sociais e Conselhos. **Cadernos ABONG**, São Paulo, n. 15, Julho de 1996.

TEIXEIRA, E.C. Conselhos de Políticas Públicas: Efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: CARVALHO, M; TEIXEIRA, A. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**, São Paulo: Polis, 2000, p. 99 -119.

TEIXEIRA, E.C. **O Local e o Global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez; 2001

VALLA, V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, 1998. Acesso: 22 Nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600002&lng=es&nrm=iso>.

VANDERLEI, M.; WITT, R. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde Debate**; 27(64):131-137, Maio – Ago. 2003.

WENDHAUSEN, A & CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 18(6), p. 1621-1628, nov-dez, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. São Paulo: Bookman, 2005.

ZANELLI, J. Cultura Organizacional. In: Zanelli, J; Borges-Andrade, J. & Bastos, A (Org.) **Psicologia, organizações e Trabalho no Brasil**. P.407-442. São Paulo, 2004.

ZEDNER, L. Controle Social. In: OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. et al. **Dicionário do Pensamento Social no Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. P.138-139



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER Nº 020-07 / CEP-ISC

Registro CEP: 019-07/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "Participação Cidadã e Controle Social no Conselho Municipal de Saúde de Salvador – Bahia "

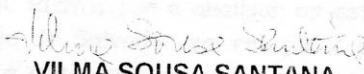
Pesquisador Responsável: Pedro Hernando Pairazamán Díaz

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 31 de maio de 2007, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 01 de junho de 2007.



VILMA SOUSA SANTANA
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/n Campus do Canela, Salvador - Bahia/Brasil 40-110-040
(071) 32627404 FAX (071) 3336-0034

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer Consubstanciado

I-Identificação

- Título do projeto: Participação Cidadã e Controle Social no conselho Municipal de Saúde de Salvador - Bahia
- Pesquisador responsável: Pedro Hernando Pairazamán Díaz
- Instituição onde se realiza : Instituto de Saúde Coletiva
- Data da apresentação ao CEP: 18/05/2007

II- Objetivos

- Geral: Analisar o sistema organizacional que o Conselho Municipal de Saúde de Salvador desenvolveu ao longo do tempo no que se refere a sua capacidade de favorecer a participação cidadã e o controle social na formulação e execução das políticas públicas do setor.
- Específicos: Identificar e analisar as estruturas organizacionais desenvolvidas no Conselho Municipal de Saúde em relação à participação cidadã e o controle social; identificar e analisar as estruturas de relações de poder desenvolvidas no Conselho Municipal de Saúde que favoreçam ou limitem a participação cidadã e o controle social; identificar e analisar as estratégias e ações do Conselho Municipal de Saúde de Salvador em relação à participação cidadã e controle social; identificar e analisar a expansão político-administrativa alcançado pelo Conselho Municipal de Saúde de Salvador ao longo de tempo.

III- Sumário do projeto

Trata-se de um estudo de caso onde se utilizará, documentos do Conselho Municipal de Saúde de Salvador tais como: atas das reuniões, planos municipais, relatórios de gestão, a configuração organizacional do referido conselho: os organogramas, as

modificações do número de membros do conselho, a forma de seleção do presidente, o número de reuniões realizadas, temas que fazem parte da agenda; assim como, a configuração das relações de poder que se conformaram no decorrer do tempo de funcionamento do conselho: alianças, disputas para se posicionar politicamente dentro do conselho. Procurar-se-ão investigar as estratégias, ações e expansão político-administrativa que o conselho adota no relacionado a possibilitar a participação cidadã e controle social nas políticas a serem implementadas por ele; número de atividades onde a participação da população seja através de referendun, plebiscito, iniciativa popular de projeto de lei; o número de conselhos de saúde a nível local e distritos sanitários.

Nesta investigação, se realizará entrevistas semi-estruturadas individuais com informantes-chaves sobre o percurso da participação e controle social nos 15 anos de funcionamento do citado conselho. Finalmente, após do tratamento das informações geradas, estas serão analisadas baseando-se na técnica de análises de conteúdo do discurso. Este tipo de análise revela que não há discurso sem sujeito sem ideologia considerando como fato fundamental a relação necessária entre a linguagem e o contexto de sua produção.

IV- Comentários do relator

O protocolo de pesquisa apresenta de forma satisfatória todos os itens necessários a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa: folha de rosto, descrição da pesquisa, informação relativa ao objeto da pesquisa e curriculum vitae dos pesquisadores..

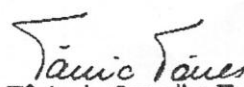
O termo de consentimento informado contempla todos os aspectos exigidos na Resolução Nº 196 do Conselho Nacional de Saúde: linguagem acessível, objetivo da pesquisa, procedimento que serão utilizados, garantia de esclarecimento e de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos e liberdade de recusa.

