**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**O poder normativo das comissões intergestores
bipartite e a efetividade de suas normas: um estudo a
partir da CIB-Bahia.**

Thiago Marques Leão

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Professora Doutora Sueli
Gandolfi Dallari**

**São Paulo
2013**

**O poder normativo das comissões intergestores
bipartite e a efetividade de suas normas: um estudo a
partir da CIB-Bahia.**

Thiago Marques Leão

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Professora Doutora Sueli
Gandolfi Dallari**

**São Paulo
2013**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Epígrafe

*“Sólo le pido a Dios
que el dolor no me sea indiferente,
que la resaca muerte no me encuentre
vacío y solo sin haber hecho lo suficiente.*

*Sólo le pido a Dios
que lo injusto no me sea indiferente,
que no me abofeteen la otra mejilla
después que una garra me arañó esta suerte.”
(Solo Le Pido a Dios, León Gieco)*

*“Ajudar na elaboração do sonho de mudança do mundo como na sua concretização, de forma sistemática ou assistemática, na escola, como professor de matemática, de biologia, de história, de filosofia, de problemas de linguagem, não importa de quê; em casa, como pai, ou como mãe, em nosso trato permanente com filhas e filhos, em nossa relação com auxiliares que conosco trabalham, é tarefa de mulheres e de homens progressistas. De homens e de mulheres que não apenas falam de democracia mas a vivem, procurando fazê-la cada vez melhor.”
(FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000, p. 22.)*

Dedicatória

Para meu pai, Williams Leão da Silva (27/09/1936-23/09/2013), o homem mais forte, corajoso e generoso que já conheci. As marcas que trago comigo, ele as desenhou com sua voz firme. Os traços que me desenharam o rosto, ele deixou na escrita viva que é córrego em minhas veias. Se hoje sou é porque um dia ele acreditou que eu assim o era. Se hoje caminho novos horizontes, ele um dia me ergueu sobre seus ombros e, do alto, enxerguei mais longe. Se hoje me aventuro entre águas incertas e realizo esta travessia, é porque ele um dia me foi porto seguro.

Nos últimos meses conheci seu lado mais frágil e estivemos mais próximos e íntimos que nunca. E pela ironia própria à vida, justamente neste momento fui me separando dele, aos poucos e inexoravelmente. Ele, mesmo sem entender ou compartilhar meus sonhos acadêmicos e planos de vida, sempre os apoiou. E esse tipo de amor talvez seja o mais intenso. Aquele que ama *apesar* do estranhamento, que ama *apesar* do dissenso, que ama com a intransigência e a perplexidade do *não*-entendimento. Amar como Narciso é fácil, mas sublime é amar o que *não* é espelho.

Guardarei comigo sempre a alegria que sentia nos fins de tarde da infância, quando ele voltava do trabalho. E a alegria com que ele me recebia à porta, anos depois, quando eu retornava nos recessos do mestrado. A alegria acolhedora que me abraçava sem braços e me beijava sem boca, dizendo-me “boa noite, meu filho” com um sorriso, e pegando-me as malas do fundo do táxi. A mesma alegria e amor de quando eu chegava em casa, ele já acamado, e era agora como se eu fosse seu pai ao fim de um dia de trabalho.

Guardarei a confiança e a cumplicidade das noites nos corredores da emergência, lendo em seus olhos o desconforto com o frio, o pavor da radioterapia, a impaciência com as enfermeiras que não o deixavam dormir e o medo inconfessável que só seus olhos delatavam. Ele, ainda assim, conseguia consolar quem lhe deveria acolher e mostrar uma força e coragem ímpares face à adversidade que enfrentava.

Hoje, ele me faz pensar que nenhum desafio é desarrazoado, nenhuma dor excessiva, nenhuma luta me legitima o desespero ou a desesperança. Neste ano, fui forjado em desafios e mortes (simbólicas e concretas), e meu pai me fez um sobrevivente.

*“Quando tornar a vir a primavera
Talvez já não me encontre neste mundo.
Gostava agora de poder julgar que a primavera é gente
Para poder supor que ela choraria
Vendo que perdera seu único amigo.
Mas a primavera nem sequer é uma coisa:
É uma maneira de dizer.
Nem mesmo as flores tornam, ou as folhas verdes.
Há novas flores, novas folhas verdes.
Há outros dias suaves.
Nada torna, nada se repete, porque tudo é real”.*
(PESSOA, Fernando. *Poemas Inconjuntos*. In _____. **Poesia Completa de Alberto Caeiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005, pp. 87-163, p. 93)

Agradecimentos

À Professora **SUELI GANDOLFI DALLARI** que, com delicada firmeza e inabalável sensibilidade, fez-me enraizar para poder alçar voo. Agradeço pela confiança, pelo acolhimento e compreensão ímpares, neste caminhar repleto de desafios.

À Professora **ISABEL MARIA SAMPAIO OLIVEIRA LIMA**, primeira orientadora, inspiração e exemplo constantes de coragem, integridade e dedicação aos valores de justiça, dignidade humana e ética.

Ao amigo **PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO** que me acompanhou durante o mestrado, apoiando e incentivando. Com quem, pensei coletivamente, superei obstáculos e fui presenteado com boas conversas e conselhos inestimáveis.

A **WILSON CHAVES DE FRANÇA**, antigo chefe e amigo, a primeira pessoa a acreditar e me incentivar a fazer a pós-graduação na USP. Às amigas e amigos **ANA KARINA LIMA, EDUARDO AUGUSTO MARQUES ROCHA, GISLENE INOUE VIEIRA, JOSÉ ANDRADE SOARES NETO** e **LUIZ PAULO BASTOS**, sempre tão presentes, todos e todas foram conforto para alma ansiosa e, para o coração repleto de sonhos, pouso seguro nas tempestades.

À minha mãe, **MARIA HELENA MARQUES LEÃO DA SILVA**, pelo apoio incondicional desde o momento em que contei-lhe meu desejo de seguir a carreira acadêmica. Agradeço pelos sacrifícios, que não passaram despercebidos, neste meu projeto de felicidade. A **LUCAS MARQUES LEÃO**, meu irmão, pelo apoio e incentivo, que atravessaram momentos difíceis.

À minha família e, nominalmente, às minhas tias **OLÍMPIA, LÚCIA, ELISA, JOANA, LUÍZA, CELINA, CÉLIA** e **LUCY** e suas famílias, pela confiança, cuidado, apoio e força durante este caminho, quase *itabirano*, com “noventa por cento de ferro nas calçadas”. Como minha mãe, são todas professoras e mestras de vida e humanidade.

A **CARINE SAYURI GOTO**, meu amor, meu sonho e meu futuro, pelo incentivo, pelo consolo e acolhimento nos momentos mais difíceis, pelo amor e pelos sorrisos que, como as estrelas que compõem o Cruzeiro do Sul, não me deixaram sair do rumo.

Finalmente, à **COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR-CAPES**, pelo apoio financeiro, sem o qual esta pesquisa não se concretizaria.

Resumo

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi instituída pela Norma Operacional Básica 01/93 e responde pelos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). É um espaço de negociação e pactuação entre gestores municipais e estaduais, promovendo a integração dos diferentes sistemas municipais de saúde sob coordenação do governo estadual. As normas expedidas pela CIB, na forma de resoluções, têm natureza jurídica de direitos-meio, isto é, estabelecem os procedimentos específicos para realização do direito à saúde, permitindo que todos os potenciais destinatários destas normas possam conhecer, aderir, criticar ou mesmo judicializá-las. O poder normativo da CIB decorre da previsão legislativa expressa para regular os aspectos operacionais do SUS e da legitimidade democrática, exercida diretamente pelo cidadão, ou através dos Conselho Estadual de Saúde (CES). As normas que emanam deste fórum deliberativo devem ser respeitadas por integrarem o ordenamento jurídico e cumprirem sua função de instrumentalização normativa do SUS. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi discutir o poder normativos da CIB e a efetividade de suas normas, a partir do paradigma do discurso do direito. Realizamos uma análise documental, a partir das resoluções e das atas da CIB, para compreender sua dinâmica discurso-deliberativa e caracterizá-la, ou não, como um espaço de gênese democrática de direitos. Identificamos e classificamos as propostas aprovadas quanto à correspondência com as resoluções do CES, quanto ao conteúdo, à forma de aprovação à dinâmica da discussão das propostas aprovadas que resultaram em resoluções. Foi possível perceber que há um grande potencial democrático na CIB, um potencial que precisa ser explorado. Mas há também fragilidades e contradições na dinâmica das discussões no interior da Intergestores. Há indício de uma institucionalização que mina o potencial democrático-discursivo e se fecha à participação e controle social. Em tempos de uma democracia e de um sistema jurídico em crise de legitimidade, espaços como a CIB devem cada vez mais se abrir para a participação popular, estimulando uma radicalização democrática, construindo instrumentos de participação da sociedade civil e de abertura às novas formas de expressão da democracia participativa, que escapa às formas institucionais tradicionais.

Palavras-chave: CIB. Democracia. Direito sanitário. Teoria do discurso.

Abstract

The Intermanager Bipartite Commission (IBC) was instituted by the Basic Operational Norm 01/93 and responds for the operational aspects of the Unified Health System (UHS). It is a forum for negotiation and pactuation between municipal and state managers, promoting the integration of the various municipal health systems coordinated by the state government. The norms issued by the IBC in the form of resolutions, have the nature of procedural rights, in other words, establish specific procedures for fulfill the right to health, allowing all potential receivers of these norms to acknowledge, support, criticize or even challenge them in court. The normative power of the ICB results from express legal prevision to regulate the operational aspects of the UHS, and its democratic legitimacy is the result of the control exercised directly by citizens or through the State Council of Health (SCH). The norms that emanate from the ICB should recognize as a part of the legal order and fulfill its operational goal inside the legal health system. Accordingly, the objective of this research was to discuss the normative power of the IBC and the effectiveness of its resolutions, under the paradigm of the discourse theory of law. The methodology was fulfilled through the documentary analysis of the resolutions and discussions of IBC, to understand its deliberative and discursive dynamics to characterize it, or not, as a forum for democratic genesis of rights. We identify and rank the proposals approved as its correspondence with the resolutions of the SCH, as its the content, its approval procedures, and the dynamics of the discussion to approve proposals that resulted in resolutions. We observed that there is a great democratic potential in IBC, a potential that needs to be explored. But there are also weaknesses and contradictions in the dynamics of the discussions within the Intermanager. There is evidence of a potential institutionalization that undermines democratic discourse and closes the IBC to social participation and control. In times of a democracy and a legal system in a crisis of legitimacy, spaces like the IBC must increasingly open to popular participation, encouraging democratic radicalization, building instruments for civil society to participate and openness to the new forms of expression of democracy, which escapes the traditional institutional forms.

Keywords: CIB. Democracy. Health Law. Discourse theory.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. A DEMOCRACIA SANITÁRIA NO BRASIL	16
1.2. A TEORIA DO DISCURSO DO DIREITO	26
1.3. A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE	28
1.3.1. A Comissão Intergestores Bipartite-Bahia	34
1.4. EFETIVIDADE E VALIDADE SOCIAL	36
1.5. O PODER NORMATIVO DA CIB E SUAS RESOLUÇÕES	38
2. OBJETIVOS	48
2.1. OBJETIVO GERAL	48
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
3. METODOLOGIA	49
3.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1. AS RESOLUÇÕES DA CIB E DO CES	59
4.2. RESOLUÇÕES DA CIB QUANTO AO CONTEÚDO	65
4.3. RESOLUÇÕES DA CIB QUANTO À APROVAÇÃO	69
4.3.1. Propostas aprovadas sem intervenções prévias	70
4.3.2. Propostas aprovadas sem dissenso	76
4.3.3. Propostas efetivamente debatidas na CIB-Bahia	85
4.4. DINÂMICA DAS DISCUSSÕES NA CIB	87
4.4.1. Principais argumentos no discurso dos atores sociais	91
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
6. REFERÊNCIAS	116
CURRÍCULO LATTES	

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Resoluções CES e CIB correspondentes (2007-2008).....	59
Tabela 2 - Propostas aprovadas sem dissenso (2007-2008).....	77
Tabela 3 - Intervenções quanto à natureza - 2007.....	88
Tabela 4 - Intervenções quanto à natureza - 2008.....	89

Lista de Figuras

Figura 1 - Resoluções CES e CIB quanto à origem	61
Figura 2 - Resoluções CIB quanto ao conteúdo	66
Figura 3 - Resoluções que ampliam e municipalizam a prestação de bens e serviços em saúde - 2007.....	67
Figura 4 - Resoluções que ampliam e municipalizam a prestação de bens e serviços em saúde - 2008.....	68
Figura 5 - Resoluções aprovadas sem intervenção - 2007.....	71
Figura 6 - Resoluções aprovadas sem intervenção quanto ao conteúdo - 2007.....	72
Figura 7 - Resoluções aprovadas sem intervenção - 2008	72
Figura 8 - Resoluções aprovadas sem intervenção quanto ao conteúdo - 2008.....	73
Figura 9 - Resoluções aprovadas sem dissenso quanto ao conteúdo.....	82
Figura 10 - Resoluções quanto à aprovação.....	86
Figura 11 - Resoluções efetivamente discutidas quanto ao conteúdo.....	87
Figura 12 - Intervenções quanto à natureza.....	91

Siglas Utilizadas

Agentes Comunitários de Saúde	ACS
Agentes de Combate a Endemias	ACE
Alíneas	Al.
Associação Brasileira de Normas Técnicas	ABNT
Bahia	BA
Centro de Especialidades Odontológicas	CEO
Comissão Intergestores Bipartite	CIB
Comissão Intergestores Tripartite	CIT
Constituição Federal de 1988	CF/88
Conselho Estadual de Saúde	CES
Conselho Nacional de Saúde	CNS
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias	CONITEC
Conselho Estadual de Secretários Municipais de saúde	COSEMS
Laboratórios Regionais de Prótese Dentária	LRPD
Norma Operacional Básica	NOB
Partido Democrata	DEM
Partido da Frente Liberal	PFL
Partido dos Trabalhadores	PT
Plano Diretor de Regionalização	PDR
Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS	PROGESUS
Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento	PHPN
Programa Saúde da Família	PSF
Programação Pactuada e Integrada	PPI
Secretaria de Saúde da Bahia	SESAB
Serviço de Atendimento Médico de Urgência	SAMU
Sistema Único de Saúde	SUS

1. INTRODUÇÃO

Ao discutir a democracia como razão pública, Amartya Sen afirma que “O tema da democracia tornou-se severamente confuso devido à forma como a retórica que o envolve tem sido utilizada nos últimos anos”¹. O autor refere-se ao entendimento equivocado de que a democracia é um fenômeno e uma forma de organização, necessariamente, ocidentais. A democracia, como ele defende, passa assim a ser uma imposição ou concessão aos países orientais, no processo civilizatório desencadeado pelo ocidente. Sen é um entusiasta da democracia e defende uma ampliação cosmopolita da percepção da experiência democrática que, segundo ele, tende a se ampliar, pois há, por todo mundo, “um profundo fascínio pela governança participativa, que continua sendo relevante atualmente e muito difícil de erradicar”².

Este, porém, não é o único equívoco *retórico* que torna o ideal democrático cada vez mais “confuso”. Wallerstein, citado por Santos e Avritzer³, pergunta-se como a democracia passou de um ideal revolucionário no século XIX, a um *slogan* universal, mas vazio, no século XX. Realmente, a democracia parece ganhar contornos nitidamente simbólicos, servindo à conformação social, subjugando tensões e cumprindo uma função aquietadora da esfera pública⁴.

A democracia enquanto ideal, ou *slogan* moderno, parece transmutar-se de uma organização política legitimada pela vontade popular, ou pela governança participativa, para ganhar contornos de um discurso de legitimação de poder *sobre* o

¹ SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 356.

² Ibid., p. 358.

³ SANTOS, Boaventura de Sousa, AVRITZER, Leonardo. Open up the canon of democracy. In SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizing Democracy: Beyond the Liberal Democratic Canon**. Londres: Verso Books, 2007, p. xxxiv.

⁴ NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 24.

povo. A própria ideia de “povo” ganha contornos simbólicos e é cada vez mais evocada, como explica Müller⁵, para conferir legitimidade às organizações políticas.

Não restam dúvidas de que a democracia – enquanto organização política orientada pelos direitos humanos e pela autogestão – é algo desejado. Há uma busca por governança participativa, que se reflete em manifestações populares por democracia, ao redor do mundo. Estas mesmas manifestações sinalizam sintomaticamente, uma crise do modelo institucional democrático contemporâneo e uma diminuição da permeabilidade social, nas democracias modernas. Bobbio apresenta, para isto, algumas possíveis respostas: (i) a ascensão de um “governo de técnicos” inconciliável com um regime que se diz democrático; (ii) a ampliação do aparato burocrático de “um poder ordenado hierarquicamente do vértice à base, e portanto diametralmente oposto ao sistema de poder democrático”⁶ e; (iii) o “baixo rendimento do sistema democrático”, isto é, haveria uma emancipação da sociedade civil em relação ao sistema político, fazendo daquela “uma inesgotável fonte de demandas dirigidas ao governo”⁷. É o que Habermas denomina de “clientelização da sociedade”⁸.

Habermas sustenta que as mudanças estruturais da esfera pública – com o progressivo alargamento da atuação e controle do Estado – levaram, dentre outras coisas, ao enfraquecimento da sociabilidade e da participação popular na gestão pública. Somar-se-ia a isso, a descaracterização do papel da família no contexto da modernidade, substituída pelo Estado.

Segundo Habermas, com o advento da modernidade e a implementação progressiva do *Welfare State*, houve uma polarização entre a esfera íntima da família e a esfera pública do Estado. Com o alargamento das funções da Administração Pública, que assumiu uma série de encargos sociais outrora sob responsabilidade da

⁵ MÜLLER, Friedrich. **Quem é o povo?** A questão fundamental da democracia. 4ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

⁶ BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. 7ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000, p. 46.

⁷ Ibid., p. 48.

⁸ HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural na esfera pública**: Investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003b.

família, esta perdeu seu lugar central na esfera privada. À medida que a família se “desprivatiza”, com a crescente tutela pública sobre a entidade familiar, ela recua para “periferia” da esfera privada⁹.

Encargos como saúde, educação de crianças e cuidado com os idosos são cobertos por garantias sociais do Estado. Devido a esse alargamento estatal, “surge a aparência de intensificação da privacidade numa esfera íntima reduzida ao setor da comunidade de consumo da pequena família”¹⁰. Tudo isso geraria o fenômeno da “clientelização” da sociedade, apontado por Habermas, isto é, “um posicionamento genérico de demanda que espera atendimento sem querer propriamente, impor decisões”¹¹.

Esta construção poderia levar à conclusão de que há uma apatia, ou mesmo um acomodamento, por parte da sociedade civil, que atuaria cada vez mais no plano da autonomia privada e se ausentaria do exercício da autonomia pública. Mas as constantes manifestações dos últimos anos, como eventos ilustrativos, apontam para outro cenário possível, onde os atores sociais buscam participar das decisões, mas a permeabilidade institucional se mostra limitada e, assim, as decisões políticas perderiam seu conteúdo democrático e arriscariam se tornar o *slogan* vazio, ao qual se referia Wallerstein. Neste sentido, não haveria de se falar em fracasso da política participativa, mas em uma transformação das formas de exercer esta política, que não é acompanhada por uma política de espaços institucionalizados.

A política e a democracia não estão mais limitadas aos espaços institucionais, mas as instituições do Estado precisam se abrir para as novas formas de exercício da autonomia pública. Um Estado que se quer democrático e de direito, que assume a responsabilidade pela garantia de direitos sociais, como a saúde, e que detém o monopólio do direito positivo, deve se abrir à autogestão democrática.

⁹ HABERMAS, 2003b.

¹⁰ Ibid., p. 185.

¹¹ Ibid., p. 246

Como Habermas defende, “numa época de política inteiramente secularizada, não se pode ter nem manter um Estado sem democracia radical”¹².

1.1. A DEMOCRACIA SANITÁRIA NO BRASIL

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) é o marco legal de retomada do processo democrático e do projeto de Estado social brasileiro. A CF/88 é essencialmente refratária ao individualismo e prioriza o interesse coletivo, a solidariedade social e a cidadania¹³. Na busca pela garantia desses valores, elenca um rol de direitos fundamentais individuais e sociais, com vista à redução das desigualdades historicamente estabelecidas, no cenário brasileiro. Esses direitos, constitucionalmente positivados, fundam-se em uma ética emancipatória de direitos humanos e dignidade, que demanda transformações sociais, com a promoção da igualdade, dignidade e não-violência¹⁴. A CF/88 surge como bandeira do ideal democrático e de gestão participativa.

Este contexto de afirmação democrática abriu espaço para um ambiente de proteção e emergência dos direitos humanos e criou um contexto de promoção e garantia, ao menos potencial, do direito à saúde. O restabelecimento formal do Estado de Direito no Brasil, orientado pelo respeito aos princípios democráticos, nas palavras de Aith, “representa a garantia primeira para que o direito à saúde seja uma realidade”¹⁵. Nesse sentido, um dos principais avanços da CF/88 é o reconhecimento deste direito humano fundamental (artigos 6º e 196) que, até então, limitava-se a uma proteção jurídica indireta e restrita, em termos constitucionais¹⁶. A CF/88 e o Sistema

¹² HABERMAS, Jürgen. **Direito e Democracia**: entre facticidade e validade, v. I. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003, p. 25.

¹³ BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 21ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

¹⁴ PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

¹⁵ AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 61.

¹⁶ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Alguma considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção do direito à saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988** in: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de;

Único de Saúde (SUS), nela inaugurado, emergem deste contexto, que incluiu novos sujeitos na esfera política e trouxe expectativas de ampliação da rede de seguridade social¹⁷.

Como sustenta Fleury¹⁸, “a luta pela universalização da saúde aparece como uma parte intrínseca da luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania”. O SUS foi idealizado sob três eixos: universalização da assistência, o controle social e a normatização técnica das alocações financeiras. Assim, a pauta de luta democrática brasileira tem como um de seus eixos centrais a participação popular e promoção dos direitos humanos sociais. Conforme Avritzer¹⁹, a CF/88 estabeleceu 14 princípios participativos na organização do Estado no Brasil, como destaque para a participação na formulação e controle de políticas públicas, notadamente, as de saúde. Nas palavras de Dallari:

A organização social desenhada nessa constituição prevê a participação do povo na gestão pública, seja ou não por via institucional. É a prevalência da vontade do povo (entendido como instância jurídica e reconhecido como instância de poder) sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo, pois democracia implica autogoverno e exige que os próprios governados decidam sobre as diretrizes políticas fundamentais do Estado. As demandas populares ou sociais por infra-estrutura e por serviços de saúde, incluindo-se aí o acesso aos serviços, acabam "politizando" os atores sociais, levando-os à conquista de direitos e ao desenvolvimento de ações relacionadas à cidadania. Sader (1988) fala dos articuladores sociais que transformam as demandas e

BONFIM, José Ruben de Alcântara (org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009, p. 25-63.

¹⁷ SOLON, Ari Marcelo. **Ética, Cidadania e direito à saúde** in: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009, p. 21-24.

¹⁸ FLEURY, Sônia. **A Reforma Sanitária: Processo Histórico**. In: Banco Internacional de Desenvolvimento (BID). **A Construção da Reforma Sanitária no Brasil e os Desafios para os Gestores**. 2ª Ed. INDES, 2009, p. 11.

¹⁹ AVRITZER, Leonardo. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, Sonia, LOBATO, Lenaura de V. C. (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 151-174.

tentam organizar a forma de reivindicação, dando origem, na saúde, ao termo cidadania, que aparece como direito social.²⁰

A construção e promoção da democracia no Brasil, e em outros países que fizeram parte da chamada “Terceira Onda Democrática”, são pautadas pela busca de democracia direta, na qual o cidadão, no exercício de sua autonomia pública promove a autogestão democrática. Bobbio defende que “a exigência tão frequente nos últimos anos de maior democracia exprime-se como exigência de que a democracia representativa seja ladeada e até mesmo substituída pela democracia direta”²¹. Esta preocupação, como Santos e Avritzer²² observam, insere-se no debate hegemônico, da segunda metade do século XX, sobre democracia, que remete ao binômio “democracia representativa - democracia participativa”.

Bobbio, na esteira de um procedimentalismo institucional, defende uma democracia pautada na lei, a democracia como governo das leis por excelência: “O governo das leis celebra hoje seu triunfo na democracia. E o que é a democracia se não um conjunto de regras (as chamadas regras do jogo) para solução do conflito sem derramamento de sangue?”²³. Nas concepções hegemônicas de democracia da segunda metade do século XX, imperava um procedimentalismo substantivo e uma legalidade formalista, ainda que revista por autores como Luhmann. Mas Habermas vai além, ampliando a concepção procedimentalista para incorporar a sua dimensão social e participativa, como explica Santos e Avritzer:

De acordo com essa concepção, o procedimentalismo tem origem na pluralidade das formas e vida existentes nas sociedades contemporâneas. Para ser plural, a política tem de contar com o assentimento desses atores em processos racionais de discussão e deliberação. Portanto, o procedimentalismo democrático não pode ser, como supõe Bobbio, um método de autorização de governos. Ele tem de ser, como nos mostra Joshua Cohen, uma forma de

²⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 1996, vol.12, n.4, pp. 531-540, p. 533.

²¹ BOBBIO, 2000, p. 53.

²² SANTOS, AVRITZER, 2007.

²³ BOBBIO, op. cit., p. 185.

exercício coletivo do poder político cuja base seja um processo livre de apresentação de razão entre iguais.²⁴

No Brasil, a busca por democracia esteve intimamente ligada às reivindicações em saúde. No contexto da luta por redemocratização nacional, os movimentos pela constitucionalização do direito à saúde e por um sistema de gestão participativa, universal, integral e hierarquizado, foram acompanhados pela busca do reestabelecimento dos direitos civis, políticos e sociais. Com o reconhecimento pela Constituição do direito social à saúde, como um direito universal e gratuito, bem como da responsabilidade do Estado em sua prestação, emerge o Direito Sanitário como um conjunto de regras e princípios que disciplinam todas as ações, sejam estas públicas ou privadas, para garantia do direito à saúde, isto é, “que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196, CF/88).

De acordo com Aith, o reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental pela CF/88 levou à emergência de uma série de normas e decisões jurídicas, com vistas à proteção e promoção do direito à saúde. Deste conjunto articulado de normas e princípios jurídicos, adveio uma parte específica da ciência jurídica a que se chamou Direito Sanitário. Isto implicou na necessidade de uma interpretação sistêmica e lógica das questões em saúde, que “exige das autoridades públicas um dever de agir que se concretiza através de decisões (a execução de uma política pública, a normatização de um setor da saúde, uma decisão judicial visando garantir um tratamento etc.)”²⁵.

No Brasil, a constitucionalização do direito à saúde pauta-se por mecanismos democráticos de controle social. Um controle social que não é limitado pela concepção liberal de democracia imperante na primeira metade do século XX –

²⁴ SANTOS, Boaventura de Sousa, AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In. SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 53

²⁵ AITH, 2007, p.71.

o consenso eleitoral na formação de governos²⁶ –, mas por uma participação efetiva da sociedade. Neste sentido, afirma Aith:

A participação da sociedade na elaboração de normas jurídicas e, por vezes, da própria execução das políticas públicas que buscam dar concretude às normas jurídicas, elevada a princípio constitucional, mostra-se uma condição fundamental para consolidação democrática no Brasil.²⁷

O SUS é reconhecido constitucionalmente e este reconhecimento só é possível graças à mobilização de movimentos populares, durante o processo – ainda em curso – de redemocratização do Brasil, com o final da ditadura civil-militar que se inicia em 1964. O Sistema é orientado pela participação popular na gestão, execução e fiscalização das ações em saúde e, para tanto, a própria CF/88 prevê em seu artigo 198, III, a participação da comunidade como uma das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde.

A legislação infraconstitucional, em especial a Lei n.º 8.142 de 1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, em cada esfera de governo, através das Conferências e Conselhos de Saúde. Os Conselhos “são instâncias de ação política que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde SUS”²⁸. As conferências, por sua vez, são reuniões realizadas de quatro em quatro anos em que os atores estatais e societais ligados à saúde “realizam análises conjeturais e estruturais do SUS com o objetivo básico de propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde para o quadriênio seguinte”²⁹.

A participação na formulação, gestão e fiscalização das ações e serviços públicos de saúde não está limitada, porém, a estes espaços. A participação é princípio transversal e necessário (não apenas programático) de legitimação

²⁶ SANTOS, AVRITZER, 2007.

²⁷ AITH, 2007, p. 262-263.

²⁸ DALLARI, 1996, p. 532.

²⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi, NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010, p. 94.

democrático-sanitária das políticas de saúde. As normas e políticas de saúde, em um Estado democrático de direito, como se autodeclara o brasileiro, deve se pautar pela gestão participativa, ou autogestão. Em um ambiente em que o sistema político democrático, institucionalmente organizado, mostra sinais de crise, também estas normas de direito sanitário inserem-se nesta crise de legitimidade e representatividade geral da política tradicional.

A arquitetura de direitos sociais, desenhada pela CF/88, funda-se não apenas em uma maior atuação do Estado, mas prevê, como garantia democrática e princípio fundamental, a cidadania e a participação popular na gestão pública. A cidadania, nesse contexto, expressa a idéia de inclusão social e política, na tomada de decisões e na participação ativa no governo do povo³⁰, em termos habermasiano, pode ser traduzida como autonomia pública³¹. A cidadania corresponde, portanto, à possibilidade de autogestão discursiva.

O processo de redemocratização brasileiro reclama uma democracia crescente, onde o sistema representativo se alie, ou mesmo seja substituído, pela participação direta. A legitimidade do Estado Democrático, neste modelo, está fundada na possibilidade de participação discursivo-deliberativa dos destinatários da atuação estatal³². Corroborando com este entendimento, Habermas explica que:

Na linha da teoria do discurso, o princípio da soberania do povo significa que todo o poder é deduzido do poder comunicativo dos cidadãos. O exercício do poder político orienta-se e se legitima pelas leis que os cidadãos criam para si mesmos numa formação de opinião e de vontade estruturada discursivamente. Quando se considera essa prática como um processo destinado a resolver problemas, descobre-se que ela deve sua força legitimadora a um *processo democrático* destinado a garantir um tratamento racional de questões políticas³³.

³⁰ DALLARI, Dalmo. **Direitos Humanos e Cidadania**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 2004.

³¹ HABERMAS, 2003.

³² ALEXY, Robert. Os direitos Fundamentais e a Democracia no Paradigma Procedimental do Direito de Jürgen Habermas. In: FRANKENBERG, Günter; MOREIRA, Luiz (org.). **Jürgen Habermas. 80 anos: Direito e Democracia**. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2009, p. 119-139.

³³ HABERMAS, op. cit., p. 213.

Habermas³⁴ entende que falar em cidadania, em um Estado democrático de direito, implica a garantia de autotutela de cidadãos livres e iguais. Pelo seu princípio do discurso do direito, Habermas busca aproximar sua teoria do agir comunicativo de uma perspectiva jurídica, para legitimar democraticamente o direito como *medium* estabilizador da integração social em sociedades complexas. O princípio afirma que a legitimidade das leis reside na possibilidade de assentimento dos potenciais destinatários da norma, em sua formulação racional. O mesmo princípio se aplica às políticas públicas e, nessa medida, a quaisquer definições de atuação do Poder Público, que implique restrição, modificação ou garantia de direitos fundamentais.

Se assim não for, põem-se em risco as conquistas democráticas e avanços institucionais promovidos pela CF/88, que levaram ao reconhecimento constitucional do direito fundamental à saúde. Sem a promoção de uma participação popular efetiva, faz-se da democracia sanitária e da constitucionalização da saúde bandeiras meramente simbólicas, provocando um esvaziamento normativo das diretrizes do SUS e do direito sanitário. Explica Neves:

Quando, porém, a nova legislação constitui apenas mais uma tentativa de apresentar o Estado como identificado com os valores ou fins por ela formalmente protegidos, sem qualquer novo resultado quanto à concretização normativa, evidentemente estaremos diante de um caso de legislação simbólica. Mas não simplesmente por se tratar de legislação destinada a regular situações já suficientemente previstas em leis mais antigas, mas antes independentemente disso.

É necessário, portanto, fortalecer a participação popular no SUS e, para tanto, importa analisar os espaços de construção e fiscalização das normas de direito sanitário com potencial democrático. Neste sentido, com o presente trabalho buscamos, em primeiro lugar, contribuir com os estudos em Saúde Pública sobre participação e construção democrática de políticas em saúde. A pesquisa dialoga, assim, com o campo da gestão de políticas públicas e do direito sanitário.

³⁴ HABERMAS, 2003.

Há um conjunto vasto de estudos sobre espaços de participação em saúde, com ênfase nos Conselhos de Saúde, enquanto fóruns privilegiados de participação da sociedade civil³⁵. Nesta perspectiva, é importante analisar teórica e empiricamente outros espaços institucionais de negociação, pactuação e formulação de políticas em saúde. Optamos pela análise da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que aparece no bojo de uma mudança paradigmática de gestão, no início da década de 1990, como consequência de avanços democráticos e da pressão política dos municípios.

A intergestores acompanha a busca pela substituição da lógica tecnoburocrata, por uma lógica tecnodemocrática. Esta lógica tecnodemocrática responde à previsão constitucional de responsabilidade estatal pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços em saúde (Art. 197, *caput*), combinada aos princípios da cidadania e participação da comunidade (Art. 1º, II e 198, III).

Compreender o funcionamento das Comissões e seu potencial como espaço institucional de gênese democrática de direitos, suas dinâmicas internas, sua legitimidade e poder normativo, e seu caráter democrático mostra-se relevante, em vista da crise de legitimidade e representatividade institucional e das lutas por democracia, que assumem lugar de destaque desde o século XX até hoje.

A presente dissertação de mestrado se insere em uma inquietação mais ampla, dentro da teoria geral do Direito, no contexto democrático de sociedades complexas. Buscamos compreender, ao menos em parte, a questão de uma teoria do direito, nos termos de uma democracia contemporânea, onde interesses diversos buscam resposta às suas demandas³⁶. A esta inquietação, ligam-se as questões da (i) legitimidade do direito, (ii) de sua dimensão integradora e (iii) da cidadania e autolegislação. A crise de legitimidade da produção do direito refere-se ao

³⁵ CÔRTEZ, Soraya. Fóruns Participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: **Desenho institucional e participação política**: experiências no Brasil contemporâneo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005, p. 13-32.

³⁶ BLOTA, Vitor S. L. **Habermas e o Direito**: Da normatividade da razão à normatividade jurídica. São Paulo: Quartier Latin: 2010, p. 09.

reconhecimento das decisões do detentor do poder político institucional³⁷. Uma resposta possível à crise da legitimidade é a submissão do poder normativo estatal ao poder discursivo, construído coletiva e democraticamente, por sujeitos de direito livres e iguais, como sugere Habermas.

A crise de legitimidade do direito, por sua vez, leva ao enfraquecimento da capacidade de integração do direito e se apresenta como outro grande desafio para Ciência Jurídica³⁸, que pode encontrar também, como uma resposta possível, a abordagem discursiva da gênese de direitos, enquanto instrumentos normativos de integração social³⁹. A construção racional do direito, sob a égide do princípio do discurso, garantiria a legitimidade das normas jurídicas no Estado democrático de direito, como explica Habermas:

A teoria do discurso explica a legitimidade do direito com o auxílio de processos e pressupostos da comunicação – que são institucionalizados juridicamente – os quais permitem levantar a suposição de que os processos de criação e de aplicação do direito levam a resultados racionais⁴⁰.

Assim, nesta pesquisa nos propomos a discutir a força normativa da CIB, potencializando a discussão sobre a equidade de normas produzidas democraticamente, em instâncias sociais institucionalizadas, e a capacidade destas normas de aproximar a teoria jurídica da realidade social, na medida em que as políticas são construídas mediadas pela autogestão democrática. Isto ecoa, transversalmente, na promoção e garantia do direito constitucional à saúde, do Direito sanitário e dos princípios constitucionais da cidadania e participação popular (CF/88, art. 3º, 196 e 198), elencados entre os princípios fundamentais e como eixos norteadores da Carta Constitucional de 1988. Alinhados com a teoria de Habermas:

³⁷ FERRAZ JR., Tercio Sampaio. **Estudos de Filosofia do Direito**: Reflexões sobre o Poder, a Liberdade, a Justiça e o Direito. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2009a.

³⁸ HABERMAS, 2003a.

³⁹ Para Habermas, as tarefas básicas de integração social consistem em manutenção da ordem, distribuição e garantia social, proteção de identidades coletivas e tradições culturais. Cf. Habermas, 2003, p. 84 e ss.

⁴⁰ HABERMAS, op. cit., p. 153.

As máximas de interpretação e princípios jurídicos, canonizados na metodologia, só serão atingidos satisfatoriamente por uma teoria do discurso quando tivermos conseguido analisar melhor do que até hoje a rede de argumentações, negociações e comunicações políticas, na qual se realiza o processo de legislação.⁴¹

Nesse sentido, o reconhecimento da CIB como espaço *potencial* de gênese democrática de direitos, e a análise da efetividade de suas normas, contribuiria para o empoderamento dos usuários e a tomada de consciência sobre seu papel central na formulação, implementação e regulação das políticas, bem como na autogestão popular do SUS e, por via de consequência, de seus próprios interesses legítimos. No dizer de Habermas, a consciência de que a população “não é apenas cliente da administração e da jurisprudência, uma vez que representa um papel de autora e de público de cidadãos”⁴².

Aqui, retomamos a questão inicial: as recentes manifestações por democracia e participação nas decisões políticas demonstra que não há apatia, ou necessariamente, clientelização da sociedade civil. Antes, os espaços institucionais do Estado devem se abrir à participação da comunidade e esta, por sua vez, pode reconhecer estes espaços institucionais como espaços possíveis de participação e exercício da autonomia pública, ainda que não únicos. Neste sentido, as recentes manifestações indicam uma “vocação de rua”, uma vocação desinstitucionalizada de participação, o que é legítimo e aponta para um aprofundamento democrático, mais do que um fracasso da democracia. O que, ademais, já era previsto e querido pela CF/88, pois “A organização social desenhada nessa constituição prevê a participação do povo na gestão pública, seja ou não por via institucional”⁴³.

Se durante muito tempo, a questão central em termos de direitos fundamentais sociais foi sua constitucionalização, isto é, sua afirmação e reconhecimento pelas cartas políticas, superada esta fase, o reconhecimento de seu caráter pragmático e não apenas programático, hoje a questão que emerge é de sua garantia e implementação com equidade, legitimidade e respeito aos princípios

⁴¹ Ibid., p. 291

⁴² HABERMAS, 2003a, p. 131.

⁴³ DALLARI, 1996, p. 532, grifamos.

democráticos que regem o ordenamento jurídico-constitucional, sob pena de uma “simbolização” constitucional.

O sucesso dos direitos sociais, entendemos, repousa sobre o fortalecimento dos direitos ligados à autonomia pública e à permeabilidade institucional às novas formas de participação social e exercício político. Nos espaços de construção de direito positivo, a legitimidade repousa na radicalização da democracia.

1.2. A TEORIA DO DISCURSO DO DIREITO

Buscando compreender os processos deliberativos de formação das normas de direito sanitário, no espaço da CIB, adotamos como paradigma de análise a teoria do direito de Jürgen Habermas. Como explica Sen, “Habermas faz uma contribuição verdadeiramente definitiva para o esclarecimento do amplo alcance da argumentação pública e, em particular, da presença dupla no discurso político de ‘questões morais de justiça’ e ‘questões instrumentais de poder e coerção’”⁴⁴.

A teoria do discurso do direito de Habermas, segundo Alexy, procura mostrar que o princípio do discurso do direito pode ser realizado dentro de um sistema formal de direitos⁴⁵ e possibilitar uma análise discursiva dos processos deliberativos em espaços institucionais de deliberação legislativa (em sentido estrito) ou normativa (legislação em sentido amplo), tomando a construção teórica habermasiana como ponto de referência e ideal a ser alcançado. A teoria do direito de Habermas traz a idéia central de reconstrução paradigmática do direito democrático, baseado na autodeterminação de sujeitos de direito livres e iguais, em um sistema administrativo no qual o poder político esteja submetido ao poder comunicativo. Uma teoria do discurso que

⁴⁴ SEN, 2011, p. 359.

⁴⁵ ALEXY, 2009, p. 119-139.

[...] entende o Estado democrático de direito como a institucionalização de processos e pressupostos comunicacionais necessários para a formação discursiva da opinião e da vontade, a qual possibilita, por seu turno, o exercício da autonomia política e a criação legítima do direito⁴⁶.

Para Habermas, o direito de gênese democrática é aquele fruto da autolegislação racional de sujeitos livres e iguais, que se reconhecem reciprocamente, e orientam sua ação discursiva por pretensões de verdade. Este é o conteúdo central de seu princípio do discurso jurídico. Ele fala, idealmente, de um direito fundado em princípios de justiça e solidariedade. “(...) a justiça diz respeito à liberdade subjectiva de indivíduos inalienáveis; em contrapartida, a solidariedade prende-se com o bem-estar das partes irmanadas numa forma de vida compartilhada intersubjectivamente”⁴⁷.

O princípio do discurso do direito de Habermas determina que “são válidas as normas às quais todos os possíveis atingidos poderiam dar o seu assentimento, na qualidade de participantes de discursos racionais”⁴⁸, em outras palavras, são válidas as normas de gênese democrática, isto é, aquelas normas que estão subordinadas a um modelo de autolegislação no qual os destinatários são, simultaneamente, os autores do direito. “O direito vale não apenas porque é posto, mas sim quando é posto de acordo com um procedimento democrático, no qual se expressa intersubjetivamente a autonomia dos cidadãos”⁴⁹. Habermas explica que em sociedades complexas, próprias da modernidade em que macrovisões de mundo se rompem, o ideal de justiça não pode ser garantido apenas por um procedimentalismo estrito, formal e legalista. Nesse sentido, ele afirma que:

[...] a concepção liberal de lei foi esvaziada em seus dois elementos – generalidade como garantia da igualdade e correção, isto é, a verdade como garantia da justiça – a tal ponto que o preenchimento

⁴⁶ HABERMAS, 2003a, p. 181.

⁴⁷ HABERMAS, Jürgen. **Comentários á ética do discurso**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999, p. 19.

⁴⁸ HABERMAS, 2003, p. 142.

⁴⁹ NEVES, Marcelo. **Entre Têmis e Leviatã: Uma relação difícil: O Estado Democrático de Direito a partir e além de Luhmann e Habermas**. São Paulo: Martins Fontes, 2012, p. 114.

de seus critérios formais não basta mais para uma normatização adequada da nova matéria.⁵⁰

A teoria do discurso do direito é uma teoria procedimental de correção prática argumentativa, em que o procedimento quer definir regras e princípios para construção presumivelmente racional de pretensões de verdade. A aceitabilidade racional é o que imprime validade – no sentido que lhe dá Habermas, como a força vinculante de acordos racionalmente motivados⁵¹ – às verdades defendidas e criticáveis por argumentos, em condições comunicacionais idealmente pensadas. Este procedimento exige certos elementos indispensáveis a essa busca pelo estabelecimento de um acordo em comum: liberdade, igualdade e não-violência discursivas, contradição, informação, a consideração das consequências, ponderação e consideração a questões morais⁵².

Diferente de Luhmann, que vê no direito um sistema auto-referenciado, Habermas reconhece que o direito não se autorregula e não se autolegitima. Para sua fundamentação, há necessidade de um procedimento de bases presumivelmente racionais, morais, políticas e jurídicas. A teoria democrática de Habermas defende um “Estado constitucional democrático, cuja idéia fundamental se constitui na associação e autodeterminação de sujeitos de direito livres e iguais”⁵³. Leal explica que para Habermas, a deliberação popular é base para legitimidade da atuação do Poder Público⁵⁴.

1.3. AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES

Elegemos as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), como *locus* privilegiado de análise. A CIB foi instituída pela Norma Operacional Básica (NOB)

⁵⁰ HABERMAS, 2003, op. cit., p. 262.

⁵¹ HABERMAS, 2003.

⁵² ALEXY, Robert. **Constitucionalismo Discursivo**. 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011, p. 25-26.

⁵³ ALEXY, 2009, p.120

⁵⁴ LEAL, Rogério Gesta. **Os pressupostos epistemológicos e filosóficos da gestão de políticas públicas no Estado Democrático de Direito: uma perspectiva habermasiana** In: LEAL, Rogério Gesta (org.). **Direitos Sociais e Políticas Públicas: Desafios Contemporâneos**. Tomo 3. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 819-865.

01/93, com vistas à regionalização das ações e serviços de saúde, fomentando a integração dos diferentes sistemas municipais de saúde sob a coordenação dos governos estaduais, mas garantindo autonomia aos gestores municipais que integram a Bipartite. As CIB's são fóruns deliberativos e negociais⁵⁵, com a função precípua de elaborar propostas, acompanhar a implementação de políticas, avaliar seus resultados e definir a destinação de recursos⁵⁶. Biparte porque composta por gestores de duas esferas de governo: municipal e estadual. A Tripartite (CIT), instituída pela mesma NOB, congrega a esfera de gestão federal.

O caráter deliberativo da CIB é decorrência de expressa determinação legal, e a Intergestores está vinculada aos objetivos que lhe foram atribuídos por lei (*stricto sensu*) e pela normativa infralegal que regulamenta sua atuação. A CIB tem previsão legal na Lei n.º 8.080 de 1990, em seu artigo 14-A – incluída recentemente pela Lei n.º 12.466 de 2011: “Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”. E em seu parágrafo único estabelece como seus objetivos:

- I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;
- III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

A partir de uma situação específica, no artigo 19-P, da Lei 8.080 de 1990, é reconhecida legalmente a função normativa da CIB, isto é, seu poder para expedir

⁵⁵ NASCIMENTO, Paulo Roberto do. **Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos**. 2006. 180 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

⁵⁶ DALLARI, NUNES JÚNIOR, 2010.

normas juridicamente válidas, aplicáveis e exigíveis, e que vinculam as decisões de seus destinatários:

Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: [...] II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite.

De acordo com Côrtes, a CIB é resultado de uma demanda de gestores, que encontravam dificuldades em administrar um sistema federativo, viabilizando a coordenação vertical e horizontal de forma descentralizada. Assim, a proposta de criação das CIB's e CIT's foi articulada junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) por gestores estaduais e municipais, que buscavam maior autonomia e gerência do sistema:

O Conselho Nacional de Saúde propôs a criação de uma comissão especial para “discutir e elaborar propostas para implementação e operacionalização dos Sistema Único de Saúde (...) a ser construída pelas três instâncias gestoras governamentais”. O Ministério da Saúde, seguindo recomendação do Conselho, criou em 1991 “uma comissão técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implementação e operacionalização do Sistema Único de Saúde”, que viria a ser conhecida como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).⁵⁷

A NOB 01/93, que estabeleceu o novo desenho organizacional, com a CIB nos Estados e com a CIT, no âmbito federal, chega em um momento em que “os novos dirigentes federais eram claramente identificados com o movimento sanitário e mais permeáveis às propostas de aprofundamento da municipalização e descentralização do sistema”⁵⁸. A NOB promoveu uma descentralização política, com a valorização dos municípios e previsão legal da municipalização da gestão em saúde, pelo reconhecimento da diversidade de situações regionais. Avançou também

⁵⁷ CÔRTEZ, Soraya Vargas et. al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais. In CÔRTEZ, Soraya Vargas (org.) **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, pp. 41-71, p. 63.

⁵⁸ Ibid., p. 64.

na afirmação da participação popular e abriu possibilidades de novos modelos de assistência à saúde, na articulação entre Estado e municípios⁵⁹.

A CIB possui, portanto, desde sua concepção, uma vocação tecnodemocrática e um caráter deliberativo alinhado com as diretrizes do SUS e que se reflete, formal e potencialmente, nas normas que dela emanam. As comissões intergestores, ao lado das instâncias tradicionais de participação e controle social (Conselhos e Conferências) compõem “a complexa engenharia política de representação e articulação de interesses”⁶⁰ em saúde pública.

No espaço das Comissões pode se verificar a “rede de argumentações, negociações e comunicações políticas, na qual se realiza o processo de legislação”⁶¹. Dentro de uma perspectiva ampliada de legislação, necessária a um sistema jurídico complexo que não se limita ao reconhecimento da lei em sentido estrito, como aquela emanada do Poder Legislativo – espaço tradicionalmente associado à produção normativa –, a CIB cumpre a função legislativa de estabelecer as normas infralegais que regulamentam e pormenorizam as leis. Estas normas infralegais buscam responder à previsão constitucional, contida no artigo 198, para que as ações e serviços públicos de saúde possam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. Isto visa garantir a racionalização e otimização dos recursos empregados, com a criação de um sistema de referência e contra-referência⁶². Dessa forma, busca-se reduzir o impacto econômico da demanda sempre crescente em saúde e viabilizar a gestão do SUS.

A organização das regiões sanitárias pressupõe o estabelecimento de acordos intergovernamentais entre os entes federados, para gestão regionalizada da saúde. Isso se dá, no âmbito estadual, através das CIB's. “Nessas comissões, denominadas Bipartites, têm assento representações dos gestores de nível municipal

⁵⁹ PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

⁶⁰ LIMA, Nísia Trindade et. al. (org.). **Apresentação In. Saúde e democracia**: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 16

⁶¹ HABERMAS, 2003, p. 291.

⁶² DALLARI, NUNES JÚNIOR, 2010.

e estadual. As intergestores são, portanto, espaços de negociação”⁶³. Dessas negociações, emanam as normas que orientarão a atuação administrativa no âmbito do SUS e que devem, necessariamente, ser levadas em consideração pelos Poderes Executivo e Judiciário, em suas respectivas esferas de competência, para garantia do direito à saúde, como reflexo da deliberação e da vontade popular.

O Decreto nº 7.508/2011, em seu Art. 2º, IV, dispõe que as Comissões Intergestores são “instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS”. Essas pactuações, quanto aos “aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, [são] aprovados pelos respectivos conselhos de saúde” (Art. 32, I). As Comissões Intergestores corresponderiam, portanto, na teoria habermasiana a:

[...] arenas nas quais pode acontecer uma formação mais ou menos racional da opinião e da vontade acerca de matérias relevantes para toda a sociedade e necessitadas de regulamentação. O fluxo comunicacional que serpenteia entre formação pública da vontade, decisões institucionalizadas e deliberações legislativas garante a transformação do poder produzido comunicativamente, e da influência adquirida através da publicidade, em poder aplicável administrativamente pelos caminhos das legislações⁶⁴.

As Intergestores são espaços de negociação compostos apenas por atores estatais (gestores municipais e estaduais), o que fragiliza seu potencial democrático-discursivo. Contudo, há a possibilidade de que atores societais participem e colaborem com as discussões nas reuniões da CIB, que são públicas, e cujas demandas em pauta podem ser originárias dos Conselhos (Lei nº 8.142/1990, art. 1º, §2º). Ademais, suas deliberações, quando versam sobre a política estadual de saúde, devem estar sob o escrutínio destes Conselhos, conforme o artigo 1º, Parágrafo Único do Regimento Interno. Estes são aspectos que potencializam uma maior permeabilidade social, neste fórum que é composto exclusivamente por gestores.

⁶³ NASCIMENTO, 2006, p. 16

⁶⁴ HABERMAS, 2003a, p. 22.

A CIB, ainda, está sujeita ao controle de uma esfera pública crítica não institucionalizada, que tem a seu dispor instrumentos constitucionais de participação popular e, ainda, a tutela jurisdicional de seus interesses, eventualmente violados ou ameaçados de lesão, pelo desrespeito ao ordenamento jurídico e aos procedimentos e princípios discursivos de formação racional de vontades.