O projeto não conta com financiamento e será realizado com recursos do autor

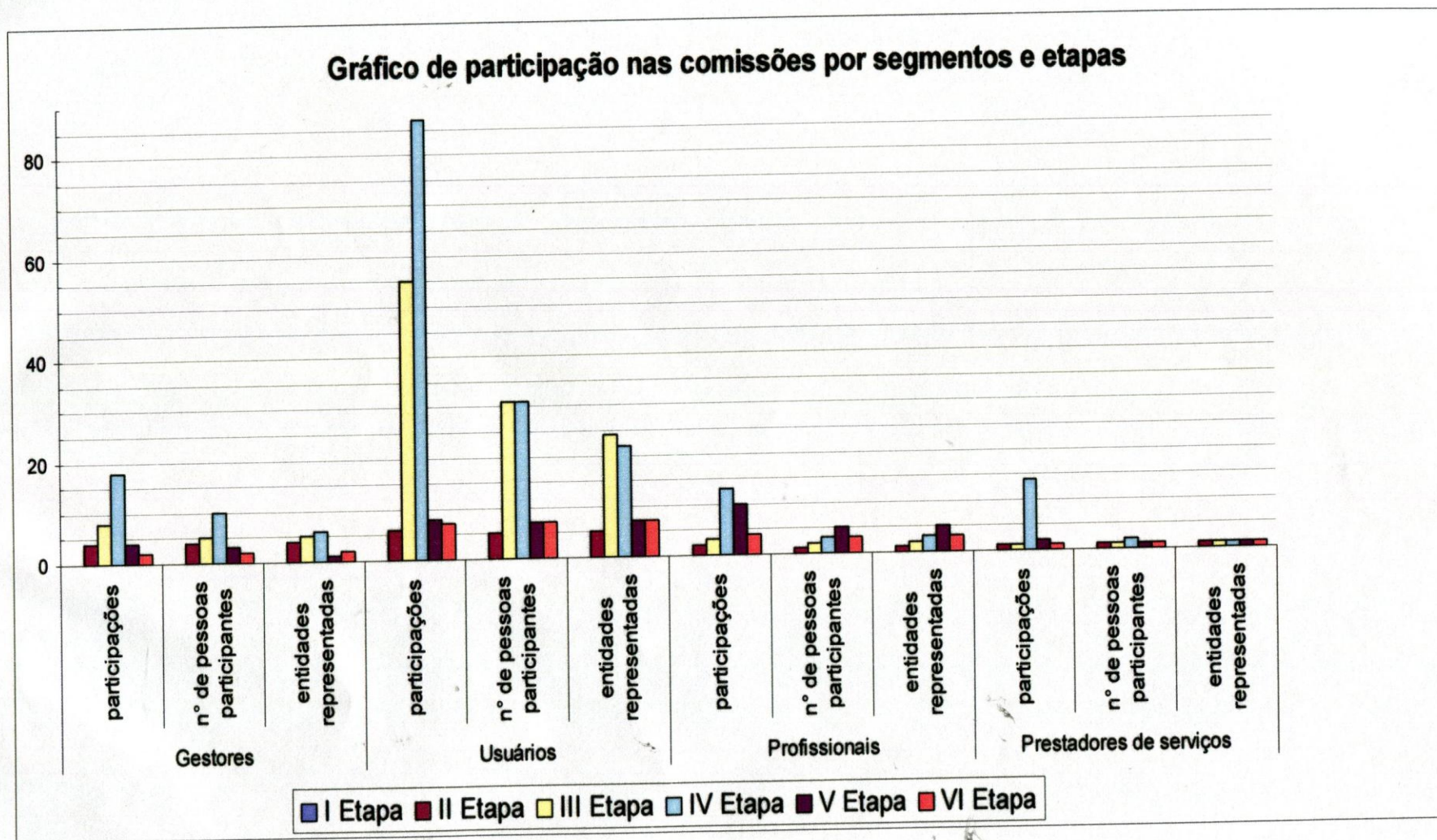
V- Parecer

Salve melhor juízo considero o projeto aprovado.

Salvador 31 de maio 2007


Tânia de Carvalho Torres
Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva

ANEXO 2



ANEXO 3



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/n, Canela- Salvador - Bahia, Brasil 40-110-040
☎ (071) 3283-7409/7410 FAX (071) 3283-7460 e-mail: ppgsc@ufba.br

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “PLANIFICAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE”.

Aos 03 dias do mês de abril de 2008, no horário de 09:00 horas, realizou-se nas dependências do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, a sessão pública para argüição e defesa da dissertação intitulada “**Participação Cidadã e Controle Social: a Experiência do Conselho Municipal de Saúde de Salvador - Bahia**”, apresentada por **Pedro Hernando Pairazamán Díaz**. A Comissão Examinadora aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, conforme o que estabelecem o Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação da Universidade Federal da Bahia e o Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva foi constituída pelos seguintes membros:

Prof^a. Maria Ligia Rangel Santos – Orientadora
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

Prof^a. Maria Eliana Labra
Fundação Oswaldo Cruz – RJ

Prof^a. Carmen Fontes Souza Teixeira
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

CONFERE COM O ORIGINAL
Em: 13/03/2009
[Signature]
Marlos André F. de S.
Assist. Administrativa
SIAPE: 1477

Após a apresentação da dissertação, a Comissão Examinadora realizou a argüição, que foi respondida oralmente pelo mestrando. A dissertação apresentada foi considerada aprovada. E para constar do processo de conclusão de curso e de colação de grau¹, a Comissão Examinadora lavrou a presente Ata, que é assinada por todos os seus membros.

A Comissão Examinadora aprova a dissertação:

- Com recomendações que devem ser incorporadas à versão final da dissertação.
- Com recomendações para a reapresentação da dissertação após as modificações requeridas.
- Sem recomendações de modificação da versão final.

¹ A emissão do diploma e do histórico escolar está condicionada à entrega, na Secretaria Acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, de três exemplares da dissertação, acompanhados de versão completa em meio eletrônico (formato pdf)