A CIB funciona como um sistema parcial especializado em decisões, submetido a uma formação democrática e institucionalizada de vontade, onde o princípio do discurso do direito pode se manifestar por meios de procedimentos discursivo-democráticos necessários à tomada racional de decisões, sem perder de vista o controle exercido pela esfera pública organizada. Como aconteceria em outros espaços deliberativos, com o próprio Poder Legislativo, não há participação direta e contínua da sociedade civil. O Poder Legislativo, porém, busca legitimar-se como espaço formado por representantes eleitos diretamente o que, formalmente, garantiria seu caráter democrático, e por procedimentos legais garantir seu caráter racional. Os integrantes da CIB, porém, não são eleitos pelo voto popular, mas indiretamente, indicados pelo Governador e pelos prefeitos eleitos. Neste sentido, a CIB ser composta exclusivamente por atores estatais não traria, *a priori*, obstáculo ao princípio do discurso do direito.

Habermas reconhece que as arenas deliberativas não podem abarcar a totalidade dos atores envolvidos nas questões coletivas, razão pela qual se faz necessária uma representatividade legítima dos interessados e potenciais atingidos. No entanto, as deliberações devem ser públicas e inclusivas, permeáveis à participação popular e à regulação social, por meio de uma esfera pública ativa. “A opinião pública transformada em poder comunicativo segundo processos democráticos não pode ‘dominar’ por si mesma o uso do poder administrativo, mas pode, de certa forma, direcioná-lo”⁶⁵. No caso das Intergestores, isto se daria através dos Conselhos e Conferências da saúde de um lado, e pelo aprofundamento da

⁶⁵ HABERMAS, 2003a, p. 23.

participação de atores sociais, de outro. O papel da CIB, ou seu sentido operacional, enquanto instância deliberativa, na concepção habermasiana,

[...] não consiste tanto na descoberta e identificação de problemas, como na elaboração, ou seja, consiste menos na sensibilização para novas colocações de problemas do que na justificação da escolha dos problemas e na decisão entre propostas de solução concorrentes. As esferas públicas das corporações parlamentares estruturam-se quase sempre como um *conjunto de justificação*. Elas dependem não somente do trabalho e da reelaboração administrativa, como também do *contexto de descoberta* de uma esfera pública não regulada através de processos, da qual é titular o público dos cidadãos em geral⁶⁶. (sublinhamos)

1.3.1. A Comissão Intergestores Bipartite - Bahia.

A CIB-Bahia foi instituída pela portaria n.º 2.094/1993, da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), na esteira da NOB 01/93. No período sob análise, o biênio de 2007-2008, a CIB-Bahia aprovou, seu regimento interno, através da Resolução CIB n.º 145/2007. A resolução foi aprovada na 3ª Reunião Extraordinária realizada em 05 de outubro de 2007.

Sua natureza é definida, no artigo 1º, como um fórum privilegiado de negociação e pactuação entre os gestores dos níveis estadual e municipal, para operacionalização e regulamentação das políticas sanitárias no SUS, em acordo com a legislação pertinente. Na busca por descentralização e municipalização, em seu artigo 3º, traz como finalidade precípua “promover a orientação, a regulação e a avaliação dos aspectos operacionais do processo de descentralização das ações e serviços de Saúde no âmbito Estadual”.

O ano de 2007 traz uma peculiaridade marcante, no cenário político baiano. É um ano de ruptura, em que uma tradição administrativa de moldes historicamente liberais, o Partido da Frente Liberal (PFL, hoje Democratas – DEM),

⁶⁶ HABERMAS, 2003a, p. 32.

perde as eleições estaduais para o Partido dos Trabalhadores (PT). Esta transição é sentida no discurso dos atores estatais na Intergestores, pela defesa de uma nova forma de gerir a saúde e a crítica ao governo passado, isto resulta em uma *partidarização* das disputas de interesse, o que pode ser problemático em um espaço de pactuação, como a CIB.

Tomando o ideal deliberativo de busca de consenso, da teoria jurídica de Habermas, espera-se que as decisões coletivas sejam mais orientadas pelo bem-comum e por valores morais de justiça, isto é, valores universais que devem prevalecer sobre os interesses particulares ou de pequenos grupos. Trata-se de valores que permeiam determinadas responsabilidades assumidas pelo Estado, como a promoção da saúde e educação, por exemplo. Ainda, os acordos consubstanciados em normas, devem ser pautados por uma determinada racionalidade que confira aceitabilidade por parte da comunidade jurídica. Esta aceitabilidade está pautada na pressuposição de determinados padrões de racionalidade e escolhas coerentes com o sistema jurídico na formulação das normas⁶⁷, sejam estas constitucionais, legais ou infralegais.

Finalmente, dentro do princípio democrático, não apenas a participação e a construção presumivelmente racional, mas também a pluralidade de partidos é essencial para garantir, em alguma medida, a presunção de consentimento do maior número possível de potenciais destinatários das normas formuladas nestes fóruns, ainda que não sejam compostos por parlamentares diretamente eleitos, mas por gestores. Como explica Habermas:

Da lógica dos discursos resulta também o princípio do *pluralismo político* e a necessidade de complementar a formação da opinião e da vontade parlamentar, bem como os partidos políticos, através de uma formação informal da opinião na esfera pública política, aberta a todos os cidadãos.⁶⁸

⁶⁷ FERRAZ JR., 2009.

⁶⁸ HABERMAS, 2003, p. 214.

O período analisado é marcado, também, por um intenso alinhamento com o governo federal petista e, se por um lado o discurso dos gestores na CIB mostra uma harmonia com os princípios e diretrizes do SUS, Paim faz críticas ao aprofundamento da burocratização, corporativismo, e à já citada “partidarização” das disputas de interesse ⁶⁹.

1.4. EFETIVIDADE E VALIDADE SOCIAL.

As normas de Direito Sanitário fazem parte de um conjunto sistematizado e harmônico, unidas de forma lógica, sistêmica e funcional ⁷⁰. As normas sanitárias, como de resto todas as normas jurídicas dotadas de validade jurídica e vigência, integram o sistema jurídico e estão interligadas de forma dinâmica e hierarquicamente organizadas. A vigência é o tempo de validade da norma, o período em que ela integra o ordenamento com condições formais de produzir efeitos. A validade, no sentido técnico-formal, caracteriza-se pelo cumprimento das exigências legais para sua promulgação e ingresso no ordenamento jurídico. É válida a norma “que esteja *integrada* no ordenamento. Exige-se, pois, que seja cumprido o processo de formação ou produção normativa, em conformidade com requisitos do próprio ordenamento” ⁷¹.

O ordenamento jurídico caracteriza-se como um conjunto de elementos normativos e de princípios jurídicos, que estabelece as regras de interação destas normas e princípios entre si. Sua natureza dinâmica provém, em oposição à idéia de sistema estático ⁷², das contínuas transformações, reformas, ingresso e revogação de normas e princípios, reconhecimento de novos direitos e titulares destes direitos, e decisões que alteram a interação e a própria existência jurídica desses elementos normativos. Se vigência é o tempo de validade da norma, a eficácia diz respeito à

⁶⁹ PAIM, 2008.

⁷⁰ AITH, 2007.

⁷¹ FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. . **Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2013, p. 165.

⁷² Ibid.

possibilidade *formal* de produzir efeitos jurídicos, uma vez cumpridos determinados requisitos.

A idéia de efetividade que adotamos, por sua vez, faz referência “às condições de aplicabilidade, exigibilidade e *executoriedade* da norma, como possibilidade de sua aplicação jurídica”⁷³. Esta efetividade, como defendemos, tem respaldo na legitimidade da CIB e seu poder normativo, enquanto espaço de gênese democrática de direitos, e na sua inserção dentro da lógica sistêmica do ordenamento brasileiro. Na dogmática jurídica, efetividade e validade não se confundem e uma norma pode ser válida, sem necessariamente ser eficaz ou efetiva, mas a validade é elemento indispensável para caracterização da efetividade das normas da CIB, no sistema funcional do Direito Sanitário.

De acordo com Bobbio, a efetividade – ou eficácia material – de uma norma relaciona-se com a possibilidade dela ser ou não seguida pelos seus destinatários e, no caso de violação ou descumprimento da norma, a possibilidade de utilização de meios coercitivos e sanções⁷⁴. Para José Afonso da Silva a efetividade, ou eficácia social, refere-se à real efetivação da norma, em outras palavras, sua concreta efetivação⁷⁵:

Eficácia do Direito: torna-se a expressão em dois sentidos. A *eficácia social* designa uma efetiva conduta acorde com a prevista pela norma; refere-se ao fato de que a norma é realmente obedecida e aplicada; nesse sentido, a eficácia da norma diz respeito, como diz Kelsen, ao “fato de que ela é efetivamente aplicada e seguida, da circunstância de uma conduta humana conforma à norma se verificar na ordem dos fatos”. É o que tecnicamente se chama *efetividade* da norma.

A efetividade, portanto, é a capacidade da norma atingir seus objetivos e metas previamente acordados como, por exemplo, promover e ampliar o processo de descentralização administrativa, regular e orientar ações em saúde a partir de

⁷³ FERRAZ JUNIOR. Tercio Sampaio. **Teoria da Norma Jurídica:** Ensaio de Pragmática da Comunicação Normativa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 119, grifamos.

⁷⁴ BOBBIO, Norberto. **Teoria da Norma Jurídica.** 5ª ed. São Paulo: EDIPRO, 2012, p. 49.

⁷⁵ SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais.** 7ª ed. São Paulo: Malheiros, 2008, p. 13.

determinadas diretrizes, fiscalizar a atuação de municípios, estabelecer procedimentos e racionalizar a adoção de políticas etc. Quando se fala em eficácia social da norma, para referir-se à efetividade, está-se pautando pela noção de produção social de efeitos, na persecução do objetivo final da norma que é o controle ou regulação das relações sociais. Eficácia jurídica, ou formal, é apenas a possibilidade e condições formais para se atingir esta finalidade ⁷⁶.

A efetividade das normas emitidas pela CIB, assim, está ligada à força normativa das normas infralegais, sua aplicabilidade direta e imediata, “na extensão máxima de sua densidade normativa” ⁷⁷ e exprime uma relação entre o aspecto dispositivo (aspecto relato) de uma norma e sua coercitividade (aspecto-cometimento) ⁷⁸, enquanto norma de natureza jurídica. Tomando a teoria do direito formulada por Habermas, a efetividade corresponde ao que ele chama de “validade social”:

A validade social de normas do direito é determinada pelo grau em que consegue se impor, ou seja, pela sua possível aceitação fática no círculo dos membros do direito. (...) A legitimidade de uma regra independe do fato de ela conseguir impor-se. Ao contrário, tanto a validade social, como a obediência fática, variam de acordo com a fé dos membros da comunidade de direito na legitimidade, e esta fé, por sua vez, apóia-se na suposição da legitimidade, isto é, na fundamentabilidade das respectivas normas ⁷⁹.

Optou-se pelo termo “efetividade”, apesar de ser expressão polissêmica e de aplicação diversa, nos diversos campos de conhecimento ⁸⁰, e não “validade social” como designa Habermas, pelo reconhecimento do termo efetividade por parte da comunidade jurídica e sua representatividade semântica, como construção teórica, jurisprudencial e social (necessariamente) da garantia dos direitos fundamentais e de

⁷⁶ SILVA, 2008, p. 65-66.

⁷⁷ BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011

⁷⁸ FERRAZ JUNIOR, 2009.

⁷⁹ HABERMAS, 2003a, p. 50.

⁸⁰ Por campo, entende-se com Bourdieu, “o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência”, cf. BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004, p. 20.

sua exigibilidade e aplicabilidade, para além de direitos meramente programáticos, ou simbólicos.

1.5. O PODER NORMATIVO DA CIB E SUAS RESOLUÇÕES

A CIB é concebida, desde o início, como uma instância de negociação e pactuação dos aspectos operacionais dos SUS. A Lei 8.080/1990 reconhece sua legitimidade para decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada (municípios e Estado), definir diretrizes na organização das redes de ações e serviços de saúde e aos aspectos vinculados à integração destas ações (artigo 14-A). Também reconhece a efetividade de suas pactuações, expressamente no caso das responsabilidades pelo fornecimento de medicamentos não previstos em protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas no âmbito estadual, de forma suplementar (artigo 19-P).

O poder normativo, amplamente compreendido, significa o poder conferido à Administração Pública de editar atos normativos infralegais, que regulamentam as leis *stricto sensu*, buscando sua fiel execução. “Por conterem normas gerais, muitas leis, para adquirirem eficácia técnica, exigem detalhamentos. Os regulamentos, assim, explicitam as normas legais, tendo em vista sua execução”⁸¹. Estas normas não podem, em tese, contrariar os conteúdos normativos da lei, atendendo, assim, ao conteúdo *liberal* do princípio da legalidade.

Nesse sentido, o poder normativo da CIB consiste no poder para expedir normas jurídicas sanitárias gerais e abstratas, que regulamentem, conforme previsão legal, os aspectos operacionais das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no SUS, à luz do Direito Sanitário. O poder normativo executivo decorre das configurações próprias das sociedades complexas, do alargamento das funções do Estado e da complexidade crescente dos ordenamentos jurídicos, que leva à

⁸¹ FERRAZ JUNIOR, 2013.

“proliferação das normas jurídicas de regulamentação, ou seja, de normas jurídicas infralegais, produzidas a partir das Leis por autoridades administrativas dotadas de poder normativo”⁸².

A normativa infralegal sanitária corresponde ao conjunto de normas que pormenoriza a organização do SUS, inclusive no que se refere à distribuição de competências, atribuições de responsabilidades, evitando a duplicidade de gastos, para conferir eficiência, economia e agilidade ao Sistema, buscando garantir o acesso racional e equitativo aos bens e serviços de saúde. Estas normas são resultado de um processo democrático-deliberativo e formuladas a partir de estudos técnicos, participação da comunidade científica e da sociedade civil, com atenção a aspectos sanitários, sociais e econômicos, e não devem ser desconsideradas.

Conforme Habermas, citando Günther, os juízes e, *mutatis mutandi*, todo aquele que trabalha sob a égide do sistema jurídico tal como os gestores públicos, “[...] só podem solucionar colisões de normas se assumirem ‘que todas as normas válidas formam, em última instância, um sistema ideal e coerente, que permite apenas uma resposta correta para situação de aplicação’”⁸³. As normas infralegais não estão descoladas do ordenamento jurídico, mas ao contrário, inseridas nesse sistema normativo, desempenham um papel fundamental na lógica dinâmica do ordenamento e em sua relação com as demais normas constitucionais e legais. Ainda com Habermas, contribuindo para este entendimento:

[...] o advento e o crescimento do Estado-gestor tornou muito mais complexa a legislação como fonte do direito. Se no início ela pôde restringir-se à produção de leis, hoje abarca um rol enorme de atos, como resoluções, regimentos, instruções normativas, circulares, ordens de serviços etc. que, em tese (liberal), deveriam estar subordinadas às leis enquanto expressão da vontade do povo, mas que, na prática, implodem a chamada estrutura hierárquica das fontes⁸⁴.

⁸² AITH, 2007, p. 108.

⁸³ HABERMAS, 2003, p. 290.

⁸⁴ Ibid., p. 202.

Devido à generalidade de determinadas leis, para que estas tenham efetividade, é necessário detalhamento infralegal⁸⁵. Não é suficiente estabelecer que há direito, por exemplo, à assistência farmacêutica. É preciso que se estabeleça questões de financiamento e acesso a esses medicamentos, qual o ente público responsável pelo seu fornecimento, quais os medicamentos e insumos, entre aqueles disponíveis no mercado, que serão adquiridos pela Administração Pública etc. Esta é uma demanda resultante do alargamento do Estado-provedor e da crescente complexidade da atuação administrativa moderna.

A necessidade de regulação mais detalhada e de uma atuação normativa do Poder Executivo é resposta à crescente complexidade da sociedade. Para se manter o núcleo democrático do sistema, porém, é imperativo que estas normas tenham respaldo na soberania popular. A participação cidadã nos processos democráticos, na formação e orientação de políticas públicas é um dos elementos que responde à necessária submissão do poder administrativo ao poder comunicativo e ao princípio da democracia⁸⁶.

No cumprimento deste papel regulatório, como espaço de instrumentalização do direito social à saúde, a CIB expede resoluções, normas jurídicas infralegais, que designamos como *direitos meio*, isto é, direitos a procedimentos específicos que garantam a realização do direito à saúde (direito fim, *in casu*). São estes direitos meio que traduzem os aspectos operacionais e as diretrizes organizacionais, que competem à Intergestores.

Assim, as resoluções da CIB atendem ao primado da segurança jurídica e da racionalização do ordenamento, de forma que os sujeitos potencialmente atingidos saibam como o direito será garantido e possam mesmo, se for o caso, questionar estes direitos meio, judicialmente. À CIB compete pactuar a operacionalização das políticas de saúde que, por sua vez, são o instrumento eleito pela CF/88, para garantia do direito à saúde. Ignorá-las é aceitar o risco de fazer do SUS um conjunto

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Idem, 2003a.

de normas eminentemente simbólicas, impedindo a concretização normativa do texto legal e, conseqüentemente, sua efetividade. Com efeito, “[...] quando o legislador se restringe a formular uma pretensão de produzir normas, sem tomar providência no sentido de criar pressupostos para eficácia, apesar de estar em condições de criá-lo, há indício de legislação simbólica”⁸⁷.

Como normas jurídicas, estas resoluções não devem ser ignoradas, pois são construídas democraticamente e inseridas em um contexto coerente de normas, isto é, no ordenamento jurídico, são normas sanitárias válidas e que integram um sistema harmônico e funcional. Estas resoluções obrigam, assim, seus destinatários⁸⁸ tendo, de um lado, a Administração Pública obrigada a fornecer determinados serviços ou bens, com respeito aos critérios estabelecidos democraticamente. De outro lado, o usuário deve ter a segurança que, respeitando estes direitos meio, atingirá o direito fim com isonomia.

Os direitos meios garantiriam, no plano ideal, as “regras do jogo” que, publicamente conhecidas e efetivas, protegem o cidadão de condutas arbitrárias (comissivas ou omissivas) do Estado, bem como promoveriam a eficiência e racionalização dos serviços e interesses coletivos implicados. *Mutatis mutandi*, não diferem substancialmente dos direitos processuais, que estabelecem como se dá a tutela jurisdicional de determinado direito em litígio. Assim,

Os direitos processuais garantem a cada sujeito de direito a pretensão de um processo equitativo, ou seja, uma clarificação discursiva das respectivas questões de direito e de fato; deste modo, os atingidos podem ter a segurança de que, no processo, serão decisivos para a sentença judicial argumentos relevantes e não arbitrários.⁸⁹

O que chamamos de direito meio são direitos de natureza administrativa, consubstanciados em normas infralegais, e que consistem no direito ao acesso a determinado bem ou serviço público de saúde, de acordo com as deliberações das

⁸⁷ NEVES, 2007, p. 31.

⁸⁸ HABERMAS, 2003.

⁸⁹ Ibid., p. 274.

instâncias competentes, que vinculam a atividade administrativa e, também, a forma de acesso a esses bens e serviços. Esta caracterização das normas infralegais que emanam das CIB's, como direitos meios, tem sua fundamentação no artigo 196 da CF/88, que garante a saúde como direito de todos, “garantido mediante políticas sociais e econômicas”, e sinaliza na direção da validade jurídica e efetividade das normas infralegais, e de um procedimento/meio específico para garantia do direito à saúde.

Ao reconhecer que a efetivação do direito à saúde depende destas políticas, bem como ao eleger a cidadania e a participação popular como eixos do Estado nacional e, notadamente, da atuação estatal em saúde, a CF/88 indica a necessidade da construção democrática das normas infralegais e de sua importância e efetividade, no bojo do ordenamento jurídico nacional.

Para respeitar o princípio da justiça social e promover o direito à saúde, deve-se considerar essas normas e reconhecer seu lugar na lógica do sistema jurídico. Seguimos Habermas no entendimento de que o paradigma da estrita legalidade foi superado pelo da dignidade humana⁹⁰. No ordenamento brasileiro, contudo, a lei segue se afastando de seu conteúdo ético e de seu fundamento maior, a justiça, para se afirmar como o núcleo auto-referenciado e autolegitimado (*Selbstzweck*⁹¹) do sistema jurídico, pautado pela noção positivista de que o bem-comum é atingido pela obediência a leis e que a justiça seria tudo aquilo que a lei, ou os procedimentos legais definissem como justo.

Contudo, conforme Habermas, entendemos que “o que garante a justiça da lei é a gênese democrática e não os princípios jurídicos *a priori*, aos quais o

⁹⁰ “Na linguagem dos direitos e dos deveres, a comunidade de seres morais, que fazem suas próprias leis, refere-se a todas as relações que necessitam de um regulamento normativo. [...] a “dignidade humana”, entendida em estrito sentido moral e jurídico, encontra-se ligada a essa simetria de relações. Ela não é propriedade que se pode “possuir” por natureza, como a inteligência ou os olhos azuis. Ela marca, antes, aquela “intangibilidade” que só pode ter um significado nas relações interpessoais de reconhecimento recíproco e no relacionamento igualitário entre as pessoas” (Habermas, **O Futuro da Natureza Humana**. 2ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, p. 47).

⁹¹ Do alemão, pode ser traduzido como “fim em si mesmo”.

direito deveria corresponder”⁹². Segundo ele, a concepção liberal de legalidade concentra-se em uma interpretação estreita do conceito de lei, caracterizando-a a partir de princípios semânticos gerais e abstratos, nos quais a lei se confirma como tal pelo preenchimento de aspectos meramente formais. Contudo, “[...] Quando nos apoiamos numa teoria procedimental, a legitimidade de normas jurídicas mede-se pela racionalidade do processo democrático da legislação política”⁹³.

Esta racionalidade consiste em uma busca por entendimento sobre pretensões de verdade problemáticas, a partir de negociações reguladas por procedimentos fundamentados discursivamente. A validade das normas jurídicas se assenta em um processo democrático-deliberativo, orientado pela participação e regulação de sujeitos de direitos livres e iguais.

[...] o conceito de direito moderno – que intensifica e, ao mesmo tempo, operacionaliza a tensão entre facticidade e validade na área do comportamento – absorve o *pensamento democrático*, desenvolvido por Kant e Rousseau, segundo o qual a pretensão de legitimidade de uma ordem jurídica construída com direitos subjetivos só pode ser resgatada através da força socialmente integradora da “vontade unida e coincidente de todos” os cidadãos livres e iguais⁹⁴.

Ao fazer sua construção teórica dos espaços deliberativos de gênese democrática de direitos, Habermas⁹⁵ pensa em termos de um modelo ideal, ciente de que nenhuma sociedade complexa conseguiria corresponder ao modelo de socialização comunicativa pura, pois os atos comunicativos decisórios institucionalizados estão sujeitos aos limites de tempo e espaço, distribuições desiguais de competências e conhecimentos, distribuição casual e desigual de capacidades individuais, etc. O conceito procedimental de democracia acolhe estas *facticidades sociais* e busca, pelo *medium* do direito, reduzir normativamente a complexidade das relações sociais e compensar as desigualdades, limitações e indeterminações que se inserem no bojo dos processos de socialização comunicativa.

⁹² HABERMAS, 2003, p. 235.

⁹³ Ibid., p. 290.

⁹⁴ HABERMAS, 2003a, p. 53.

⁹⁵ Ibid., p. 54-55.

Os espaços de deliberação se formam, para além dos espaços institucionais, através de movimentos sociais que interagem na comunicação e no debate político, com a articulação de enfoques diversos, o que concretiza, em certa medida, a idéia de democracia deliberativa, baseada na comunicação e diálogo, não na dominação. Bohman defende que a deliberação e o consenso são “termos chaves à hora de definir a democracia e a política de governo” ⁹⁶, sendo essencial a participação dos cidadãos nesses processos, para consolidar a democracia.

O exercício pleno da cidadania é indispensável para limitar a atuação do Estado, reduzir as diferenças e fomentar o controle social sobre a Administração ⁹⁷. O núcleo da ideia de cidadania, para Habermas, é formado pelos direitos políticos de participação, isto é, em uma autonomia pública protegida pelo sistema de direitos fundamentais. Neste sistema de direitos fundamentais, “os direitos de participação política possibilitam ao cidadão ativo uma participação no processo democrático de formação da opinião e da vontade” ⁹⁸, que são o alicerce de construção das políticas públicas garantidoras dos direitos sociais neste mesmo sistema, isto é, dos direitos à segurança social (trabalho, saúde, educação, moradia etc.).

Para Habermas, pelo exercício desta autonomia pública, pode-se superar a excessiva regulação administrativa, com o fortalecimento dos espaços deliberativos e o protagonismo dos cidadãos que assumem, enfim, seu papel dirigente nas políticas públicas. O cidadão não é apenas a fonte indireta de normas, através de representantes eleitos, ou diretamente, por meio de referendos legislativos. Nas palavras de Müller, o povo é o destinatário das prescrições normativas e fundamento do ordenamento jurídico democrático ⁹⁹ e, portanto, a legitimidade deste ordenamento se assenta em sua participação na construção deliberativa das normas que ordenam, regulam, direcionam e limitam a atuação do Estado.

⁹⁶ BOHMAN *Apud* LEAL, op. cit, p. 843

⁹⁷ SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

⁹⁸ HABERMAS, 2003, p. 107.

⁹⁹ MÜLLER, 2010.

Seguindo o pensamento de Alexy¹⁰⁰, o discurso ideal pertence ao plano das ideias. Contudo, a teoria do discurso mostra-se como um plano regulativo muito útil, quando se persegue instrumentos para construção racional do discurso jus-político democrático. Para a gênese democrática de direitos, quando não se é possível neutralizar as relações de poder que concretamente são verificadas na práxis política, as negociações são pressuposto da construção do discurso racional. É através destas negociações e dos acordos estabelecidos que se busca encontrar pontos de equilíbrio entre interesses conflitantes. A democracia deliberativa deve ser pautada pela racionalidade discursiva e busca de consenso, não pela racionalidade estratégica que busca vantagens individuais ou para pequenos grupos:

O processo de formação racional da vontade política implica uma conexão complexa entre o discurso pragmático, o ético-político, o moral, o jurídico e as negociações reguladas procedimentalmente. Esse processo complexo explica “a *aceitabilidade* racional dos resultados alcançados conforme o procedimento”. Porém, como já observado acima, Habermas não se afasta totalmente de suas posições anteriores: a questão moral (da justiça), que implica a pretensão de universalidade, tem prevalência sobre as questões jurídicas, ético-políticas e pragmáticas.¹⁰¹

Ao tratar do problema da representatividade dos tribunais constitucionais alemães, Alexy sustenta a idéia de representatividade argumentativa, que se alinha bem com a construção teórica de Habermas e com a análise específica da CIB:

O abarcamento da argumentação no conceito de democracia torna a democracia deliberativa. A democracia deliberativa é a tentativa de institucionalizar o discurso, tão amplamente quanto possível, como meio de tomada de decisão pública. Desse fundamento, a união entre o povo e o parlamento precisa ser determinada não somente por decisões, que encontram expressão em eleições e votações, mas também por argumentos. Desse modo, a representação do povo pelo parlamento é, simultaneamente, volicional ou decisionista e argumentativa ou discursiva.¹⁰²

As decisões CIB não apresentam os mesmos problemas abordado por Alexy, quanto às decisões dos tribunais constitucionais e, portanto, não sofrem da

¹⁰⁰ ALEXY, 2011, p. 28.

¹⁰¹ NEVES, p. 120-121.

¹⁰² ALEXY, 2011, p. 163, grifamos.

mesma dúvida quanto à sua representatividade. Os membros da CIB são indicados pelos prefeitos e pelo Governador eleitos pelo voto direto. Suas deliberações não vão de encontro à legislação em sentido estrito, não validam ou desvalidam, em face de uma norma referencial maior como fazem os tribunais constitucionais. As normas infralegais expedidas pela CIB estão necessariamente submetidas à lei, tendo por função precípua regulamentar ou construir mecanismos para efetivação das previsões legais.

Ainda, apesar de não haver um controle direto sobre os membros da CIB, não havendo previsão de participação ou controle direto do cidadão nas reuniões do fórum, suas deliberações estão sujeitas a uma esfera pública crítica que tem, de um lado, um controle sobre os gestores eleitos (prefeitos e governadores), que pode ser exercido nos mesmos moldes do Poder Legislativo: pressão popular e voto. Apesar dos gestores não serem diretamente eleitos, eles são indicados por gestores que foram democraticamente eleitos. Finalmente, esta esfera pública têm meios previstos legalmente para judicializar as decisões negociadas na Intergestores.

Estes aspectos, sem dúvida, não neutralizam as limitações democráticas da CIB, quando consideramos o princípio do discurso de direito, paradigma de análise desta pesquisa. Não têm o condão de fazê-lo, mas aproximam este espaço do controle e participação sociais que, apesar da necessidade de aprofundamento, indicam na direção da permeabilidade democrática da Intergestores.

Assim, há para a CIB-Bahia o que convencionaremos chamar de tripé de legitimidade institucional-democrática: i) a CIB se insere no sistema jurídico, tendo previsão legal (Lei 8.080/1990) e com poder normativo respaldado na CF/88, art. 84, IV e VI, não excedendo os limites de regulamentação dos aspectos operacionais (suporte normativo); ii) possibilidade de controle pelos Conselhos Estaduais de Saúde da atuação da CIB, e necessário referendo ou aprovação das definições e propostas, referentes à Política Estadual de Saúde, apresentadas pela CIB-Bahia (suporte fático-democrático) e; iii) espaços com potencial para pactuação e construção discursivo-racional das normas que formulam (suporte discursivo – suporte ideal).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Para caracterizar o poder normativo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), enquanto espaço de gênese democrática de direitos, e a efetividade de suas resoluções, esta pesquisa analisou a dinâmica deliberativa de construção destas normas infralegais, no contexto do Sistema Único de Saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Discutir e caracterizar o poder normativo da CIB;
- b) Discutir a legitimidade da CIB como instância de gênese democrática de direitos;
- c) Discutir e caracterizar a efetividade jurídica das normas infralegais emanadas pela CIB;
- d) Analisar os processos deliberativos da CIB-Bahia (2007-2008) na operacionalização de políticas públicas de saúde, inscritos nas respectivas atas;
- e) Analisar a relação estabelecida entre as resoluções da CIB-Bahia e as do Conselho Estadual de Saúde-Bahia;

3. METODOLOGIA

Nesta pesquisa, adotamos uma metodologia qualitativa que, diante da amplitude da temática, possibilita múltiplos desdobramentos analíticos e o aprofundamento da investigação e debate, capaz de introduzir novas formas de intervenção e solução das questões levantadas pela pesquisa ¹⁰³.

Buscando atender coerentemente a complexidade do objeto de estudo, a estratégia metodológica adotada pode ser definida como uma análise documental de perspectiva histórico-institucional. A ênfase analítica central focou as dinâmicas e processos discursivos dos agentes e suas relações, no contexto institucional em que se encontravam ¹⁰⁴. A CIB foi analisada a partir da dinâmica das discussões em reuniões plenárias ordinárias e extraordinárias, de onde emergiram suas resoluções. A análise desta dinâmica, pelo discurso presente nos documentos estudados, era indispensável para buscar compreender o processo deliberativo de construção das políticas, consubstanciadas nas resoluções do fórum, e, portanto, a operacionalização de direitos no interior da Intergestores, de forma a caracterizá-la, ou não, como espaço de formação democrática de direitos.

Esta opção metodológica se justifica, porque entendemos que a linguagem, conforme Habermas, é uma “espécie de meta-instituição, da qual dependem todas as instituições sociais; pois a ação social só se constitui na comunicação de linguagem corrente” ¹⁰⁵. Através do discurso cristalizado nos documentos da CIB, esperamos compreender, pela análise empírica, sua dinâmica deliberativa. Dialeticamente, a linguagem também depende de um determinado

¹⁰³ GROULX, Lionel-Henri. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. *In*: POUPART, Jean *et al* (org.). **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008, p. 95-126.

¹⁰⁴ CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. *In*: FLEURY, Sonia, LOBATO, Lenaura V. C. (org.) **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p.102-128.

¹⁰⁵ HABERMAS, Jürgen. **Dialética e hermenêutica: Para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: LP, 1987, p. 21.

cenário social e político, não necessariamente expresso normativa ou institucionalmente¹⁰⁶.

Tomamos como pressuposto metodológico, portanto, que a análise não deve isolar a instituição e os atores envolvidos. Antes, deve considerar as instituições estatais como condicionais e relacionais, logo, dependentes do contexto político, institucional e histórico no qual se inserem¹⁰⁷. Nesse sentido, ainda com Habermas¹⁰⁸, a linguagem e as práticas discursivas estão condicionadas historicamente, fazendo-se necessário que o intérprete busque entender o contexto em que o discurso se constituiu, os pressupostos racionais dessa constituição e seu sistema referencial. Assim também, Cellard¹⁰⁹ explica que:

O exame do contexto social global, no qual foi produzido o documento e no qual mergulhava seu autor e aqueles a quem ele foi destinado, é primordial, em todas as etapas de uma análise documental, seja qual tenha sido a época em que o texto em questão foi escrito. Indispensável quando se trata de um passado distante, esse exercício o é de igual modo, quando a análise se refere a um passado recente.

No mesmo sentido, Foucault¹¹⁰:

[...] a história mudou de posição acerca do documento: ela considera como sua tarefa primordial, não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual seu valor expressivo, mas sim trabalha-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. O documento, pois, não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações.

¹⁰⁶ HABERMAS, 1987.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al* (org.). **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008, pp. 295-334, p.299.

¹¹⁰ FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 07.

Assim, é indispensável que a leitura das atas leve em consideração o contexto da produção destes documentos. Para tanto, foram analisadas sistematicamente as 16 atas das reuniões realizadas no ano de 2007 e as 14 atas das reuniões realizadas no ano de 2008, disponíveis no endereço eletrônico da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia.

A análise foi contextualizada institucionalmente pela legislação pertinente e pelas resoluções do próprio fórum. Este conjunto metodológico-teórico foi articulado com a teoria discursiva do direito e democracia de Habermas, oferecendo recursos analíticos para se discutir a legitimidade material da CIB e sua possível caracterização como espaço de gênese democrática de direitos para, assim, discutir seu poder normativo e a efetividade de suas normas.

3.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A abordagem analítica adotada para leitura dos documentos foi orientada, teoricamente, pelas formulações de Habermas. De um lado, pela sua teoria discursiva do direito e, por outro, pela hermenêutica-dialética, como instrumento para compreensão e crítica da dinâmica discursiva de construção de consenso, contextualizada histórica e institucionalmente. Contudo, como explica Minayo¹¹¹, a hermenêutica-dialética habermasiana “não cria nenhuma técnica específica, pois o que Habermas (1987) desejava valorizar são os elementos teóricos que possam dar parâmetros aos investigadores”.

Assim, orientados por estas teorias, construímos os elementos para uma análise rigorosa, estruturada em dois níveis: (i) análise das intervenções quanto à sua natureza, de forma a caracterizar a construção racional e dialética, pautada pelo dissenso, pela não-violência, igualdade e liberdade discursivas e (ii) identificação de

¹¹¹ MYNAIO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

categorias analíticas que contribuíssem para caracterização da CIB como um espaço de gênese democrática de direitos.

Nesta análise documental, trabalhamos com categorias emergentes dos próprios documentos e que não poderiam ser previstas *a priori*, face à complexidade inerente ao objeto e ao contexto político-social e, também, com uma dimensão teórica previamente construída a partir da literatura.

Para alcançar os objetivos propostos, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos de análise documental: inicialmente, foram revisadas, sistemática e comparativamente, as resoluções da CIB-Bahia e do Conselho Estadual de Saúde (CES) baiano, no biênio de 2007-2008. Buscamos, desta forma, estabelecer uma relação dialógica entre as questões discutidas nestes diferentes fóruns e encontrar padrões relevantes de diálogo. Nesta leitura inicial, procuramos verificar, portanto, se havia indicadores de uma relação concreta entre as decisões da CIB e as do CES. Esta busca se justificou pela possibilidade de identificar uma “voz popular”, ainda que exterior ao espaço da Intergestores, que indique outra dimensão de permeabilidade democrática da CIB.

Por precaução, também foram analisadas as resoluções do CES do ano de 2009, para verificar se havia alguma resolução referente às últimas normas expedidas pela CIB em 2008, mas não foi encontrada nenhuma correspondência neste período (2008-2009).

Em seguida, procedemos a uma leitura de caráter exploratório das atas e resoluções da CIB, neste mesmo período. Em um segundo momento, passamos à leitura controlada e sistemática das atas, nas quais se identificou o “momento” de apresentação de propostas para discussão e aprovação, que resultaria em uma destas resoluções. Foram identificadas e classificadas as intervenções feitas pelos membros da Intergestores, quanto à sua natureza, em (i) informações, questionamentos e esclarecimentos; (ii) argumentações concordantes, defesa e sugestões complementares e; (iii) argumentações discordantes e críticas. Esta classificação permitiu desenhar, em linhas gerais, a dinâmica dialética de deliberação, que se

assenta sobre o tripé “informação-defesa-crítica”, elementos necessários à construção presumivelmente racional de consenso, na defesa de pretensões de validade.

Durante a leitura, identificamos, ainda, elementos de (i) controle e participação social; (ii) argumentos de poder que impusessem limitações à igualdade e liberdade discursiva e; (iii) fundamentação e coerência normativo-legal ou procedimental. Por fim, organizamos o banco de dados para facilitar a análise dos discursos levantados. Agrupamos todas as propostas identificadas, que foram apresentadas para deliberação e aprovação, referente a uma resolução. Em seguida, cada proposta foi tomada individualmente para análise, considerando as intervenções em função destas propostas, para compreender o processo deliberativo de constituição das resoluções da CIB-Bahia.

A meta foi sistematizar os elementos extraídos da ata para investigar o processo deliberativo e discutir o poder normativo das Comissões, sua legitimidade jurídico-democrática e, ao fazê-lo, caracterizar a efetividade das normas jurídicas dela emanadas. Buscamos evidências que legitimassem o poder normativo da Intergestores. Consideramos, nesse sentido, 03 planos de caracterização da CIB como instância de gênese democrática: legal (sistêmico e formal); teórico-discursivo e democrático:

(i) Legal sistêmico: Entende-se o plano de legitimação do poder normativo pela inserção das resoluções da CIB no quadro institucional de um sistema jurídico-normativo, isto é, a integração destas resoluções ao ordenamento jurídico brasileiro. É o plano de legitimação sistêmico ou de validade normativa.

(ii) Legal formal: Diz respeito ao reconhecimento constitucional conferido ao Poder Executivo para expedir normas infralegais gerais e abstratas e o reconhecimento legal da CIB como fórum de negociação e pactuação de aspectos operacionais do SUS (Lei n.º 8.080/1990, artigo 14-A).

(iii) Discursivo-racional: O plano de legitimação discursivo compreende o potencial deliberativo da Intergestores e a possibilidade de defesa racional das pretensões de validade, com respeito à liberdade e igualdade discursivas.

O plano de legitimação discursivo pauta-se pela construção teórica formulada por Habermas para caracterização de espaços da gênese democrática de direitos.

(iv) Democrático: A legitimidade democrática, para além do formalismo liberal da mera previsão normativa, isoladamente compreendida, diz respeito a elementos objetivos de participação e controle social. Refere-se à relação entre o poder político-administrativo da CIB e o poder discursivo-democrático que consubstancia a soberania popular: demandas orientadas pela esfera pública, pela sociedade civil e pelas instâncias institucionalizadas de participação e representação popular.

Em contrapartida, alguns elementos podem ser encontrados, que indiquem falta de legitimidade *in concreto*. Além da ausência ou incoerência com relação aos planos de legitimidade supracitados, pode-se identificar violências discursivas, construções meramente formais do discurso, em oposição à construção racional discursiva de pretensões de validade, e predomínio do conhecimento técnico que limite ou anule o potencial discursivo do fórum, isto é, a “*tecnificação*” ou encapsulamento do discurso.

Tentamos elaborar um quadro teórico-metodológico apto a analisar espaços institucionais com pouca permeabilidade social, onde a participação popular e a “voz” do cidadão não são tão transparentemente percebidas. Destarte, pela leitura controlada e sistemática, buscamos encontrar elementos objetivos que caracterizassem, ou não, a CIB como espaço de gênese democrática de direitos, à luz da teoria habermasiana. Elementos tais como a identificação dos atores, a participação de atores sociais e se as demandas encontrariam respaldo nos espaços institucionais de participação direta, notadamente do Conselho Estadual de Saúde, como previsto normativamente. Isto possibilitou aferir, empiricamente, se a previsão normativa fora concretizada na prática da Intergestores. A análise da aprovação, ou origem da demanda, junto ao Conselho, atendeu não apenas ao quesito normativo, mas à discussão sobre permeabilidade democrática.

É preciso que se entendam os processos e dinâmicas entre os atores que influem direta e decisivamente, nas negociações e formulações das políticas, no

interior da Intergestores. A CIB é um colegiado constituído paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), sendo que um dos representantes municipais deve ser o Secretário de Saúde da Capital, conforme Regimento Interno.

Diferente de outros espaços de participação direta dos atores sociais, a CIB é composta apenas por gestores, isto é, atores estatais. Com Côrtes ¹¹², entendemos que a terminologia adotada pela legislação não é a mais adequada para a análise de processos políticos que envolvem atores coletivos. A legislação utiliza o termo “representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” (Lei nº 8.142/90, art. 1º, II, § 2º), para designar a composição dos conselhos de saúde, sendo esta a terminologia usualmente adotada, ao se discutir participação e negociação política em saúde.

Contudo, para análise e discussão dos dados, adotamos os conceitos de “atores estatais” e “atores sociais”. O primeiro diz respeito àqueles agentes que geralmente representam interesses de órgãos públicos ou governos, e o segundo, àqueles que geralmente representam interesses de coletividades privadas ou particulares. A pesquisa, portanto, centra-se nos atores estatais, que são os representantes formais da gestão em saúde, de nível estadual e municipal, na Comissão Intergestores Bahia. Contudo, pelo caráter democrático da Comissão e pela influência dos sistemas econômicos e políticos, não se pode relevar elementos discursivos de atores sociais. O conceito de atores sociais comporta tanto os atores sociais, como os de mercado. “Enquanto os primeiros estão relacionados com a noção de sociedade civil, os segundos estão relacionados com a noção de economia de mercado” ¹¹³.

Normativa e teoricamente, a CIB se caracteriza como espaço potencialmente democrático: (i) previsão constitucional do poder normativo executivo e legal da CIB; (ii) inserção no ordenamento jurídico; (iii)

¹¹² CÔRTEZ, 2009.

¹¹³ Ibid., p. 29.

representatividade ainda que indireta e; (iv) *potencialidade* discursivo-racional. Mas o que procuramos aferir com a análise empírica foi se seu potencial se concretizaria na prática. Além disto, na análise do discurso, no bojo das atas, quis-se identificar e caracterizar as negociações, argumentações e pactuações presumivelmente racionais de políticas, isto é, os elementos que Habermas elenca como necessários à construção racional do discurso do direito.

A análise documental permitiu uma leitura sistemática da cristalização institucional do discurso na CIB e eliminou “a eventualidade de qualquer influência”¹¹⁴ de nossa parte sobre os sujeitos pesquisados, contudo, sempre tivemos ciência de que havia silêncios e omissões no discurso formalizado em ata, que limitariam determinadas inferências empíricas. Esta foi, realmente, uma limitação concreta, mas uma vez reconhecida, permitiu uma análise coerente com este dado concreto e pôde, ainda, revelar aspectos relevantes para o estudo, quando estes silêncios foram identificados.

¹¹⁴ CELLARD, 2008, p. 2595

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A CIB-Bahia é um espaço de negociação e pactuação entre gestores das esferas municipal e estadual, com vistas ao estabelecimento de aspectos operacionais do SUS. Tem previsão legal no artigo 14-A, da Lei n.º 8.080/1990 e nas normas infralegais que regulamentam sua atuação, notadamente na NOB 01/1993 e no Regimento Interno aprovado pela própria CIB-Bahia, através da Resolução n.º 145/2007.

Seu poder normativo é um desdobramento do conferido à Administração para expedir normas infralegais para fiel cumprimento da lei. Quanto às suas resoluções, têm fundamento constitucional no próprio artigo 196 da CF/88 que, ao reconhecer o direito à saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado, dispõe que será garantido mediante políticas sociais e econômicas. Daí decorre, por uma interpretação compreensiva e sistêmica, que a CIB, reconhecida legalmente como fórum de negociação e pactuação dos aspectos operacionais do Sistema, exerce essa função de instrumentalizar o direito fundamental à saúde decidindo aspectos operacionais, financeiros e administrativos, e definindo diretrizes sobre integração e organização das ações em saúde, nos níveis municipal e estadual.

Neste sentido, *formal e legalmente*, a CIB é um espaço democrático de construção de normas jurídicas. Em uma concepção estritamente positivista do direito, o reconhecimento legal da CIB como poder emissor de normas está caracterizado. No conceito weberiano, o poder político está legitimado pela racionalidade interna do direito, pelo exercício legal das atribuições que o ordenamento jurídico nacional atribuiu à CIB. Isto porque, nas palavras de Habermas, criticando o positivismo weberiano, “direito é, precisamente, aquilo que um legislador político (independentemente de este ser ou não, democraticamente

legitimado) delibera como direito, de acordo com um procedimento legalmente institucionalizado”¹¹⁵.

Mas isto não basta. O reconhecimento legal não é bastante para conferir a legitimidade e, por isso, passou-se à análise das atas e da formação deliberativa das resoluções, pois a força legitimadora dos processos de formação jurídicos não se dá, unicamente, pelas normas e pela legalidade estrita, noção típica do paradigma liberal¹¹⁶. Notadamente em um espaço de negociação, em que há, muitas vezes, interesses antagônicos em jogo, a legitimação do processo de gênese de direitos se dá por seu caráter deliberativo-democrático e racional, pois “no nível pós-tradicional de justificação, só vale como legítimo o direito que conseguiu aceitação racional por parte de todos os membros do direito, numa formação discursiva da opinião de da vontade”¹¹⁷, noutras palavras, pela gênese democrática de direitos.

Ficou claro que a CIB-Bahia, concretamente, é um espaço de construção coletiva de direitos meio, pelos gestores estadual e municipais. As intervenções de apoio, as intervenções de crítica ou oposição e, também, aquelas que buscavam a melhor informação para tomada de decisão, demonstram esse caráter da Intergestores. A CIB é um espaço de negociação e pactuação orientado pelo debate, ainda que também tenhamos identificado decisões onde não houve discussão, ou oposição de pretensões de verdade.

Para melhor entender como as decisões foram tomadas, foi necessário analisar o processo de discussão em torno das propostas apresentadas. Para caracterizar a gênese democrática de direitos no interior da CIB, buscamos, no discurso institucional cristalizado nas atas, indicadores de construção jurídico-racional na deliberação. Cada proposta apresentada, *potencialmente*, comporta a microdinâmica do embate discursivo-democrático, marcado pela exposição de propostas e fundamentação, pela controvérsia, pelo respeito ao sistema estabelecido

¹¹⁵ HABERMAS, 1999, p. 14.

¹¹⁶ Idem, 2003a.

¹¹⁷ Idem, 2003, p. 172.

de normas, pela liberdade, igualdade e não-violência discursivas, ainda que nem sempre esse potencial se realize.

4.1. AS RESOLUÇÕES DA CIB E DO CES

Ao fazer a análise comparativa entre as resoluções da CIB no biênio de 2007 a 2008 e as resoluções do CES, no mesmo período, foram identificadas aquelas que se relacionavam. Foram expedidas um total de 21 resoluções do CES da Bahia, sendo 16 no ano de 2007 e 15 no de 2008. A estas, corresponderam 09 resoluções da CIB.

Tabela 1. Resoluções CES e CIB correspondentes (2007-2008)

RESOLUÇÕES CES	RESOLUÇÕES CIB
RESOLUÇÃO CES Nº 006/2007 “Aprova os Indicadores Estaduais do Pacto pela Saúde 2007”. Reunião plenária do CES/Ba. do dia 24 de abril de 2007.	RESOLUÇÃO CIB Nº 33/2007. “Aprova, ad referendum, os indicadores Estaduais do Pacto pela Saúde 2007 e a Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde - Bahia 2007”. Reunião ordinária do dia 19 de abril de 2007.
RESOLUÇÃO CES nº 008/2007 “Aprova o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia” Reunião plenária do CES/Ba. do dia 31 de maio de 2007.	RESOLUÇÃO CIB Nº 45/2007. “Aprova o Plano de Ação de Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia.” Reunião Ordinária do dia 10 de maio de 2007.
RESOLUÇÃO CES nº 009/2007 “Aprova o Termo de Compromisso de Gestão Estadual da Bahia”. Reunião plenária do CES/Ba. do dia 31 de maio de 2007.	RESOLUÇÃO CIB Nº 51/2007. “Aprova a pactuação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual da Bahia”. 1ª Reunião extraordinária do dia 05 de junho de 2007.
RESOLUÇÃO CES nº 010/2007 “Aprova, ad referendum, a implantação e implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU 192: Metropolitano de Salvador, regionais de Alagoinhas, Camaçari, Guanambi, Livramento de Nossa Senhora, Porto Seguro, Paulo Afonso, Bom Jesus da Lapa, e municipais de	RESOLUÇÃO CIB Nº. 81 /2007. “Aprova, ad referendum, a implantação e implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU 192: Metropolitano de Salvador, regionais de Alagoinhas, Camaçari, Guanambi, Livramento de Nossa Senhora, Porto Seguro, Paulo Afonso, Bom Jesus da Lapa, municipais de

Senhor do Bonfim, Santo Antônio de Jesus e Barreiras”. Reunião plenária do CES/Ba. do dia 31 de outubro de 2007.	Senhor do Bonfim, Santo Antônio de Jesus e Barreiras”. Reunião Ordinária do dia 16 de agosto de 2007.
R E S O L U Ç Ã O CES nº 03/2008 “Aprova a Resolução da CIB – Comissão Intergestores Bipartite nº 54/2008 que aprovou a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados”. Reunião plenária do CES/Ba. do dia 27 de março de 2008.	RESOLUÇÃO CIB Nº 54/2008. “Aprova a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados.” Reunião Ordinária do dia 06 de março de 2008.
R E S O L U Ç Ã O CES nº 08/2008 “Aprova o Projeto de implantação da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSa no Estado da Bahia com apoio da RIPSa Nacional”. Reunião plenária do CES/Ba do dia 31 de julho.	RESOLUÇÃO CIB Nº 132/2008. “Aprova o Projeto de implantação da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSa no Estado da Bahia com apoio da RIPSa Nacional”. Reunião Ordinária do dia 16 de julho de 2008.
R E S O L U Ç Ã O CES Nº 11/2008 “Aprova a Resolução da CIB nº 149/2008 que aprovou a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados.” Reunião do CES/Ba do dia 25 de setembro de 2008.	RESOLUÇÃO CIB nº 149/2008. “Aprova a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados.” Reunião Ordinária do dia 03 de setembro de 2008.
R E S O L U Ç Ã O CES nº 09/2008 “Propõe à CIB/BA – Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia, a desabilitação do Município de Itabuna da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.” Reunião plenária do CES/Ba do dia 31 de julho de 2008.	RESOLUÇÃO CIB Nº 150/2008. “Aprova a proposta de desabilitação do Município de Itabuna da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.” Reunião Ordinária do dia 03 de setembro de 2008.
R E S O L U Ç Ã O Nº 16/2008 “Aprova o Plano de Ação do PARTICIPASUS do Estado da Bahia”. Reunião plenária do CES/Ba do dia 18 de dezembro de 2008.	RESOLUÇÃO CIB Nº 210/2008. “Aprova o Plano de Ação do PARTICIPASUS-Bahia.” Reunião Ordinária do dia 04 de dezembro de 2008

Como percebemos, das 09 resoluções identificadas, 07 foram discutidas previamente na CIB e depois apreciadas pelo CES, 02 foram referendadas pelo CES

e, depois, encaminhadas para apreciação na CIB (Resoluções CES n.º 09/2007 e 09/2008).

Figura 1. Resoluções CES e CIB quanto à origem.

A resolução do CES n.º 09/2007 tratava do Termo de Compromisso de Gestão Estadual da Bahia e veio à pauta da CIB para aprovação na 1ª Reunião Extraordinária do ano de 2007, realizada em 05 de junho de 2007. Resultou na Resolução CIB n.º 51/2007. A proposta foi apresentada às alíneas 224-237:

Dr. Humberto Torreão informou que foi aprovada a adesão do estado da Bahia ao Pacto de Gestão no Conselho do Estado da Bahia, no dia trinta e um de maio. Esclareceu que a SESAB, o Conselho Estadual de Saúde e o COSEMS se reuniram para poder discutir todos os setes eixos do termo de compromisso de gestão estadual. Comunicou que foi pactuadas as responsabilidades que o Estado realiza e não realiza e pactuado o preenchimento do termo para submeter ao Conselho Estadual de Saúde e a CIB, para posteriormente enviar para a CIT. Salientou que a metodologia usada foi de que, para o que o Estado realiza plenamente, foi preenchido que realiza; para o que o Estado não realiza ou realiza parcialmente, foi preenchido que não realiza. Disse que esse critério foi utilizado porque para o que é considerado que é realizado ou não realizado, gera um plano de ação junto com o MS, e esse plano de ação com a agenda de cooperação técnica entre os dois entes, para em um prazo determinado no próprio termo, seja

realizada as ações que ainda não são realizadas ou que são realizadas parcialmente.

Após a apresentação, a proposta foi aprovada, sem outras intervenções ou questionamentos, à exceção da solicitação de distribuição das planilhas a todas as secretarias (al. 237 e 238).

Por sua vez, a proposta de desabilitação do Município de Itabuna da gestão plena do sistema municipal de saúde, encaminhada pela CES para apreciação da CIB, foi apresentada e discutida nas reuniões plenárias n.º 164/2008 e n.º 165/2008. A resolução n.º 150/2008 foi resultado de um debate extenso, registrado na ata da 165ª reunião ordinária. Houve uma apresentação detalhada da situação do município sob análise, com oitiva de prestadores, gestores e de uma comissão formada pela CIB na reunião plenária anterior. Na 165ª reunião ordinária, às alíneas 222-603, foi apresentado relatório da situação do município, as alegadas irregularidades e, após longo debate, decidiu-se pela desabilitação do município.

Dr. Raul Molina considerou que após a manifestação de todos os membros na reunião do COSEMS, o último encaminhamento foi reverter para a CIB esta decisão e pelo que pudemos observar aqui, por unanimidade, não haverá outro caminho a não ser o da desabilitação. [...] Concluindo o encaminhamento, o Senhor Coordenador reafirmou as Propostas colocando em votação a desabilitação do município de Itabuna e os encaminhamentos imediatos ao Ministério Público para o bloqueio da conta do FMS, tomando as providências judiciais para pagamento direto aos prestadores e discussão de medidas voltadas para a questão da gestão do Hospital de Base. As propostas foram aprovadas à unanimidade. (al. 592-599)

Quando analisamos as resoluções da CIB que estabeleciam algum paralelo com as resoluções do CES identificamos, de início, uma primeira fragilidade, na possibilidade de controle social. Pelo princípio do discurso do direito, “são válidas as normas às quais todos os possíveis atingidos poderiam dar o seu assentimento, na qualidade de participantes de discursos racionais”¹¹⁸.

¹¹⁸ HABERMAS, 2003, p. 142.

É evidente que não é possível uma participação “face a face”, todo o tempo, tampouco os espaços deliberativos institucionais podem comportar a totalidade dos sujeitos potencialmente atingidos pelas normas sanitárias emitidas pela CIB. Contudo, para buscar, no plano concreto, o paradigma ideal do princípio do discurso, é necessário a representatividade legítima dos interessados e potenciais atingidos¹¹⁹. Mais que isso, que as decisões da CIB sejam submetidas à apreciação democrática. Esta poderia se dar pelo controle jurisdicional ou, como é expressamente previsto pela norma, com o controle exercido pelos Conselhos. Estes não apenas são o fórum eleito normativamente para exercer este controle, como representam o espaço *institucional* por excelência, de participação social no SUS.

Nesse sentido, o Regimento Interno da CIB-Bahia reconhece o CES como responsável por referendar ou aprovar, ao menos, as resoluções que dizem respeito à Política Estadual de Saúde. É o reconhecimento de que, como espaço institucional primeiro de participação – ao lado das Conferências de Saúde – os Conselhos imprimem um caráter de maior permeabilidade democrática à CIB, por potencializar o controle social sobre as decisões das Intergestores. Também a Lei 8.080/1990, já citada, determina:

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde. (grifamos).

Não foi objetivo, de nossa pesquisa, analisar as discussões realizadas pelo CES, e escolheu-se a análise comparativa das ementas das resoluções nos dois fóruns, como indicador empiricamente verificável e quantificável. Mas foi possível identificar nas discussões da CIB a participação dos Conselhos na formulação de

¹¹⁹ HABERMAS, 2003.

propostas, ou citados como referência para o aprofundamento legítimo da gestão democrática nos municípios.

Na 152ª Reunião Ordinária de 2007, quando da apresentação dos projetos municipais referentes Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – PROGESUS, que levou à aprovação da Resolução n.º 89/2007, a representante do COSEMS e subcoordenadora da CIB se posiciona:

Dra. Suzana Ribeiro registrou que a elaboração dos termos teve a participação do município e participação efetiva do Estado e que no município de Vitória da Conquista foi construído em parceria com o Conselho Municipal de Saúde com realização de algumas oficinas com a presença da Diretoria de Planejamento para fechar algumas dúvidas e pendências que havia no Termo (al. 82-86, *sic.*).

Em projeto discutido naquela mesma reunião, os Conselhos Estadual e Municipais são indicados como participantes da discussão e aprovação da implementação do Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192: Metropolitano de Salvador, regionais de Alagoinhas, Camaçari, Guanambi, Livramento de Nossa Senhora, Porto Seguro, Paulo Afonso, Bom Jesus da Lapa, municipais de Senhor do Bonfim, Santo Antônio de Jesus e Barreiras (al. 305-362).

O Conselho Municipal também é lembrado na discussão sobre a implantação do CEO tipo III, no município de Salvador, realizada na Reunião Ordinária 153ª de 2007:

Esclareceu que a situação que houve foi que solicitação de visita e a Dires não fez, mas que foi solicitado e que no processo enviado para a SESAB, está faltando a documentação do CMS aprovando a qualificação das equipes. Sugeriu que fosse aguardado para a outra CIB, toda a documentação referente a aprovação pelo CMS. Arrazou que pela resolução da CIB, uma das documentações exigidas, é a aprovação do CMS. Informou que como o documento recebido não tinha essa documentação, foi solicitado à Dires que fosse feita a visita e está sendo demandado ao município que seja anexada essa documentação, comprovando que o CMS aprovou. (al. 280 e ss.)

Há, portanto, um potencial controle social exercido pelos Conselhos, mas que pelos limites metodológicos e materiais da pesquisa, não pode ser quantificado

em toda sua extensão. Isso não obsta, antes reforça, a noção de que os Conselhos desempenham um papel essencial na democratização do Sistema e no aprofundamento da democracia sanitária e deve ganhar espaço nos fóruns deliberativos, como a CIB, como instrumento de controle e participação social.

4.2. RESOLUÇÕES DA CIB QUANTO AO CONTEÚDO

Para caracterizar as propostas aprovadas na CIB, outro indicador adotado foi o conteúdo temático das resoluções. No período estudado, a CIB-Bahia expediu um total de 410 resoluções, 180 no ano de 2007 e 230 no de 2008. Agrupamos estas resoluções, quanto ao conteúdo, em (i) resoluções de mero ofício, (ii) ampliação e/ou municipalização de políticas de acesso a bens e serviços em saúde, (iii) de caráter punitivo, (iv) sobre educação permanente em saúde, (v) sobre o PDR, a PPI e colegiados de gestão regionais, (vi) sobre as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, Saúde e de Gestão, (vii) propostas de descentralização da vigilância sanitária e ambiental e (viii) outros. As categorias adotadas permitem quantificar as resoluções, quanto ao conteúdo e à atuação da CIB na pactuação de aspectos operacionais do SUS e na gênese de direitos.

As resoluções de mero ofício são aquelas que tratam de prazos de entrega de documentos, alteram datas de provas de seleção, ou atendem a outras solicitações de caráter técnico-administrativo, como a relocação de pessoal cedido a outros órgãos públicos. São resoluções que não abarcam questões operacionais de construção de políticas, mas antes aspectos internos e administrativos formais. As resoluções cumprem a determinação legal e infralegal de atuação da Intergestores.

Figura 2. Resoluções CIB quanto ao conteúdo

A única resolução de caráter punitivo encontrada foi a resolução CIB n.º 150/2008, apresentada para apreciação da Intergestores pelo CES, tratando da desabilitação do município de Itabuna da gestão plena. As resoluções que não eram comportadas pelas categorias foram quantificadas como “outros”.

Entre as resoluções que ampliavam e municipalizavam políticas, um rol variado de subtemas era abordado. Estas resoluções, em particular, tratavam de forma central da articulação de programas de saúde mais amplos, com ações que operacionalizavam processos de descentralização de políticas de assistência em saúde. Assim foram agrupadas: (i) Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); (ii) Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); (iii) Projeto de Cirurgias Eletivas do Estado da Bahia; (iv) Ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) e Saúde

Bucal; (iv) Ampliação e credenciamento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Habilitação municipal em saúde mental, medicamentos psiquiátricos; (v) Assistência Farmacêutica; (vi) Credenciamento municipal de laqueaduras tubárias e vasectomias; (vii) Projeto de internações domiciliares; (viii) Políticas de saúde para pessoas soropositivas (HIV/AIDS); (ix) Vacinação; (x) Saúde do trabalhador; (xi) Oncologia; (xii) Estrutura hospitalar, ampliação de leitos, pagamento de serviços médicos, habilitação de serviços de alta complexidade, como neurocirurgia e oncologia; (xiii) Terapia Renal Substitutiva (TRS); (xiv) Seleção pública e credenciamento de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE); (xv) Serviços atenção auditiva e; (xvi) Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192).

Figura 3. Resoluções que ampliam e municipalizam a prestação de bens e serviços em saúde - 2007.

Figura 4. Resoluções que ampliam e municipalizam a prestação de bens e serviços em saúde – 2008.

Retomando a teoria jurídica de Habermas, o conteúdo discutido pela CIB é, desde início, de natureza moral relevante e, quando pensamos no princípio do discurso do direito, presume-se teoricamente o assentimento de todos os potencialmente aprovados, enquanto sujeitos de direito livres e iguais, interessados na manutenção destes princípios universais que tratam de distribuição, mesmo que indireta, de riquezas e do sistema de saúde¹²⁰. De acordo com Habermas, “uma ordem jurídica só pode ser legítima, quando não contrair princípios morais”¹²¹, isto é, princípios universais de justiça, ainda que diferente da moral, o direito adquira obrigatoriedade e exigibilidade, sob pena de sanções tuteladas pelo Estado.

Os princípios morais, na medida em que expressam interesses universais, a serem traduzidos pelo *medium* do direito adquirem efetividade. Os direitos fundamentais que integram o núcleo axiológico da dignidade humana, os direitos que garantem a participação política, as liberdades, os direitos prestacionais sociais são, a

¹²⁰ HABERMAS, 2003.

¹²¹ Ibid., p. 140-141.

um só tempo, pressuposto e resultado do exercício do princípio do discurso do direito. Os direitos fundamentais pelo seu próprio caráter universal atingem potencialmente toda pessoa, indistintamente. Assim, há um interesse generalizado de que as formações normativas ampliem e salvaguardem estes direitos, conferindo um caráter de consentimento moral por parte daqueles destinatários, diretos ou indiretos, das resoluções e atendendo, nesta dimensão, ao princípio do discurso do direito.

Ao analisarmos a negociação de interesses que podem mediar interesses conflitantes – orientados por valores moralmente relevantes no quadro de um sistema de direitos humanos fundamentais –, a prevalência de aprovações que ampliam o acesso ao sistema de saúde evidencia uma legitimidade moral-discursiva nas decisões. A promoção de uma melhora na qualidade de vida para municípios mais distantes (regionalização e municipalização) e, ainda seguindo o referencial normativo que engloba o processo de formação destas resoluções e os procedimentos deliberativos, a busca de consenso nestes termos, indica uma gênese potencialmente democrática de direitos.

4.3. RESOLUÇÕES DA CIB QUANTO À APROVAÇÃO

De acordo com o artigo 23 de seu Regimento Interno, a CIB-Bahia “deliberará por consenso das entidades integrantes, no plenário, expressando suas decisões através de Resoluções publicadas no Diário Oficial do Estado.” As propostas para serem aprovadas e publicadas na forma de resoluções, deveriam passar pela apreciação e deliberação plenária e aprovada por consenso. Identificamos, contudo, que, pelo que se depreende das atas de reunião, as propostas não eram igualmente apreciadas, tampouco passavam pelo necessário consenso para chegar ao consenso final.

Para caracterizar a dinâmica deliberativa das resoluções na Intergestores, analisamos as intervenções dos atores estatais presentes às reuniões plenárias. Nós nos voltamos para as intervenções que correspondem às construções argumentativo-

discursivas destes atores, isto é, o elemento central das análises são as defesas de pretensões de validade no fórum, seja esta defesa a favor ou contra as propostas apresentadas. Para uma construção discursiva presumivelmente racional, as propostas de aprovação a serem consubstanciadas em resoluções, enquanto afirmações assertóricas, deve ser passível de defesa e crítica, por argumentos, para se chegar a um acordo coletivo racional, passível de interpretação geral¹²².

[...] as condições para formação política racional da vontade não devem ser procuradas apenas no nível individual das motivações e decisões de atores isolados, mas também no nível social dos processos institucionalizados de formação de opinião e de deliberação. Estes podem ser considerados como arranjos que influenciam as preferências dos participantes, pois eles selecionam os temas, as contribuições, as informações e os argumentos, de tal modo que somente os que são “válidos” conseguem atravessar, em caso ideal, o filtro das negociações equitativas e dos discursos racionais, assumindo importância para as tomadas de resolução.¹²³

Identificamos resoluções que foram aprovadas sem quaisquer intervenções prévias à sua aprovação, resoluções que suscitaram apenas intervenções de apoio ou solicitando e prestando informações e, ainda, resoluções aprovadas com intervenções que indicam dissenso ou crítica.

4.3.1. Propostas aprovadas sem intervenções prévias.

Ao analisar as atas das reuniões plenárias da CIB-Bahia, identificamos resoluções aprovadas sem intervenções prévias por parte dos presentes, ou questionamentos registrados em ata. Algumas propostas eram apenas lidas na forma de expedientes e dadas como aprovadas ao fim. Outras eram apresentadas, com verificação dos temas, leitura e votação, mas sem constar discussão em ata, à revelia do próprio Regimento Interno (artigo 25, V).

¹²² HABERMAS, 2003.

¹²³ HABERMAS, 2003a, p. 72.

No ano de 2007, constam 180 resoluções listadas no sítio eletrônico da CIB-Bahia, contudo, após a análise sistemática das atas dos anos de 2007 e 2008, não encontramos referência, no discurso do fórum, às resoluções n.º 71/2007, n.º 106, n.º 161, n.º 178/2007 e n.º 180/2007. Assim, tomando o número de resoluções analisadas neste ano, temos que das 175 resoluções da CIB-Bahia do ano de 2007, 115 foram aprovadas sem intervenção ou debate prévio, no espaço da Intergestores.

Figura 5. Resoluções aprovadas sem intervenção - 2007.

Retomando a caracterização por conteúdo, temos que das 115 resoluções aprovadas sem registro de discussão ou intervenção, aproximadamente 66% tratavam da ampliação e municipalização da oferta de bens e serviços em saúde.

Figura 6. Resoluções aprovadas sem intervenção quanto ao conteúdo - 2007.

Em 2008, esta tendência se manteve. Do total de atas, cuja dinâmica de pactuação pode ser analisada, 156 foram aprovadas sem que conste qualquer registro em ata a intervenções ou debate.

Figura 7. Resoluções aprovadas sem intervenção - 2008.

Neste ano, 230 resoluções foram expedidas pela CIB-Bahia. Apesar de última resolução ser a de n.º 231/2008, não consta da listagem da resolução CIB n.º 146/2008. Como ocorreu na relação de 2007, das 230 resoluções listadas, não

encontramos referência, no discurso registrado em ata, às resoluções n.º 73/2008, n.º 221/2008, n.º 223/2008, n.º 224/2008 n.º 230/2008 e n.º 231/2008. Uma vez que se tratavam das últimas resoluções do ano, investigamos as primeiras atas do ano de 2009, mas não encontramos, tampouco, registro.

Figura 8. Resoluções aprovadas sem intervenção quanto ao conteúdo - 2008.

Como podemos ver, quanto ao conteúdo, manteve-se também a tendência do ano de 2007. Em 2008, temos que, das 156 resoluções aprovadas sem registro de debate ou intervenção, aproximadamente 72% (71,7%) tratavam sobre a ampliação e municipalização da oferta de bens e serviços em saúde.

Ao analisar as propostas aprovadas sem intervenções, percebemos outro elemento relevante. Há expressa referência a uma discussão prévia em outros espaços, notadamente no COSEMS, em aproximadamente 17% (16,66%) das resoluções aprovadas sem intervenções registradas em ata, no ano de 2008. Na Reunião Ordinária da CIB-Bahia de n.º 158/2008, ao apresentar as propostas que resultaram nas Resoluções CIB n.º 32/2008 e n.º 33/2008, lê-se às alíneas 615 a 617:

Dra. Alcina Andrade solicitou que fosse apenas feito uma fala sobre o plano de investimentos, já que na reunião do COSEMS já havia sido apresentado. Houve acordo de todos. O Senhor

Coordenador mencionou que como havia sido apresentado pela manhã e havia acordo de todos, o plano de investimentos estava aprovado.

E em seguida, às alíneas 617 a 619:

Trouxe à baila o plano de ação para aplicação dos recursos de incentivo à portaria três mil e sessenta. Perguntou se houve essa discussão pela manhã e se poderia haver o mesmo encaminhamento do ponto de pauta anterior. Houve acordo e todos e foi considerado aprovado. (grifamos)

Na Reunião Ordinária da CIB-Bahia de n.º 166/2008, às alíneas 29 a 31, foram apresentadas 19 resoluções aprovadas *ad referendum* (Resoluções CIB-Bahia n.º 155/2008 à Resolução CIB-Bahia n.º 174/2008). Não consta qualquer discussão ou intervenção prévia em ata. Na apresentação, porém, é informado:

O Senhor Coordenador passou a palavra ao Senhor Raul Molina que explicou que essas aprovações foram pactuadas no COSEMS no dia anterior, em virtude da possibilidade de se perder recursos para os municípios, e nestas circunstâncias ficou acordado que seriam feitas aprovações ad referendum. O Senhor Raul Molina informou também que está sendo feito, juntamente com uma comissão técnica, um trabalho de levantamento das disparidades existentes entre os municípios com relação à prestação de serviços. Comentou que, sobre a região metropolitana o município de Salvador vai participar juntamente com a equipe técnica para mostrar as ações que estão sendo feitas da Dengue. 1.3 Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum (al. 23-29, grifamos).

Na Reunião Ordinária da CIB-Bahia de n.º 167/2008, quando da aprovação da Resolução CIB n.º 197/2008, que aprovou os Projetos com vistas à Promoção da Saúde dos municípios baianos, referendando a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, lê-se às alíneas 437 a 439:

Dra. Suzana Ribeiro informou que estes projetos estão sendo apresentados a CIB só para *referendum* porque o edital já foi aprovado pela SVS¹²⁴. O Senhor Coordenador pontuou que todos os projetos aprovados pela SVS Ministério da Saúde sejam referendados pela CIB.

¹²⁴ Secretaria de Vigilância em Saúde.

Finalmente, na Reunião Ordinária da CIB-Bahia de n.º 168/2008, ao serem aprovadas as propostas que resultaram nas Resoluções CIB n.º 209/2008 e 2010/2008, consta às alíneas 68 e 69: “Como os Planos já haviam sido apresentados pela manhã na reunião do COSEMS, foram aprovados à unanimidade sem necessidade de reapresentação”.

Há indícios de que é maior o número de propostas, apresentadas nestes termos, que foram discutidas e pactuadas previamente e chegaram à CIB apenas para serem referendadas e canceladas institucionalmente. Contudo, não há evidências empíricas consistentes nos documentos analisados, que atestem categoricamente estas inferências resultantes da análise das atas.

Entre as resoluções aprovadas sem registro de debate ou intervenções prévias nas atas, destacamos a de n.º 158/2007, que aprovou o plano de trabalho do PLANEJASUS, estratégia de articulação entre as três esferas de governo, no planejamento da gestão. Também, a resolução n.º 87/2008, cuja ementa dispõe que “Aprova o elenco de referência do componente da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica para cumprimento da Portaria MS nº 3.237/07 a ser considerado no cumprimento da contrapartida Municipal e Estadual até a conclusão da revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais”.

Há, portanto, resoluções relevantes aprovadas sem que conste intervenções e debate prévios à decisão. Contudo, para se falar em construção democrática, no que convencionamos chamar de tripé de legitimidade institucional-democrática, um dos alicerces é a construção presumivelmente racional de verdades, isto é, a defesa de pretensões de validade, muitas vezes discordantes, e a busca por consenso pautado em ideais coerentes com o ordenamento jurídico nacional e com valores moralmente relevantes. Conforme Habermas: “Sob condições de uma compreensão pós-metafísica do mundo, só tem legitimidade o direito que surge como

formação discursiva da opinião e da vontade de cidadãos que possuem os mesmos direitos”¹²⁵.

A visão jurídico-procedimental exige a formação discursiva do direito nos espaços políticos. Para tanto, na busca pela construção racional, é preciso haver liberdade para se posicionar de forma igual e sem sofrer violências, buscando as melhores informações, posicionamentos discordantes, e a multiplicidade de pretensões típica das sociedades complexas e, também, da complexidade própria dos temas políticos debatidos, em especial, aqueles debatidos no espaço da CIB.

Se a negociação de compromissos decorrer conforme procedimentos que garantem a todos os interesses iguais chances de participação nas negociações e na influência recíproca, bem como na concretização de todos os interesses envolvidos, pode-se alimentar a suposição plausível de que os pactos a que se chegou são conformes à equidade.¹²⁶

4.3.2. Propostas aprovadas sem dissenso.

A teoria do discurso do direito atribui a legitimidade da formação das normas jurídicas, pelo processo político-democrático racional. Para tanto, devem ser atendidos pressupostos procedimentais, institucionalizados juridicamente, sob risco de sobrecarga do potencial discursivo da sociedade. É o respeito a estes procedimentos, inclusive a orientação por valores moralmente relevantes e universais – sujeitos ao consentimento de todos os membros da comunidade jurídica – que leva à suposição de uma formação racional do discurso e, portanto, de uma construção legítima da norma jurídica.

Não devemos, contudo, confundir esse princípio de universalização com um princípio no qual já se exprima a ideia fundamental de uma ética do Discurso. De acordo com a ética do Discurso, uma norma só deve pretender validade quando todos os que possam ser

¹²⁵ HABERMAS, 2003a, p. 146.

¹²⁶ HABERMAS, 2003. p. 208.

concernidos por ela cheguem (ou possam chegar), enquanto *participantes de um Discurso prático*, a um acordo quanto à validade dessa norma. Esse *princípio ético-discursivo* (D), ao qual voltarei a propósito da fundamentação do *princípio da universalização* (U), já pressupõe que a escolha de normas *pode* ser fundamentada¹²⁷.

Na medida em que os direitos fundamentais e, *in casu*, o direito à saúde é um direito reconhecido como universal, ele “pertence” a todos, ele diz respeito a todos os sujeitos de direito, com igualdade e gratuidade. Disto decorre, que há um interesse generalizado de que as formações normativas mantenham, promovam, ampliem e protejam este direito, conferindo um caráter de consentimento moral àqueles destinatários, diretos ou indiretos, das resoluções.

Quando analisamos as propostas intermediadas por intervenções dos membros da CIB-Bahia, porém, percebemos que isto não implica, necessariamente, discussão e dissenso, na busca pela construção racional de consenso e defesa de pretensões de validade. Em verdade, das 128 propostas aprovadas nos anos de 2007-2008, aproximadamente 43% (42,96%) foram aprovadas sem questionamentos em contrário ou indícios quaisquer de discussão e dissenso registrados em ata, mas com base apenas em intervenções elogiosas, de apoio e pedido de maiores informações. Abaixo a relação destas resoluções:

Tabela 2. Propostas aprovadas sem dissenso (2007-2008)

PROPOSTAS APROVADAS SEM DISSENSO	
2007	2008
1. RESOLUÇÃO CIB Nº 012/2007. Aprova o Relatório Anual das atividades desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) que compõem a Rede de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar no Estado da Bahia e recomenda alterações. (Ata da 145ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 131-196)	1. RESOLUÇÃO CIB N.º 10/2008. Fluxo de adesão do Pacto pela Saúde dos municípios do Estado da Bahia e define que o recurso financeiro para a implantação dos Colegiados de Gestão Microrregionais - CGMR será destinado para os municípios sede de microrregião, os quais estruturarão as secretarias executivas dos colegiados (Ata da 157ª Reunião Ordinária da

¹²⁷ HABERMAS, Jürgen. Notas programáticas para a fundamentação de uma ética do discurso. In **Consciência moral e agir comunicativo**. Trad. Guifo A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 2003c, pp. 61-141, p. 86.

	CIB/Ba.2008, al. 16-24)
2. RESOLUÇÃO CIB Nº 17/2007. Aprova que os municípios em Gestão plena do Estado da Bahia em cooperação com a Secretaria Estadual de Saúde realizarão a fiscalização do contrato de fornecimento de Oxigenoterapia Domiciliar aos pacientes atendidos em seu território, conforme orientações a serem estabelecidas pela Diretoria de Acompanhamento da Rede Própria. (Ata da 145ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 283-311);	2. RESOLUÇÃO CIB Nº 016/2008. Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS do município de Coaraci (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 442-443).
3. RESOLUÇÃO CIB Nº 28/2007. Aprova a proposta de Rede de Sentinela de Informação em Saúde do Trabalhador na Bahia. (Ata da 145ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 428-511);	3. RESOLUÇÃO CIB Nº 019/2008. Aprova a mudança na forma de repasse dos recursos federais referentes a assistência farmacêutica (básica, hipertensão e diabetes – HD e asma e renite) que passaram a ser feitos fundo a fundo do município de Inhambupe (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 716-718).
4. RESOLUÇÃO CIB Nº 048/2007. Aprova a emissão de parecer favorável a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, sob Gestão Estadual, abaixo relacionados. (Ata da 149ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 161-176);	4. RESOLUÇÃO CIB Nº 020/2008. Aprova que em relação aos recursos destinados ao custeio das ações do CEREST, não existe qualquer vinculação com percentual máximo ou mínimo a ser aplicado com pagamento de pessoal, reiterados Portaria GM de 2.437/2005 (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 651-663).
5. RESOLUÇÃO CIB Nº 49/2007. Aprova, ad referendum, a emissão de parecer favorável a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos dos municípios em Gestão Plena do Sistema dos municípios: Itabuna, Ilhéus, Juazeiro, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus. (Ata da 149ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 161-176);	5. RESOLUÇÃO CIB Nº 011/2008. Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS – Dr. Antonio Roberto Pellegrino do município de Salvador. (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 1.045-1.047)
6. RESOLUÇÃO CIB Nº 55 /07. Aprova a flexibilização da alocação dos recursos do componente básico da Assistência Farmacêutica. (Ata da 149ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 17-73)	6. RESOLUÇÃO CIB Nº 012/2008. Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS – Rosa Garcia do município de Salvador. (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 1.045-1.047)
7. RESOLUÇÃO CIB Nº 52/2007. Aprova a proposta a ser encaminhada ao Ministério da Saúde de novo teto de Terapia Renal Substitutiva para o Estado da Bahia. (Ata da 149ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 105-138)	7. RESOLUÇÃO CIB Nº 013/2008. Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS Infância e Adolescente – Professor Luis Meira Lessa do município de Salvador. (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 1.045-1.047)

8. RESOLUÇÃO CIB Nº 79/2007. Aprova a alteração no teto financeiro do município de Paulo Afonso. (Ata da 151ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 25-45)	8. RESOLUÇÃO CIB Nº 014/2008. Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS – Dr. Eduardo Saback Dias de Moraes do município de Salvador. (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 1.045-1.047)
9. RESOLUÇÃO CIB Nº 80/2007. Aprova parecer favorável ao Plano Operativo e Convênio firmado entre o Município de Salvador e Hospital Martagão Gesteira. (Ata da 151ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 342-7)	9. RESOLUÇÃO CIB Nº 40/2008. Aprova o Programa de Saúde Penitenciária do município de Jequié. (Ata da 164ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al 649-562)
10. RESOLUÇÃO CIB Nº 99/2007. Aprova a emissão de parecer favorável ao Credenciamento do serviço de assistência de alta complexidade de atenção auditiva e implante coclear. (Ata da 152ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, 27-30);	10. RESOLUÇÃO CIB Nº 51/2008. Aprova as Propostas de Operacionalização da Vigilância do Óbito Materno e Infantil para o Estado da Bahia. (Ata da 159ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 61-244)
11. RESOLUÇÃO CIB Nº 90/2007. Aprova a homologação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal do município de Vitória da Conquista, de acordo com a Portaria 699/GM de 30 de março de 2006. (Ata da 152ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 44-7)	11. RESOLUÇÃO CIB Nº 46/2008. Aprova as datas para realização da Seleção Pública para Agentes de Combate às Endemias – ACE no Estado da Bahia. (Ata da 159ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 535-540)
12. RESOLUÇÃO CIB Nº 101/2007. Aprova a qualificação das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal no município de Conde. (Ata da 152ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 47-49).	12. RESOLUÇÃO CIB Nº. 67/2008. Aprova, a alteração dos valores dos Termos de Compromisso de 09 municípios oriundos do Projeto Saúde Bahia. (Ata da 161ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 536-538).
13. RESOLUÇÃO CIB Nº 109/2007. Aprova a qualificação das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal no município de: Caculé (Ata da 152ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 58-63).	13. RESOLUÇÃO CIB Nº 106/2008. Aprova a proposta de implantação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Estado da Bahia. (al. 44-85)
14. RESOLUÇÃO CIB Nº 085/2007. Aprova a Certificação em Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD dos municípios de Jucuruçu e Caetanós. (Ata da 152ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al 64-65)	14. RESOLUÇÃO CIB Nº 90/2008. Aprova critérios para a distribuição dos recursos financeiros correspondentes à Compensação das Especificidades Regionais e define prazo e sistemática de adesão aos programas propostos. (Ata da 161ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 588-645)
15. RESOLUÇÃO CIB Nº 87/2007. Aprova parecer favorável referente às solicitações dos servidores da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB. (Ata da 152ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007,	15. RESOLUÇÃO CIB Nº 103/2008. Aprova o cumprimento das contrapartidas Municipal e Estadual e a forma de repasse dos recursos destinados aos insumos para pacientes insulino-dependentes na Assistência Farmacêutica na Atenção

al. 68-69)	Básica para cumprimento da Portaria MS nº 3.237/07. (Ata da 162ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 703-706)
16.RESOLUÇÃO CIB Nº 86/2007. Aprova que o repasse de recursos relativos a futuras Campanhas de Vacinação Anti-Rábica, se dê do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. (Ata da 152ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 71-73)	16. RESOLUÇÃO CIB Nº 96/2008. Aprova critérios para a distribuição dos recursos financeiros correspondentes à Compensação das Especificidades Regionais. (Ata da 162ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 882-997)
17.RESOLUÇÃO CIB Nº 118/2007. Aprova a Implantação/Expansão das Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Saúde Bucal nos municípios de: Campo Alegre de Lourdes, Coronel João Sá e Belo Campo. (Ata da 153ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 47);	17. RESOLUÇÃO CIB Nº 131/2008. Aprova a alocação para o município de Serrinha do recurso de programação de suporte de média complexidade ambulatorial ao Serviço de Terapia Renal Substitutiva - TRS. (Ata da 163ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 495-529)
18.RESOLUÇÃO CIB Nº 119/2007. Aprova credenciamento Laboratório Regional de Próteses Dentárias - LRPD dos municípios de Guanambi e Cândido Sales. (Ata da 153ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 48-50)	18. RESOLUÇÃO CIB Nº 125/2008. Aprova o Projeto de Regionalização do SAMU 192 da Região Norte/Microrregião de Juazeiro com a inclusão dos municípios de Campo Alegre de Lourdes, Casa Nova, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá. (Ata da 163ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 7750776)
19.RESOLUÇÃO CIB Nº 115/2007. Aprova a emissão de parecer favorável ao Projeto de Internação Domiciliar na rede de Hospitais da SESAB. (Ata da 153ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 95-187)	19. RESOLUÇÃO CIB Nº 132/2008. Aprova o Projeto de implantação da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSa no Estado da Bahia com apoio da RIPSa Nacional. (Ata da 163ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 877-941)
20.RESOLUÇÃO CIB Nº 132/2007. Aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. (Ata da 153ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 313-375)	20. RESOLUÇÃO CIB Nº 141/2008. Aprova o Projeto de Cirurgias Eletivas dos municípios de Feira de Santana e Camaçari e municípios de sua área de abrangência. (Ata da 164ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 511-518)
21.RESOLUÇÃO CIB Nº 131/2007. Aprova a extensão de prazo dos Termos de Compromisso oriundos do Projeto Saúde Bahia. (Ata da 153ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 412-433)	21. RESOLUÇÃO CIB Nº 211/2008. Aprova o Projeto de Cirurgias Eletivas do município de Santo Antonio de Jesus, Estado da Bahia (Itabuna) e Macaúbas de sua área de abrangência. (Ata da 168ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 1.067-1.075).
22.RESOLUÇÃO CIB Nº 103/2007. Aprova que seja encaminhada ao Ministério da Saúde uma proposta de aumento linear no valor de 10% sobre os limites financeiros de média complexidade dos municípios em Gestão Plena do Estado da Bahia. (Ata da 153ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 456-467)	22. RESOLUÇÃO CIB Nº 226/2008. Aprova o credenciamento da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Serviço de Cirurgia Oncológica, Serviço de Oncologia Clínica e Serviço de Hematologia no Hospital Dom Pedro de Alcântara, e Serviço de Radioterapia do ION, no

	município de Feira de Santana, com base na Portaria Nº 2439 e Nº 741/GM de dezembro de 2005. (Ata da 2ª Reunião Extraordinária da CIB/Ba.2008, al. 396-399).
23.RESOLUÇÃO CIB Nº 138/2007. Aprova a adesão de municípios ao Projeto Saúde Bahia conforme nova redação do Termo de Compromisso. (Ata da 154ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 11-59)	23. RESOLUÇÃO CIB Nº 227/2008. Aprova o credenciamento da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Radioterapia, no Hospital Santa Isabel, no município de Salvador, com base na Portaria Nº 2439 e Nº 741/GM de dezembro de 2005. (Ata da 2ª Reunião Extraordinária da CIB/Ba.2008, al. 401-3).
24.RESOLUÇÃO CIB Nº 142/2007. Aprova a definição do ente federado que realizará a gestão dos recursos da Educação Permanente em Saúde dispostos na Portaria GM 1.996/07, referentes ao ano de 2007 e a proposta de aplicação dos recursos para o Estado da Bahia. (Ata da 154ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 104-140).	24. RESOLUÇÃO CIB Nº 228/2008. Aprova o credenciamento da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia Pediátrica – UNACON, no Hospital Martagão Gesteira, no município de Salvador, com base na Portaria Nº 2439 e Nº 741/GM de dezembro de 2005. (Ata da 2ª Reunião Extraordinária da CIB/Ba.2008, al. 401-3)
25.RESOLUÇÃO CIB Nº 143/2007. Aprova a criação de trinta colegiados de gestão regional para o Estado da Bahia. (Ata da 154ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 186-188)	
26.RESOLUÇÃO CIB Nº 144/2007. Aprova a criação de trinta colegiados de gestão regional para o Estado da Bahia. Ata da 154ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 186-188)	
27.RESOLUÇÃO CIB Nº 160/2007. Pautas da SUVISA - Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SESAB: Pactuação de metas para a Rede Laboratorial de CD4+/CD8+ e Carga Viral (Ata da 155ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 148-201)	
28.RESOLUÇÃO CIB Nº 159/2007. Pactuação do Plano de Preservativo Masculino 52 mm para os municípios habilitados à Política de incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS (Ata da 155ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 148-201).	
29.RESOLUÇÃO CIB Nº 154/2007. Rede de Oncologia do Estado da Bahia, alterando	

a Resolução CIB No 107/2007 de 28/8/2007 considerando a Portaria SAS/MS No 513/2007 de 26/9/2007 (Ata da 155ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 340-376)	
30.RESOLUÇÃO CIB Nº 175 /2007. Retifica a lista de municípios sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia incluindo a atualização, manutenção e envio de banco de dados do SIAB, além dos outros sistemas já contemplados, conforme orientação da Portaria MS nº 601 de 01 de novembro de 2007 (Ata da 156ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 175-177).	
31.RESOLUÇÃO CIB Nº 179/2007. Programa Estadual de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do Estado da Bahia (Ata da 156ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 188-245)	

Quanto ao conteúdo, as resoluções aprovadas sem discussão, mas mediante intervenções, temos a seguinte distribuição:

Figura 9. Resoluções aprovadas sem dissenso quanto ao conteúdo.

É preciso que deixemos claro que o procedimento do discurso é um procedimento de argumentação. Não é uma simples imposição de regras, de natureza positivista, como defendia Weber, citado por Habermas¹²⁸, em que a previsão legal e o respeito aos procedimentos juridicamente estabelecidos conferem legitimidade, de pronto, às decisões políticas. Difere também, ainda da teoria procedimentalista hobbesiana de racionalidades estratégicas, do procedimentalismo institucional legalista de Bobbio ou da legalidade formalista de Luhmann¹²⁹.

A teoria do discurso do direito pauta-se pela construção argumentativa, na defesa de pretensões de validade. Isso implica liberdade e igualdade discursiva, acesso às melhores informações para uma decisão fundamentada, defesa e, também, oposição pela possibilidade de apresentar argumentos contrários à proposta inicialmente defendida e orientada por princípios morais. O sistema de regras do discurso, defendido por Habermas, traz consigo as condições de argumentação racional e requer a possibilidade de dissenso prévia a qualquer decisão consensual, que busque eliminar (ao menos em parte) o conflito e o possibilite superar o impasse de interesses antagônicos, em sociedades complexas.

“discurso racional” é *toda* tentativa de entendimento sobre pretensões de validade problemáticas, na medida em que ele se realiza sob condições da comunicação que permitem o movimento livre de temas e contribuições, informações e argumentos no interior do espaço público constituído através de obrigações ilocucionárias. Indiretamente a expressão refere-se também a negociações, na medida em que estas são reguladas através de procedimentos fundamentados discursivamente.¹³⁰

Para se falar em gênese democrática de direito e, portanto, em formação legítima de normas jurídicas, é preciso haver debate, deliberação discursiva e negociação de interesses, com liberdade de contradição, consenso quanto à universalidade no sentido atribuído ao discurso, a clareza conceitual, elementos empíricos e informação para tomada de decisão, assegurando liberdade e igualdade

¹²⁸ HABERMAS, 2003b.

¹²⁹ SANTOS, 2007.

¹³⁰ HABERMAS, 2003, 142.

da argumentação ¹³¹, sob pena de transformar a CIB em uma mera instância de chancela e expedição legalista de normas.

A complexidade das questões sanitárias, envolvendo dados epidemiológicos, populacionais, financeiros, de custo benefício, técnicos e moralmente relevantes, não pode ser encarado sem crítica. O dissenso e o questionamento são indispensáveis. Um projeto que é ‘só elogios’ esconde contradições que não são levantadas na oportunidade e emergem mais à frente. A fala à al. 152-161 na 160ª Reunião Ordinária em 2008, ilustra isto:

Dra. Suzana Ribeiro enfatizou que mesmo sendo enfermeira e odontóloga, hoje o seu papel aqui é de gestora e defende que é preciso avaliar o custo x benefício. Lembrou que antigamente era atribuição do enfermeiro supervisionar o auxiliar de enfermagem, assim como é supervisionar a ação, porque na unidade de serviço é responsabilidade do enfermeiro responder pela atuação do auxiliar de enfermagem e também fazer a supervisão do ACS, tanto é que no PACS estão muito claras as atribuições do instrutor-supervisor. Realmente existem as questões do processo de trabalho que são distintas e poderiam ter sido discutidas do ponto de vista do financiamento no momento em que foi apresentado na reunião do COSEMS, no entanto ninguém levantou essa questão, muito pelo contrário, só manifestaram elogios à proposta. Reiterou os referidos elogios e reconheceu o trabalho realizado, ressaltando que a dívida com a saúde bucal em nosso estado e nosso país é imensa, basta ver o número de desdentados que temos em todo o país e a falta de acesso à política de saúde bucal, e infelizmente ainda existem gestores que se recusam a implantar equipe por conta do custeio que é muito alto. (grifamos)

A identificação de um processo sistemático de aprovação de resoluções sem dissenso e, mesmo, sem intervenções prévias, leva-nos a acreditar que CIB-Bahia não explora seu potencial racional-deliberativo, o que enfraquece seu caráter discursivo-democrático, ainda que não o anule. Por outro lado, tomando a classificação de Ribeiro, a CIB caracteriza-se como um espaço predominantemente de pactuação, isto é, onde predominam acordos entre os grupos de interesses e a autolimitação na formulação de demandas, em oposição aos espaços de alta

¹³¹ ALEXY, 2011.

vocalização, que se caracterizam pelas denúncias e por sobrecarga de demanda sobre a agenda política¹³².

4.3.3. Propostas efetivamente debatidas na CIB-Bahia

Do total de propostas discutidas e aprovadas, que analisamos e resultaram nas resoluções expedidas pela CIB-Bahia no biênio de 2007 e 2008, aproximadamente 18% foi fruto de discussão efetiva. Por discussão efetiva, entendemos aquelas propostas que suscitaram intervenções de dissenso prévias à aprovação. Assim, além da apresentação e apoio à proposta, as intervenções de dissenso indicam a possibilidade de discussão, apoiada no tripé “informação-defesa-crítica”, indispensável à construção racional discursiva de consenso.

O processo deliberativo na CIB ganha legitimidade em um tripé que chamamos de tripé de legitimidade institucional-democrática, constituído pela inserção no ordenamento e reconhecimento legal de seu poder normativo (aspecto formal), pelo controle potencialmente exercido pelos Conselhos e, finalmente, pela possibilidade de construção racional do discurso. Esta, por sua vez, tem por alicerce os elementos de “informação-defesa-crítica”, necessários à construção presumivelmente racional na busca por entendimento mútuo, na defesa de pretensões de validade. Assim, afirma Habermas:

A aceitabilidade racional dos resultados obtidos e, conformidade com o processo explica-se pela institucionalização de formas de comunicação interligadas que garantem de modo ideal que todas as questões relevantes, temas e contribuições, sejam tematizados e elaborados em discursos e negociações, na base das melhores informações e argumentos possíveis. [...] Além disso, o princípio da soberania do povo pode ser considerado diretamente sob o aspecto do poder. [...] Ora, a decisão fundamentada e obrigatória sobre políticas e leis exige, de um lado, consultas e tomadas de

¹³² RIBEIRO, José Mendes. **Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.1, pp. 81-92.

decisão *face to face*. De outro lado, nem todos os cidadãos podem “unir-se” no nível das interações simples e diretas, para uma tal prática exercida em comum. O princípio parlamentar da criação de corporações deliberativas representativas oferece uma saída alternativa¹³³.

A síntese habermasiana entre o modelo liberal e o modelo republicano de democracia resulta em um modelo procedimental de democracia: são os procedimentos para as deliberações políticas e não as deliberações propriamente ditas que demandam legitimidade discursiva. Em outras palavras, se as deliberações políticas não podem ser feitas por meio dos discursos, então pelo menos as regras que regem os procedimentos de deliberação normativa devem passar pelo crivo da validação discursiva. Desta maneira, para que possa existir um procedimento de legislação legítima, é preciso atender ao princípio da democracia.

Figura 10. Resoluções quanto à aprovação.

Destas 72 resoluções efetivamente discutidas, aproximadamente 40% foram aprovadas no ano de 2007 e 60%, no de 2008. Quanto ao conteúdo destas

¹³³ HABERMAS, 2003, p. 213

resoluções, há um predomínio das resoluções de ampliação e municipalização de políticas de acesso a bens e serviços em saúde.

Figura 11. Resoluções efetivamente discutidas quanto ao conteúdo

4.4. DINÂMICA DAS DISCUSSÕES NA CIB

Na análise discursiva das discussões das propostas efetivamente debatidas, isto é, daquelas onde o debate se instalou pela apresentação, crítica e defesa de pretensões de validade, buscamos identificar padrões discursivos que pudessem caracterizar uma construção presumivelmente racional das normas expedidas pela CIB. Nas 72 propostas efetivamente discutidas, identificamos, quanto à natureza, uma predominância das intervenções que apoiavam ou traziam sugestões complementares à proposta, sem criticá-la.

No ano de 2007, 49% das intervenções feitas durante a discussão sobre propostas foi de apoio ou com sugestões complementares. Do total de intervenções feitas naquele ano, 31% foram de oposição ou crítica ao que foi proposto e 20%

solicitavam ou prestavam informações. Abaixo, as intervenções quanto à natureza, sistematizadas em relação a cada resolução efetivamente discutida e aprovada, no ano de 2007:

Tabela 3. Intervenções quanto à natureza - 2007

Resolução discutida	Informações		Defesa/ Sugestões complementares		Crítica/ Oposição		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Res. n.º 16/2007	-	-	04	80	01	20	05	100
Res. n.º 43/2007	04	36,5	04	36,5	03	27	11	100
Res. n.º 45/2007	-	-	02	50	02	50	04	100
Res. n.º 46/2007	01	08	08	62	04	30	13	100
Res. n.º 69/2007	-	-	01	50	01	50	02	100
Res. n.º 77/2007	-	-	01	33	02	67	03	100
Res. n.º 78/2007	-	-	03	75	01	25	04	100
Res. n.º 102/2007	02	22	04	44,5	03	33,5	09	100
Res. n.º 107/2007	07	26	14	52	06	22	27	100
Res. n.º 108/2007	03	37,5	02	25	03	37,5	08	100
Resoluções ¹³⁴ n.º116/2007; 117/2007; 120/2007; 121/2007 e; 122/2007.	-	-	03	50	03	50	06	100
Resoluções ¹³⁵ n.º123/2007; 124/2007 e; 125/2007;	03	75	-	-	01	25	04	100
Resoluções ¹³⁶ n.º126/2007; 127/2007; 130/2007 e; 133/2007.	01	14	04	57	02	29	07	100
Res. n.º 145/2007	03	60	01	20	01	20	05	100

¹³⁴ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

¹³⁵ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

¹³⁶ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

Res. n.º 136/2007	-	-	04	80	01	20	05	100
Res. n.º 155/2007	03	33,5	04	44,5	02	22	09	100
Res. n.º 156/2007	01	09	05	45,5	05	45,5	11	100
Resoluções ¹³⁷ n.º163/2007 e 164/2007	-	-	-	-	01	100	01	100
Res. n.º 176/2007	-	-	05	71	02	23	07	100
Total 29 Res.	28	20	69	49	44	31	141	100

No ano de 2008, a mesma tendência se manteve e 45% das intervenções feitas eram de apoio ou sugestões complementares, 31% de crítica ou oposição e 24% solicitando ou prestando informações, conforme tabela abaixo:

Tabela 4. Intervenções quanto à natureza - 2008

Resolução discutida	Informações		Defesa/ Sugestões complementares		Crítica/ Oposição		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Resoluções ¹³⁸ n.º 04/2008; 05/2008 e; 06/2008.	04	27	09	60	02	13	15	100
Res. n.º 15/2008	-	-	-	-	01	100	01	100
Res. n.º 09/2008	-	-	03	60	02	40	05	100
Resoluções ¹³⁹ n.º18/2008 e 21/2008.	04	33	05	42	03	25	12	100
Res. n.º 34/2008	-	-	02	67	01	33	03	100
Res. n.º 38/2008	03	16	07	37	09	47	19	100
Resoluções ¹⁴⁰ n.º 47/2008 e 48/2008.	-	-	07	78	02	22	09	100
Res. n.º 52/2008	02	17	06	50	04	33	12	100

¹³⁷ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

¹³⁸ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

¹³⁹ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

¹⁴⁰ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

Res. n.º 54/2008	-	-	-	-	01	100	01	100
Res. n.º 55/2008	06	35	07	41	04	24	17	100
Res. n.º 57/2008	05	71	01	14,5	01	14,5	07	100
Res. n.º 68/2008	-	-	01	50	01	50	02	100
Res. n.º 77/2008	01	14	05	72	01	14	07	100
Res. n.º 79/2008	04	31	06	46	03	23	13	100
Res. n.º 89/2008	01	11	06	67	02	22	09	100
Res. n.º 93/2008	-	-	01	50	01	50	02	100
Res. n.º 105/2008	04	40	04	40	02	20	10	100
Res. n.º 109/2008	01	25	02	50	01	25	04	100
Res. n.º 123/2008	-	-	-	-	01	100	01	100
Res. n.º 127/2008	04	50	03	37,5	01	12,5	08	100
Res. n.º 128/2008	05	50	03	30	02	20	10	100
Res. n.º 130/2008	-	-	01	25	03	75	04	100
Res. n.º 140/2008	-	-	-	-	01	100	01	100
Res. n.º 142/2008	-	-	07	70	03	30	10	100
Res. n.º 149/2008	05	24	11	52	05	24	21	100
Res. n.º 150/2008	03	17	10	55	05	28	18	100
Res. n.º 154/2008	-	-	02	50	02	50	04	100
Res. n.º 187/2008	02	50	01	25	01	25	04	100
Res. n.º 193/2008	03	17	06	33	09	50	18	100
Res. n.º 198/200	01	10	07	70	02	20	10	100
Res. n.º 199/2008	03	30	06	60	01	10	10	100
Resoluções n.º ¹⁴¹ 216/2008; 217/2008 e; 218/2008	02	50	01	25	01	15	04	100
Res. n.º 222/2008	06	35	06	35	05	30	17	100
Res. n.º 225/2008	01	14	05	72	01	14	07	100
Total 42 Res.	72	24	133	45	90	31	295	100

¹⁴¹ Proposta discutida em bloco, que resultou nas referidas resoluções.

Abaixo, tabela comparativa de intervenções feitas, durante a discussão para aprovação de propostas, do biênio em análise:

Figura 12. Intervenções quanto à natureza.

4.4.1. Principais argumentos no discurso dos atores estatais.

Na análise do discurso das atas e caracterização da dinâmica deliberativa, buscamos identificar os núcleos discursivos na sustentação das posições dos atores estatais presentes às reuniões da CIB. Por núcleo do discurso, entendemos as idéias centrais que emergem das construções argumentativo-discursivas dos atores, nas deliberações analisadas. As principais idéias identificadas são referentes a questões muitas vezes articuladas e interdependentes.

Financiamento e Alocação de Recursos

Há a preocupação com a questão dos recursos e financiamento, e o impacto sobre os municípios, muitas vezes posto como objeto central de pactuação. A descentralização e regionalização e defesa dos princípios e diretrizes do SUS,

notadamente a crítica à terceirização e privatização da assistência e defesa da participação social.

Ao se posicionarem sobre as propostas, algumas regularidades temáticas se apresentam nas intervenções dos atores estatais. Na 145ª Reunião ordinária da CIB, no ano de 2007, ao deliberarem sobre a proposta de alteração no teto financeiro de Média e Alta Complexidade do município de Irecê-BA, assim se posicionou o representante do Estado, na deliberação que resultaria na Resolução CIB n.º 16/2007:

[...] esse processo vem sendo feito de maneira, que ocorrem reuniões, com dez pessoas que fazem parte de um grupo técnico e que foram mencionadas numa portaria, as quais estão trabalhando em várias frentes; na frente da questão do financiamento, que é necessário saber onde o município pode contar para administrar o hospital; na questão de arquitetura e engenharia para conclusão das obras do hospital; nos recursos humanos que é uma grande dificuldade que será encontrada pelo município e SESAB; na adequação do perfil, que é importante para saber quais são as pessoas, os profissionais que o hospital precisa; uma para patrimônio, já que é necessário fazer todo um resgate do patrimônio (al. 350 e ss., grifamos)

Pouco mais à frente, nesta mesma discussão, outro representante do Estado retoma a mesma preocupação, em outros termos:

Dr. José Raimundo citou que de AIH, na auditoria, existem duzentos e dezenove mil e de pagamento administrativo tem um milhão setecentos e trinta e três que não foram pagos. Disse que são quase dois milhões de procedimentos que foram realizados e não foram pagos. Pontuou que com relação à PROMIR, algumas coisas ficaram claras. Elucidou que nesse contrato se caracteriza essa falta de controle. Arrazoou que isso é um dinheiro que fica sendo jogado pelo ralo, que este recurso é caro, já que é aplicado e não vê o resultado. Comentou que a municipalização do hospital é uma coisa importante. Salientou que acha importante cada gestor ter um controle do seu recurso. (Ata da 145ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 371-376, grifamos)

A questão dos recursos e financiamento surge constantemente nas deliberações da Intergestores-Bahia. Não apenas pela questão ser, inequivocamente, de natureza financeira, já que se discute a alteração do teto de financiamento da média e alta complexidade. Ainda, questões como a municipalização aparecem como

núcleos periféricos no discurso, em relação à necessidade de financiamento e autonomia sobre os recursos públicos.

Ao se posicionar sobre proposta similar para o município de Juazeiro-Bahia (Resolução 46/2007), nesta mesma reunião, o Coordenador da CIB-Bahia afirma:

O Senhor Coordenador pontuou que o que estava sendo levado para a reunião da CIB, era a alocação do recurso financeiro, já que o projeto já foi negociado entre a SESAB, a secretaria municipal de Juazeiro e as secretarias municipais da região. Elucidou que do ponto de vista da estratégica metodológica da implantação das ações, já está definido. Proferiu que o que depende da aprovação da CIB, é a utilização da parcela de recurso da câmara técnica. Elucidou que a maior parte do recurso previsto é do Estado. (Ata da 149ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 296-300, grifamos)

Como percebemos, a negociação e pactuação sobre os aspectos operacionais da política, objetivos primeiros das CIB's, perde espaço para a negociação sobre recursos e financiamento. Destacados nesta intervenção, dois elementos importantes: de um lado, a centralidade da questão do financiamento – seu núcleo discursivo – e, de outro, a referência a uma pactuação prévia, que coloca em segundo plano a construção discursivo-deliberativa que deveria caracterizar as pactuações nas CIB's, quando se entende que esta deve ser orientada por valores morais, ou seja, por princípios universais de justiça (direitos fundamentais e dignidade humana).

Não surpreende, porém, a preocupação orçamentária. Primeiramente, pelo vastamente criticado sub-financiamento da saúde pública brasileira. No plano da crítica teórica, também não surpreende, pois a CIB se articula como sistema parcial especializado em decisões, e como sistema político parcial, tem suas decisões limitadas por outros sistemas que respondem a outras lógicas. Ainda porque a deliberação sobre financiamento é central em espaços de articulação e pactuação de políticas públicas, como a CIB, razão pela qual emerge com tanta consistência e centralidade no discurso dos gestores, registrado em ata.

Na 2ª Reunião Extraordinária de 2007, ao discutir a proposta de Rede de Oncologia do Estado da Bahia (Resolução 107/2007), outra intervenção desloca o foco da pactuação para o financiamento, condicionando a uma análise de impacto financeiro, a possibilidade de negociação.

Colocou também que ainda não temos a previsão de recurso para ampliação desta Rede [de Oncologia], mesmo a proposta mais imediata, tem um impacto financeiro que precisa ser posteriormente negociado com o MS, então há um outro processo a ser feito que é calcular o impacto financeiro desse desenho mais imediato, para que possamos então negociar. (al. 291 e ss.)

Na mesma deliberação, esta preocupação volta à tona:

O Secretário Municipal de Saúde de Santa Cruz Cabralia, Josedane Silva colocou sua preocupação em relação a recursos e à possível não aceitação de critérios não preenchidos nessa Rede, pois há um serviço de quimioterapia que funciona isoladamente em Eunápolis, em Porto Seguro há um hospital da rede estadual com dezesseis leitos e UTI já instalada com cinco leitos, provavelmente com uma proposta de ampliação, com toda uma rede de emergência montada, [...] Mesmo sendo Teixeira de Freitas uma sede de macro, acha que este serviço poderia ser centralizado e também considera importante otimizar recursos. (Ata da 2ª Reunião Extraordinária da CIB/Ba.2007, al. 313-325, grifamos)

O financiamento também emerge como núcleo discursivo, articulado com os projetos de municipalização e descentralização. Na 155ª Reunião Ordinária de 2007, na discussão sobre a proposta de habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, afirma o Coordenador da CIB-Bahia:

Citou que enquanto a França se encontra comemorando o fechamento de hospitais com menos de trezentos leitos, aqui, continuam a abrir hospitais de trinta leitos. Ponderou que se em determinado município existe uma receita própria e o mesmo pode bancar atenção especializada para os seus municípios, isso é ótimo. Salientou que toda regra existe uma exceção, mas que não se pode fazer com que o recurso federal, que tem que ser distribuído de forma a garantir o acesso equânime para toda a população, seja pulverizado. Propôs que a discussão fosse suspensa, que fosse marcada a continuidade desse debate, não mais somente nos critérios somente da saúde bucal, mas de como serão criados mecanismos para enfrentar uma lógica regionalizada, hierarquizada

para todo sistema de saúde desse estado (Ata da 155ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2007, al. 445-456);

Na 159ª Reunião Ordinária, no ano de 2008, o Coordenador volta a formular a crítica aos pequenos municípios e não racionalização dos investimentos:

O Senhor Coordenador comentou que sua preocupação é que caso não se tenha muitos critérios não seria garantida a escala, e haveria um aumento da questão de dispersão de recursos, pois ao se disponibilizar um grande conjunto de municípios de pequeno porte populacional, de poucas condições de fixação e atração de profissionais especializados, os recursos seriam pulverizados. (al. 686 e ss., grifamos)

No mesmo sentido, seu suplente, na mesma reunião, ao discutir as propostas referentes à política de assistência farmacêutica, que resultariam nas Resoluções CIB n.º 47/2008¹⁴² e n.º 48/2007¹⁴³:

Enfatizou que na verdade nós temos pouco controle sobre os recursos da saúde, pelo pouco tempo que tem aqui na SESAB, espanta-se com a falta de controle na fiel aplicação dos recursos públicos; o volume de recursos na saúde não é pequeno como a população lá fora pensa e muitas vezes como é legado; o volume de recursos na saúde inclusive com medicamentos é muito grande e precisa ser controlado, para melhor racionalizar o uso, distribuir melhor e muitas vezes repensar o repasse estabelecido, portanto, o mínimo que se pode fazer trata-se de um relatório semestral para um programa desse tipo. (al. 465-468, grifamos)

Apesar de afirmar que há recursos, os representantes do Estado tecem crítica sobre a alocação destes recursos, defendendo maior racionalização do financiamento. Em contrapartida, quando questionado sobre os limites impostos à racionalização dos recursos para aquisição de medicamentos, condicionada pela RENAME, respondeu, que “todos que quiserem e considerarem adequado podem utilizar o recurso para aquisição” (Ata da 163ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 644):

¹⁴² Aprova a criação do Relatório Semestral de Prestação de Contas da Assistência Farmacêutica Municipal.

¹⁴³ Aprova a forma de pactuação entre Estado e Municípios e o elenco de referência do componente da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica para cumprimento da Portaria MS nº 3.237/07 a ser considerado no cumprimento da contrapartida Municipal e Estadual até a conclusão da revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais.

Senhor Lindemberg Costa comentou que consultou o Ministério da Saúde e informou que, como existe uma questão do financiamento e a utilização do recurso da Atenção Básica encaminhou-se a lista que foi enviada por Salvador e dos cento e vinte itens que constavam na lista enviada apenas dezoito itens foram aprovados, porque dois pontos foram considerados. O primeiro ponto é que os medicamentos que não estão na RENAME não podem ser utilizados com recurso para financiamento para Atenção Básica. O segundo ponto é que os itens têm que ser obrigatoriamente da Atenção Básica. Relatou também que dos dezoito itens aprovados apenas seis não estavam contemplados na RESME, mas o município pelo perfil seu epidemiológico está autorizado a adquirir. (Ata da 163ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 636-642, grifamos);

O Senhor Coordenador sugeriu que estes seis itens que não estão na lista Estadual sejam acrescentados na lista geral de medicamentos. Afirmou também que todos que quiserem e considerarem adequado podem utilizar o recurso para aquisição. Relatou que, após avaliar a listagem dos seis medicamentos, alguns inclusive já estão na listagem apresentada na reunião. (Ata da 163ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 642-645, grifamos).

Descentralização e Regionalização.

De acordo com o artigo 3º, de seu Regimento Interno, a CIB-Bahia tem a finalidade de promover a “orientação, a regulação e a avaliação dos aspectos operacionais do processo de descentralização das ações e serviços de Saúde no âmbito Estadual”. Nesse sentido, a descentralização e a regionalização emergem como núcleos discursivos, também, consistentemente:

O Senhor Alfredo afirmou que o objetivo desta proposta é organizar cada vez mais a atenção a saúde nas macro e micro regiões, portanto essa proposta tem que partir do pressuposto de uma realidade. Comentou que deve ser levada em conta, dentro da linha que está sendo estabelecido, com toda uma terminologia, uma nomenclatura diferente, a regionalização solidária, colegiado de gestão entre outros. Indagou sobre a terminologia Comando Único, que não cabia bem nesse contexto, sugerindo que fosse analisado uma outra denominação para quem vai administrar a MAC, onde sugeriu a denominação Critérios para Assunção da Administração da MAC pelos municípios quando da adesão do pacto. (Ata da 159ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 716-721);

A representante do Estado da Bahia, na discussão que resultaria na Resolução n.º 142/2008¹⁴⁴, na 164ª Reunião Ordinária de 2008, afirma:

Dra. Gisélia Souza acrescentou que precisamos ter uma visão crítica do processo de descentralização, sempre revendo as questões e pensando na regionalização, inclusive porque em determinados aspectos precisaremos ter uma estrutura regionalizada, com profissionais capacitados e treinados para realização de fiscalização de média e alta complexidade no nível daquela região, assim, precisamos ter criatividade já que estamos avançando partindo de uma realidade, e vamos avançar também nesse processo de regionalização no âmbito da Vigilância Sanitária, já que o seu objeto é transterritorial. (al. 250-255)

Nesta mesma discussão, o núcleo discursivo da intervenção gira em torno da defesa da regionalização como estratégia de gestão:

Dra. Marília Fontoura relembrou a situação de Teodoro Sampaio e considerou que se o município não pode contratar e precisa fazer a Vigilância Sanitária, não podemos pensar apenas em fóruns, mas também em organizações regionais, avançar na perspectiva de regionalização e ver que tipo de pacto regional pode ser feito para que um sujeito tenha o poder de fazer esta vigilância em vários municípios porque ele fica afastado e sai uma coisa mais colegiada e ele sai dessa pressão no município e também garante que se faça. Enfatizou a necessidade de pensarmos em outras formas de organização que não sejam exatamente responsabilidade do município e também na questão da qualificação, pois tem municípios pequenos que não possuem profissional para fazer a qualificação de suas equipes, mas muitas vezes podem articular com vários municípios e passar a ter. Assim, não basta fortalecer as DORES, por exemplo, é necessário fazer colegiados. (al. 276-284)

Na 165ª Reunião Ordinária, no ano de 2008, o então secretário de saúde do município de Teixeira de Freitas, em uma de suas intervenções na discussão sobre a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados, afirma que:

[...] é claramente contrário à centralização dos recursos, e todos do COSEMS querem a descentralização mais acelerada. Explicou que

¹⁴⁴ Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as responsabilidades sanitárias e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental do Sistema de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia.

desde o começo da CIB é contra a colocação dos recursos em Salvador, pois juntamente com vários colegas gestores consideram a cidade do Salvador como ‘um saco sem fundo’ e questionou a presença do Secretário de Saúde de Salvador para estar pactuando a urgência e emergência ou outras unidades. Reafirmou que não concorda em concentrar os recursos de todo o Estado da Bahia em Salvador, pois se deve ter cautela e acelerar a regionalização. Concordou que se precisam tomar de forma emergencial as questões de Salvador, mas é a favor da descentralização dos recursos e tirar o foco de Salvador mesmo porque Salvador não está fazendo o dever de casa e está se fingindo que está tudo certo. (Ata da 165ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 196-203, grifamos);

Outra questão que emergiu no discurso dos atores estatais foi a da privatização e terceirização do Sistema. Nesta mesma discussão, o então secretário de saúde do município de Teixeira de Freitas volta a tecer críticas à proposta, desta vez sinalizando o que entende como uma demanda do setor privado, atendida pelos gestores:

O Senhor Geraldo Magela informou que pela manhã esse assunto foi discutido, e relatou que o valor tomado isoladamente é um valor extremamente elevado, pois os municípios trabalham com valores muito menores, e não é justo que toda vez que os privados querem se vá aumentando, pois deve haver um limite para esta situação. Explanou que, mesmo em caráter emergencial, está havendo um incentivo para a iniciativa privada e para a cidade de Salvador, remetendo a grande questão que tem que se discutir que é a descentralização do serviço. (al. 119 e ss., grifamos)

Em resposta, o representante do Estado defende a proposta apresentada:

O Senhor Alfredo Boa Sorte comentou que muitos dos pacientes que se encontram na cidade são provenientes de vários outros municípios. Reafirmou que há aproximadamente um ano os hospitais estão fazendo do CRPA e das emergências de internações, fazendo leitos extras nos hospitais. Comentou que já se chegou ao ponto de ter vinte e três fraturas expostas dentro do HGE com todas as salas cirúrgicas bloqueadas, CRPA bloqueado e não tendo mais como rodar leito nenhum e não se tem o leito de suporte para mandar esse paciente que já está operado na enfermaria ocupando vaga enquanto se podia estar rodando os leitos de emergência. Afirmou que esta é a realidade atual, e que rechaça qualquer opinião de que se está incentivando a medicina privada por conta desta atitude que está sendo tomada, pois a política não é, nunca foi e nunca será dessa maneira. Explanou que se terá uma fase profícua, que é a constituição da regionalização da saúde, ou seja, a

revisão de toda PPI que está sendo realizada no Estado, onde será definido onde estão instalados todos os serviços de saúde, quais os leitos que estão instalados, qual o perfil de cada unidade seja municipal, estadual, federal, filantrópica ou mesmo privada que presta serviços ao SUS. (al. 175 e ss., grifamos)

Na 176ª Reunião Ordinária, em 2008, durante a discussão do curso para qualificação de gestores do SUS para o Estado, em apoio à proposta, intervém afirmando:

[...] esta é uma briga antiga com tudo o que é desenvolvido por algumas instituições para o SUS que terminam virando know-how privado da instituição e não do SUS, que é o que precisamos, por isso precisa realmente ser disponibilizado com toda a tecnologia para que possamos incorporar e replicar. (al. 264 e ss.);

Na primeira 145ª reunião Ordinária de 2007, a primeira realizada neste ano na CIB-Bahia, a Subcoordenadora e presidente do COSEMS externa a preocupação com a terceirização que, em sua experiência, afeta negativamente a gestão municipal:

Dra. Suzana Ribeiro evidenciou que o COSEMS é contrário ao processo de terceirização, principalmente porque vivencia em vários municípios do estado os problemas causados por esta estratégia. Explicou que entende que a forma que isso foi encaminhado compromete cada vez mais a questão do comando da assistência à saúde pelo município que é no caso gestão plena. Informou que considera a proposta justa a proposta e que o COSEMS adere à proposta. (al.367-371, *sic.*)

Participação Social

A meta desta pesquisa foi discutir a legitimidade da CIB enquanto espaço de gênese democrática de direito e, portanto, a efetividade de suas normas. Acreditamos que a Intergestores tem um papel fundamental na ampliação do Sistema, sua regionalização e busca por equidade e consolidação da democracia sanitária. Para tanto, é essencial que haja controle e participação sociais. Se o CES desempenha um papel relevante, assim também a participação direta e não necessariamente nos moldes normativamente impostos – apesar de no espaço institucional da CIB – da comunidade.

A legitimidade jurídico-democrática, com base nos argumentos habermasiano já apresentados, só pode ser obtida pela construção discursiva de

verdades, em que a participação social não se limite ao voto, como na concepção hegemônica de democracia ocidental, no pós-segunda guerra, em que a democracia tinha um caráter eminentemente individualista, na legitimação de governos¹⁴⁵. Antes, os atores sociais devem assumir um papel protagonista e atuar discursivamente na busca por entendimento, mediada pela liberdade e igualdade discursivas, que devem ser garantidas nestes fóruns, como pressupostos do processo de deliberação normativa.

Nesse sentido, apesar de a Intergestores ser um fórum de pactuação de atores estatais, há espaço para o discurso de atores sociais, ainda que estes espaços sejam pouco e pontualmente explorados. Na 151ª Reunião Ordinária de 2007, em que a Sociedade Brasileira de Hipertensão e a de Diabetes, foram ouvidas durante a discussão da proposta da política “Medicamento em Casa”, aprovado naquela reunião e que levou à Resolução n.º 34/2008, aprovada na reunião n.º 158º de 2008:

O Senhor Coordenador informou que o programa de medicamento em casa já havia sido apresentado e aprovado no ano de dois mil e sete. Disse que se o COSEMS concordasse, seria considerado que já havia sido feita essa apresentação e seria reportada à secretaria executiva da CIB que fosse feita a resolução referente a isso. (al. 626-629)

Assim também, quando da discussão sobre a atenção integral às pessoas com doenças Falciformes e outras hemoglobinopatias no Estado da Bahia (155ª Reunião Ordinária da CIB/2007, al. 87-101) destacou-se a presença e participação no debate, da Associação Baiana e da Federação Nacional de Pessoas com Doença Falciforme. A proposta, contudo, não foi normatizada pela CIB, entre suas resoluções.

A participação social também emerge como núcleo discursivo, referida na defasa de propostas, bem como na crítica a outras. Durante a discussão sobre recomendações técnicas para operacionalização do processo seletivo público para

¹⁴⁵ SANTOS, 2007.

ACE e ACS, realizada na 157ª Reunião Ordinária de 2007, na intervenção de apoio à proposta lê-se:

Dr. Heider Pinto complementou colocando que esta não foi só uma ação que veio a partir da SESAB, houve uma discussão logo no início do ano tanto na CIB como no Conselho Estadual de Saúde, onde usuários, trabalhadores, gestores estaduais e municipais pactuaram fazer desse jeito, então a orientação até o momento era a mesma que foi passada para a Secretária de Sento Sé, mas como foi colocado por Dra. Lorene, tivemos a maturidade de reavaliar, perceber os tempos diferentes e chegar agora com essa nova questão (al. 299-303, grifamos).

A participação também é evocada como necessária à legitimação e viabilidade da gestão e das políticas de saúde, como na 164ª Reunião Ordinária, em 2008, em crítica à proposta apresentada às alíneas 47 a 173, referente à Resolução 142/2008¹⁴⁶.

Ressaltou que a Vigilância Sanitária é uma área que exige intersetorialidade com o meio ambiente, com várias outras áreas, e exige também um controle social muito efetivo sobre ela, porque senão a população será prejudicada se não houver um controle social que permita e dê respaldo ao técnico para atuar diante de um determinado estabelecimento, equipamento ou produto, e que tenha inclusive respaldo para tomar determinadas atitudes, sendo assim, um gestor precisa da população para lhe apoiar em determinadas medidas (al. 216-219, grifamos);

Na busca por uma sociedade idealmente justa, sob a égide de princípios universais de igualdade, liberdade, dignidade e acesso às garantias fundamentais o Estado democrático de direito define um sistema de direitos fundamentais que viabilize decisões construídas coletivamente¹⁴⁷. A CIB, pelo discurso analisado, é um espaço de construção coletiva dos gestores e com espaço para que atores sociais contribuam para a deliberação, ainda que este potencial, em algumas reuniões plenárias, tenha se limitado à potencialidade sem concretizá-la: atores sociais foram

¹⁴⁶ Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as responsabilidades sanitárias e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental do Sistema de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia.

¹⁴⁷ HABERMAS, 2003a.

ouvidos, mas sem necessariamente esta contribuição ser levada em conta pelos gestores. Mas suas decisões envolvem, ou ao menos são permeáveis ao envolvimento, da comunidade. Nisto pauta-se, em grande parte, seu potencial democrático e a efetividade de suas normas.

Encapsulamento técnico

Outra face do fenômeno de alargamento do Estado-provedor é a crescente presença do Estado-interventor e regulador. Nesse cenário, as estruturas disciplinares e o aparato técnico-científico do Estado desempenham um papel central no controle das atividades públicas¹⁴⁸ e o excessivo controle e regulação terminam por afastar o cidadão médio dos processos decisórios, direta ou indiretamente.

A intervenção estatal e supervisão constante minam a força socializadora do agir comunicativo e destroem as condições de solidariedade e iniciativa social, potencializando a formação de uma “massa de atores isolados e alienados entre si”¹⁴⁹. Segundo Habermas, quanto mais “panóptico” o Estado é, mais enfraquecido fica o tecido social construído comunicativamente:

Intervenções administrativas e supervisão constante desintegram a estrutura comunicativa do dia-a-dia na família, na escola, na comuna e na vizinhança. A destruição de condições vitais solidárias e a quebra da iniciativa e da independência em domínios que se caracterizam pela super-regulação e pela insegurança, implicam o aniquilamento de grupos sociais através da doutrinação, bem como o sufoco da comunicação política espontânea.¹⁵⁰

Ademais, o saber apropriado pelo Estado e submetido às suas formas burocráticas, utilizado para implementação, controle e regulação de políticas, distancia o cidadão da vida pública e dificulta sobremaneira a participação popular. Nesse sentido, a partir de Dahl, Habermas alerta para o “[...] *encapsulamento* do saber político especializado, o que impede os cidadãos de aproveitá-lo para a

¹⁴⁸ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: o nascimento da prisão. 35 ed. Petrópolis: Vozes, 2008

¹⁴⁹ HABERMAS, 2003a, p. 102.

¹⁵⁰ Ibid.

formação da própria opinião. O perigo principal reside, segundo ele [Dahl], na variante tecnocrática de um paternalismo que se nutre nos monopólios do saber”¹⁵¹.

De acordo com Habermas, este monopólio paternalista de saber forma obstáculos à maior democratização das sociedades complexas, que poderiam ser superados, porém, através de uma política deliberativa. A política deliberativa “se caracteriza pelo debate público entre especialistas e não-especialistas, controlado pela opinião pública”¹⁵², como poderia se dar no espaço da CIB. Como já foi visto, apesar de pouco explorada, há possibilidade de participação de atores sociais nas deliberações dos gestores. Ainda, mesmo que seja indispensável a orientação técnica para as deliberações da CIB, estas podem ser encaradas como elementos para tomada de posição e defesa de pretensões de validade, mas não deveriam ter o condão de determinar as decisões finais. Estas deveriam ser tomadas através do debate racional, orientado por princípios universais de justiça e pautados, tanto quanto possível, pelo controle e participação sociais.

Ademais, as deliberações estão ao menos sujeitas ao crivo do controle social, através do Conselho Estadual de Saúde ou, ainda, por via judicial, na garantia dos pressupostos procedimentais para gênese democrática de direitos, o que fortalece o caráter democrático, ainda que não seja suficiente para, por si só, garantir a gênese democrática de direitos na CIB. Dispõe o artigo 1º, Parágrafo único do Regimento Interno da CIB Bahia dispõe que: “As definições e propostas referentes à Política Estadual de Saúde, apresentadas pela CIB/Ba deverão ser referendadas ou aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.”

A CIB é um fórum essencialmente tecnoburocrático. Ela apresenta um grande potencial democrático, de deliberação, construção discursiva e dissenso. Por outro lado, uma série de questões dependem de uma aprovação técnica, como não poderia deixar de ser na implementação de políticas, sob a lógica do SUS. O que soa problemático, porém, são deliberações pactuadas com base na prévia aprovação

¹⁵¹ Ibid., p. 44.

¹⁵² HABERMAS, 2003a, p. 84.

técnica, sem o necessário debate e questionamento, o que leva a um indiscutível encapsulamento técnico. Apesar de muitos debates demonstrarem o potencial discursivo-democrático da CIB, verifica-se consistentemente este encapsulamento. Em parte, esta característica que emerge das atas é explicada pela própria competência atribuída à CIB, que é de operacionalização das políticas, o que se dá, no contexto da Saúde Pública nacional, com parâmetros técnico-científicos para racionalização do Sistema (mas que também, e principalmente, deveria se dar de forma democrática). Mas isto não pode prevalecer sobre aspectos “morais” (Habermas), deliberativos, racionais e democráticos.

Bobbio defende que a tecnocracia é inconciliável com a democracia. Isto não quer dizer que a democracia não possa e não deva se apropriar de conhecimentos técnicos para racionalização da gestão e para produção reflexiva de conhecimento necessário à Administração, contudo, “a democracia sustenta-se sobre a hipótese de que todos podem decidir a respeito de tudo. A tecnocracia, ao contrário, pretende que sejam convocados para decidir apenas aqueles poucos que detêm conhecimentos específicos”¹⁵³. Esse privilégio de exclusividade que quer se dar aos *experts* é que pode minar o potencial democrático, racional e discursivo de espaços como a CIB.

Na Reunião Plenária n.º 151 do ano de 2007, na já citada discussão sobre o PROGESUS (Resolução CIB n.º 77/2007), a representante do COSEMS Dra. Suzana Ribeiro, ao final, critica a proposta geral, argumentando (basicamente), que após discussão com a área técnica, considera mais apropriado que *não* se discuta proposta por proposta de cada município, pois tomaria muito tempo, e seria desnecessário já que as propostas seguiriam um “padrão” determinado pelo MS. Sugere, então, a aprovação por parecer técnico aprovado pela CIB e sugere que não se discuta mais, deixando para avaliação da área técnica:

Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que gostaria de fazer algumas observações sobre o projeto do PROGESUS. Disse que houve uma reunião com os técnicos, um dia antes da última reunião da CIB, onde foi considerado que é preciso estar remetendo novamente os

¹⁵³ BOBBIO, 2000, p. 46.

projetos. Falou que poderia ser considerado que esses projetos fossem avaliados e fossem para o MS com parecer favorável da CIB. Citou que a estrutura dos projetos é a mesma; que existe uma orientação do MS para o preenchimento para a elaboração do projeto; que passa pela área técnica da SESAB; e que se todas que um município pleitear tiver que ser apresentado aqui irá haver uma perda grande de tempo. Sugeriu que fosse dispensada a apresentação e já passasse para o parecer da área técnica. (al. 111-118)

Em outras discussões, como as que resultaram nas resoluções CIB n.º 126/2007, 127/2007, 130/2007 e 133/2007 (153ª Reunião Ordinária de 2007), há uma ambiguidade própria da natureza da Intergestores, um que se pretende notadamente tecnodemocrático. Por um lado há preocupação muito forte com os aspectos procedimentais e técnicos e que pode ser positivo. Por outro lado, é preciso ficar atento a um possível encapsulamento técnico que inibe a discussão democrática.

Como se diz popularmente, os especialistas devem ser mantidos prontos para o consumo. Os especialistas, às vezes, possuem conhecimentos superiores aos seus em aspectos importantes. Um bom médico saberá melhor do que você diagnosticar a sua doença – que rumo ela provavelmente tomará, sua gravidade, qual será o melhor tratamento ou se é de fato possível trata-la. É razoável que você resolva seguir as recomendações do seu médico. Contudo, isto não significa que deva ceder a este médico o poder de decidir se você fará ou não o tratamento recomendado. Da mesma forma, uma coisa é os funcionários do governo procurarem a ajuda de especialistas, mas outra muito diferente é uma elite política deter em suas mãos o poder de tomar decisões sobre leis e políticas que você terá de obedecer¹⁵⁴.

Beck ajuda a compreender esta circunstância de dependência – ainda que Habermas teça algumas críticas à sua teoria da individualização¹⁵⁵, já que o sociólogo “fala de outro lugar” na modernidade. Beck denuncia como os fóruns de cooperação criam consensos entre a política, a indústria e defende um *desencapsulamento*, em que este modelo de racionalidade precisa ser abolido: “Primeiro, as pessoas devem dizer adeus à noção de que as administrações e os

¹⁵⁴ DAHL, Robert A. **Sobre a democracia**. Brasília: UNB, 2001, p. 85.

¹⁵⁵ HABERMAS, Jürgen. Individualização através da socialização. Sobre a teoria da subjetividade de George Herbert Mead. In. HABERMAS, Jürgen. **Pensamento pós-metafísico**: Estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2002, p. 183-234.

especialistas sempre sabem exatamente, ou pelo menos melhor, o que é o certo e o bom para todos: desmonopolização da especialização”¹⁵⁶.

Beck, como Habermas¹⁵⁷, afirma que os fóruns de negociação não produzem inequivocamente consenso e não tem garantias de sucesso, mas apenas o potencializam, pois “podem estimular a prevenção e a precaução e atuar rumo a uma simetria de sacrifícios inevitáveis. E podem praticar e integrar ambivalências, do mesmo modo que revelar vencedores e perdedores, tornando-se públicos e, assim, melhorando as precondições para a ação política”¹⁵⁸.

Em um Estado democrático de direito, todos os cidadãos devem ter a possibilidade de participar do processo de construção das normas que os afetam, como sujeitos de direito livres e iguais, em um processo de governança participativa e, mais por uma autogestão radical. Um discurso pautado e limitado pelo conhecimento especializado técnico enfraquece o potencial discursivo das deliberações em espaços institucionais, ou não.¹⁵⁹

Discussão prévia à CIB

Finalmente, foi possível identificar no discurso analisado referências à discussão e pactuação prévias, em outros espaços distintos da CIB, o que nos parece relevante destacar. Assim, como pontuamos quanto às resoluções aprovadas sem intervenção prévia, nas propostas efetivamente discutidas, identificamos referências a discussões prévias à apresentação na CIB e que foram destacadas como elemento formador periférico do discurso, fosse esse de crítica, apoio ou informação. Das discussões na 157ª Reunião Ordinária em 2008, destacamos:

Após a apresentação, enfatizou que a mesma já foi discutida pela manhã na reunião do COSEMS havendo consenso para aprovação,

¹⁵⁶ BECK, Ulrich. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2012, p. 54.

¹⁵⁷ HABERMAS, 1999.

¹⁵⁸ BECK, op. cit., p.55, grifamos

¹⁵⁹ HABERMAS, 2003a.

no entanto, houve um questionamento sobre o porque dos Agentes de Combate às Endemias – ACE não foram contemplados juntamente. (**Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008**, 170-172)

Dr. Heider informou que foi discutido pela manhã, inclusive já entraram em contato com a Secretária de Saúde do município e na verdade será aprovada apenas uma equipe de saúde bucal porque eles não estão com equipamento para a segunda equipe. (Ata da 157ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 444-446);

Na já citada intervenção do secretário de saúde do município de Teixeira de Freitas, na 165ª Reunião Ordinária/2008 (al. 119 e ss.), este afirma que “pela manhã esse assunto foi discutido, e relatou que o valor tomado isoladamente é um valor extremamente elevado, pois os municípios trabalham com valores muito menores” e, com base neste debate, tece às já referidas críticas ao que entende como incentivo à iniciativa privada. Destacamos, ainda, a intervenção da Subcoordenadora da CIB e Presidente do COSEMS, na discussão sobre o plano de gestão do trabalho e da educação permanente do Estado da Bahia:

A Senhora Suzana Ribeiro abriu as inscrições para fala e relatou que essa apresentação foi discutida pela manhã na reunião do COSEMS, destacou algumas questões centrais, como a questão do Aperfeiçoamento em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, que é uma questão fundamental, mas sugeriu também que se poderiam ter mais profissionais fazendo um curso de aperfeiçoamento de cento e oitenta horas, desde que se construa um conteúdo programático que dê conta das demandas da demanda do profissional. (Ata da 167ª Reunião Ordinária da CIB/Ba.2008, al. 345 e ss., grifamos)

Como vemos, a CIB é um espaço que se mostra substancialmente “engessado”, limitando sua potencialidade discursiva, com uma série de acordos e deliberações firmados previamente e levados à CIB apenas para a chancela institucional. Os gestores acordam previamente um conjunto de propostas e dispensam o debate no espaço da CIB. Por que isso é problemático? Primeiramente, a CIB tem se mostrado relativamente permeável à participação, à pressão popular e de outros atores como o Ministério Público. Mas nestes outros espaços (como o COSEMS) não há garantias de que o mesmo aconteça, além do desacordo com o expreso reconhecimento legal da CIB como espaço de negociação e pactuação. O

que ocorre é uma subversão do procedimento de discussão e produção de normas infralegais. O próprio direito a procedimentos está comprometido, nesta forma de se estabelecer direitos-meio nos termos discutidos anteriormente.

Na contemporaneidade, “é indispensável que as condições procedimentais do processo democrático sejam protegidas”, afirma Dallari¹⁶⁰. A discussão prévia, em outros espaços que não são reconhecidos legalmente como legítimos para negociação e pactuação, tampouco tem alguma dimensão de controle social formalmente estabelecida em espaços como o CES, comprometem, sobremaneira, a possibilidade de controle social sobre as atividades da Intergestores, no exercício cidadão de uma esfera pública crítica, inclusive o controle jurisdicional.

A CIB, reconhecida como espaço deliberativo para construção dos aspectos operacionais do Sistema, discute políticas fundamentais (credenciamento de centros de referência, revisão da listagem de medicamentos, compra de ambulâncias etc.). Furtar deste espaço a prerrogativa deliberativa é problemático, também, quando uma das questões centrais para legitimação de seu poder normativo e efetividade de suas normas é que uma esfera pública crítica pode acompanhar suas deliberações e conhecer “as regras do jogo”, como é defendido nesta dissertação.

¹⁶⁰ DALLARI, S. G. A justiça, o direito e os bancos de dados epidemiológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3):633-641, 2007, p. 639-640.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Comissões Intergestores desempenham um papel fundamental para continuidade do projeto de saúde pública brasileiro, construído no bojo do movimento de reforma sanitária. Como desdobramento deste projeto, espera-se que elas sejam construídas sobre bases democráticas amplas e sólidas. A questão da participação social nos espaços institucionais do SUS é problemática e está inserida em um quadro mais amplo de crise das formas democráticas tradicionais e da representatividade, ou legitimidade, da produção do direito.

Discutir participação social e gestão participativa na CIB é especialmente desafiador, por se tratar de um espaço de negociação entre gestores, sem previsão de participação direta dos agentes sociais (profissionais e usuários do sistema). A idéia mais associada à democracia moderna é, de um lado, a de representação pelo voto direto que, especialmente no paradigma liberal, tende a resumir a participação do cidadão em uma esfera pública que preza pela redução extrema da ingerência administrativa. De outro lado, na idéia de democracia direta, a legitimidade e o reconhecimento das normas se assentam sobre a noção de participação direta, como é previsto para os Conselhos e Conferências de saúde. A CIB, porém, é um fórum composto por gestores e são gestores que, essencialmente, participam das discussões que levam à negociação e pactuação sem participação de outros atores sociais ou estatais.

Propomos, então, a partir de Habermas, um conceito ampliado que dialogue melhor com o desenho das grandes negociações sobre políticas públicas, em fóruns como a CIB. Apesar de haver críticas a Habermas, por formulações teóricas que seriam idealizadas e pareceriam exigir condições artificiais demais para sua concretização, ele demonstra uma preocupação e cuidado excepcionais ao encarar a concretude dos fóruns negociais e dos processos legislativos. Com esta preocupação, sua teoria do direito estabeleceu parâmetros que levaram em conta a construção democrática de normas jurídicas, conciliando as duas dimensões de autonomia

política, ou pública: a representatividade e a participação. Ele as concilia sob o signo da construção discursiva racional, orientada por valores universais de justiça. Habermas constrói modelos ideais, ciente de determinadas contingências práticas, o que permite uma reflexão balizada pelo norte aí estabelecido. Os ideais pertencem, sem dúvida, ao plano das ideias, mas também potencializam avaliações, análises, críticas e projetos orientados por estas construções ideais.

Munidos deste instrumental teórico, foi-nos possível analisar a CIB-Bahia, à luz de um princípio democrático racional e moralmente articulado. Para tanto, estabelecemos um “tripé de legitimidade”, que orientaria nossa análise. Levamos em conta aspectos formais de legalidade, aspectos materiais de participação ou controle sociais e uma leitura empírica das dinâmicas deliberativas da Intergestores, a partir de procedimentos de base presumivelmente racional. Esta base garantiria o reconhecimento da CIB como poder emissor de normas jurídicas e munidas de plena efetividade, portanto.

O ideal proposto era o da CIB como espaço de gênese democrática de direitos com natureza de *direitos meio*, como caracterizamos a natureza jurídica de suas resoluções. Em outras palavras, ao deliberar sobre responsabilidades sanitárias, descentralização, regionalização, implementação e ampliação de políticas, dentre outras matérias, as resoluções da CIB garantiriam procedimentos específicos para operacionalização e realização do direito à saúde, no interior do Sistema Único de Saúde.

No plano jurídico-formal, à luz da teoria discursiva e inserida no ordenamento jurídico brasileiro, entendemos caracterizado o poder normativo da CIB e consequente efetividade de suas resoluções, como normas jurídicas infralegais. Mas este reconhecimento meramente formal e legalista não basta. A história já nos mostrou, com requintes de sadismo, o perigo e um sistema jurídico pautado por normas que se orienta apenas por outras normas, e que se legitima autopoieticamente, como um sistema fechado e autoreferenciado. Pois, como já foi muito bem analisado por Hannah Arendt, uma norma jurídica não garante ações justas ou injustas, tão

somente por estar de acordo com o ordenamento jurídico vigente¹⁶¹. A legalidade não é garantia de justiça, portanto.

Partimos, então, para a análise documental das atas e resoluções da CIB-Bahia, no biênio de 2007-2008, buscando identificar elementos empíricos que problematizassem o reconhecimento formal da CIB como espaço de gênese democrática de direitos, a partir da *praxis* do fórum. Identificamos as resoluções que tiveram o crivo do CES, o conteúdo das resoluções, sua forma de aprovação e elementos que dialogavam com a teoria do discurso do direito.

Percebemos, a partir da análise das atas da CIB-Bahia no biênio 2007-2008, que seu caráter democrático se mostrou frágil. Primeiramente, a atuação do CES na fiscalização da atuação da Intergestores, aprovação ou encaminhamento de propostas sobre a política estadual de saúde foi inconsistente e pontual. Ademais, constatamos pouca permeabilidade à participação de atores sociais que, nos dois anos analisados, participaram pontualmente das deliberações e suas contribuições não foram assimiladas consistentemente no discurso dos gestores.

Outras questões estruturais foram observadas. O potencial discursivo-deliberativo da CIB foi minado pelo encapsulamento teórico dos debates, subordinados a *experts* e pareceres técnicos. Entendemos que é fundamental para um fórum como a CIB se apropriar de conhecimentos técnico, científicos e expertos, mas estes conhecimentos que deveriam estar à disposição dos gestores para fundamentar e qualificar o debate, não o deveriam suprimir ou superar. Isto não só enfraquece o potencial deliberativo da Intergestores, como afasta a eventual participação social que poderia, acreditamos, ser incentivada no fórum. Ainda, a prática constante de aprovar resoluções sem debate, ou com debate prévio, põe em cheque determinadas normas que, nos moldes da gênese democrática de direitos que estabelecemos para análise, não podem ser consideradas legitimamente formuladas, e sua efetividade resta comprometida.

¹⁶¹ ARENDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém**: um relato sobre a banalização do mal. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

Assim, esta é outra questão problemática, que identificamos na dinâmica deliberativa da CIB-Bahia, quanto à forma de aprovação das propostas apresentadas. O número de propostas aprovadas sem indícios de discussão efetiva, sem crítica, sem oposição de pretensões de validade que colaborem para a construção coletiva e racional das pactuações, ao final, sabota o potencial democrático da constituição de direitos deste fórum tão importante para a continuidade do projeto sanitário brasileiro.

Neste mesmo plano, os indícios e afirmações expressas, registradas em ata, de discussões prévias em outros espaços, são problemáticos. Já era esperado que houvesse uma deliberação anterior e mesmo negociações, orientados por uma racionalidade instrumental, que fazem parte do “jogo político” e não representam, necessariamente, qualquer ofensa à pactuação democrática de direitos. Mas a prática assentada e repetida de suprimir o debate na CIB, com base na simples referência a uma discussão prévia fragiliza sobremaneira o potencial democrático-discursivo da Intergestores. É essencial para uma esfera pública crítica, permeável ao controle social, conhecer como se dão as pactuações, para que as normas ganhem efetividade e, se necessário, sejam criticadas, questionadas, analisadas ou, ainda, legitimamente judicializadas.

Transferir para outros espaços, não reconhecidos legalmente, que não estão sujeitos ao controle dos Conselhos, e onde não se tem garantias de construção racional, livre e isonômica de consenso, é neutralizar o fundamento democrático que confere legitimidade à CIB. O caráter tecnodemocrático e a necessidade concreta de agregar conhecimento e avaliação técnica às discussões e pactuações realizadas na CIB não podem, igualmente, ser óbice à busca pela construção presumivelmente racional de acordos. Seguindo o paradigma do discurso de Habermas, o conhecimento técnico-científico deve trabalhar em favor da deliberação discursiva, munindo-a com informações e instrumentos que alicercem as melhores condições possíveis para a tomada de decisão. Decisão esta que deve ser fruto da sustentação de pretensões de validade criticáveis e defensáveis através de argumentação e que, ao final, sejam filtradas por esse processo argumentativo, e orientadas por valores universais de justiça.

Chegamos, assim, à conclusão de que a CIB-Bahia pode ser entendida como um retrato microdinâmico de um cenário muito mais amplo, a reprodução microdinâmica da burocracia, do encapsulamento técnico e da herança histórica de clientelismo que coloca gestores e técnicos em um patamar hierárquico superior aos atores sociais, da pouca permeabilidade à participação social, que não acolhe a voz popular e, ainda menos, as mudanças relevantes na forma como a sociedade civil tem transformado a política e atuado com protagonismo, no exercício de sua autonomia pública.

Defendemos, porém que, com a mesma ambiguidade do cenário político institucional mais amplo, a CIB-Bahia demonstra grandes possibilidades de gênese efetivamente democrática de direitos. Mas suas fragilidades que requerem atenção, como a participação apenas pontual da sociedade civil, em dois anos de reuniões plenárias. Para alcançar seu potencial democrático, condizente com a democracia sanitária que deve permear transversalmente o SUS, é indispensável que a Intergestores aprofunde esta prática, abrindo canais de diálogo mais regulares e efetivos entre atores estatais e atores sociais. Temos visto, na prática jurídica a participação, cada vez mais presente e relevante, do *amicus curie*, inclusive em demandas relacionadas à saúde, como na decisão do Agravo Regimental nº 175/2010, do STF. É uma experiência que merece elogios e que poderia ser incorporada ao cotidiano da CIB, com mecanismos que confirmem algum grau de efetividade a esta participação, sem que isto implique menos autonomia para os gestores.

As formas de participação, ou de manifestação social, têm fugidos às velhas formas da política. Porém, considerando as configurações da CIB, para promover uma participação mais efetiva da sociedade, no interior do fórum, seria importante o reconhecimento de (i) consultas populares, (ii) figuras análogas aos *amicus curie*, (iii) publicidade mais ampla das pautas e (iv) convocação dos setores sociais para inscrever-se previamente e colaborar com os debates. Assim, com base no princípio da fundamentação dos atos administrativos, seria importante incorporar ao Regimento a previsão da obrigatoriedade de os gestores levarem em

consideração esta participação ou explicitar, fundamentadamente, sua recusa. Seria mais um elemento de segurança jurídica e potencializador de controle social, inclusive via judicialização. Neste sentido, o reconhecimento formal (legal-normativo) da participação seria um instrumento importante não apenas para abrir a CIB à participação social mais ampla, mas para dar efetividade a esta participação.

Tomando os dados levantados e analisados na presente pesquisa, a CIB tem um potencial inexplorado, para racionalização, ampliação e regionalização das políticas necessárias à efetivação e universalização do direito à saúde. Apesar das críticas tecidas até aqui, quando tivemos oportunidade de analisar as propostas efetivamente discutidas, percebemos este potencial para gênese democrática de direitos que, reiteramos, deve se apoiar em bases racionais e orientar-se por valores universais de justiça. Percebemos que estas deliberações seguem um procedimento previamente estabelecido e foram conduzidas pela figura do coordenador sem, contudo, vincular ou limitar a autonomia e liberdade dos gestores municipais. Ainda, foram mediadas por discussões em que se estabeleceu a troca de informações necessárias à tomada de posicionamento e houve uma circulação presumivelmente livre de idéias e pretensões de validade contrárias, sustentadas por argumentos. Encontramos, também, evidências de que estas discussões foram pautadas por princípios de equidade e defesa do direito à saúde, em discurso que se harmoniza com as diretrizes do SUS e com uma preocupação pelo bem-estar dos usuários do sistema.

A pesquisa indica que ainda há contradições e fragilidades na atuação da CIB-Bahia que demandam atenção. Por outro lado, identificou elementos importantes que mostram a CIB concretizando em suas práticas o potencial democrático que carrega. Esta ambiguidade e estas contradições eram esperadas. Não criamos hipóteses de encontrar na CIB um espaço ideal que congregasse idealmente em suas práticas as expectativas teóricas e as previsões normativas que fundamentaram formalmente o poder normativo e a efetividade de suas normas.

As recentes mudanças promovidas na Lei 8.080 de 1990 revelam o contorno cada vez mais central das Intergestores, no cenário do SUS. À vista de um

crescente fenômeno de judicialização das políticas públicas de saúde, que tem nas políticas de assistência farmacêutica seu exemplo mais marcante, o reconhecimento legal da CIB como fórum de pactuação, 18 anos depois da NOB 01/1993, não acontece por acaso. Da mesma forma, a previsão expressa em lei da competência suplementar da CIB para pactuar o elenco de medicamentos a ser fornecido e a responsabilidade por este fornecimento no âmbito estadual. Estes novos contornos da CIB respondem a um fenômeno concreto que preocupa os gestores das três esferas de governo.

Mais do que isso, parece haver um movimento de ampliação de espaços tecnocráticos, similares à CIB, como a Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica no SUS (CONITEC), que também responde a demandas por racionalização dos processos de decisão, comprometidos por fenômenos como a judicialização, que acaba levando à incorporação de novas tecnologias sem a devida deliberação institucionalmente reconhecida.

Estas tendências de gestão levam-nos a crer na necessidade de voltar os olhos não apenas para as instituições e para o ordenamento jurídico que traça seus contornos e dinâmicas, mas também para os fenômenos sociais e transformações no cenário político e no exercício da autonomia pública (cidadania) pelos atores sociais. Este olhar de dentro para fora, parece-nos imprescindível para que o projeto de democracia sanitária não seja corroído por uma hipertrofia burocrática, que se fecha à participação social efetiva e às transformações desta participação. Importa, assim, a possibilidade de explorar novas formas de análise destes fóruns, buscando contribuir para a consolidação da democracia sanitária, *também*, nos espaços institucionais do SUS.

6. REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: A proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- ALEXY, Robert. Os direitos Fundamentais e a Democracia no Paradigma Procedimental do Direito de Jürgen Habermas. In: FRANKENBERG, Günter; MOREIRA, Luiz (org.). **Jürgen Habermas. 80 anos**: Direito e Democracia. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2009.
- _____. **Constitucionalismo Discursivo**. 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.
- AVRITZER, Leonardo. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, Sonia, LOBATO, Lenaura de V. C. (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 151-174.
- BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011.
- BECK, Ulrich. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2012.
- BOBBIO, Norberto. **Teoria da Norma Jurídica**. 5ª ed. São Paulo: EDIPRO, 2012.
- _____. O futuro da democracia. 7ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: Por uma sociologia clínica do campo científico. Trad. Denice Barbara Catani. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
- BLOTA, Vitor S. L. **Habermas e o Direito**: Da normatividade da razão à normatividade jurídica. São Paulo: Quartier Latin: 2010.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 21ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental nº 175. Distrito Federal. Relator Min. Gilmar Mendes. Brasília, 2010.

- CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e teoria da constituição**. 3ª Ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1998.
- CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al* (org.). **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008, pp. 295-334.
- CÔRTEZ, Soraya Vargas. Fóruns Participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: **Desenho institucional e participação política: experiências no Brasil contemporâneo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- CÔRTEZ, Soraya Vargas et. al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais. In CÔRTEZ, Soraya Vargas (org.) **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, pp. 41-71.
- _____. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia, LOBATO, Lenaura V. C. (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, pp.102-128.
- DALLARI, Dalmo. **Direitos Humanos e Cidadania**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 2004.
- DALLARI Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.
- DALLARI, Sueli Gandolfi et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 1996, vol.12, n.4, pp. 531-540.
- FERRAZ JR. Tercio Sampaio. **Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- _____. **Teoria da Norma Jurídica: Ensaio de Pragmática da Comunicação Normativa**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.
- _____. **Estudos de Filosofia do Direito: Reflexões sobre o Poder, a Liberdade, a Justiça e o Direito**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2009-a.
- FLEURY, Sônia. **A Reforma Sanitária: Processo Histórico**. In: Banco Internacional de Desenvolvimento (BID). **A Construção da Reforma Sanitária no Brasil e os Desafios para os Gestores**. 2ª Ed. INDES, 2009.
- FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: o nascimento da prisão**. 35 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

- GROULX, Lionel-Henri. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. *In*: POUPART, Jean *et al* (org.). **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.
- HABERMAS, Jürgen. **Dialética e hermenêutica: Para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: LP, 1987.
- _____. **Comentários á ética do discurso**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.
- _____. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade**, v. I. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.
- _____. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade**, v. II. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003a.
- _____. **Mudança estrutural na esfera pública: Investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003b.
- _____. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003c.
- _____. **Técnica e Ciência como “Ideologia”**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- LEAL, Rogério Gesta. **Os pressupostos epistemológicos e filosóficos da gestão de políticas públicas no Estado Democrático de Direito: uma perspectiva habermasiana** *In*: LEAL, Rogério Gesta (org.). **Direitos Sociais e Políticas Públicas: Desafios Contemporâneos**. Tomo 3. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 819-865.
- LIMA, Nísia Trindade et. al. (org.). **Apresentação In. Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- MYNAIO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MÜLLER, Friedrich. **Quem é o povo? A questão fundamental da democracia**. 5ª ed. São Paulo: RT, 2010.
- NASCIMENTO, Paulo Roberto do. **Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos**. 2006. 180 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.
- _____. **Entre Têmis e Leviatã: uma relação difícil**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

- PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- RIBEIRO, José Mendes. **Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.1, pp. 81-92.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- SANTOS, Boaventura de Sousa, AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In. SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- . Open up the canon of democracy. In SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizing Democracy: Beyond the Liberal Democratic Canon**. Londres: Verso Books, 2007.
- SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Alguma considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção do direito à saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988** in: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009, p. 25-63.
- SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- SOLON, Ari Marcelo. **Ética, Cidadania e direito à saúde** in: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009, p. 21-24.
- STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica Jurídica e(m) Crise: Uma exploração hermenêutica da construção do Direito**. 7 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.