

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

**O Conselho Estadual de Saúde e a Socialização da Política de
Saúde de Alagoas**

Margarete Pereira Cavalcante

Recife, 2008

Margarete Pereira Cavalcante

**O Conselho Estadual de Saúde e a Socialização da Política de
Saúde de Alagoas**

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Vieira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Recife, 2008

Cavalcante, Margarete Pereira

O Conselho Estadual de Saúde e a sociabilização da política de saúde de Alagoas / Margarete Pereira Cavalcante. Recife : O Autor, 2008.
198 folhas.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2008.

Inclui bibliografia e anexo.

1. Hegemonia. 2. Estado. 3. Intelectuais e política.
4. Saúde pública – Alagoas – Participação do cidadão.
5. Política de saúde – Alagoas. I. Título.

364.444

CDU (1997)

UFPE

362.3

CDD (22.ed.)

CSA2008-018

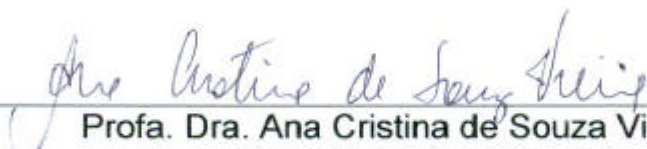
Margarete Pereira Cavalcante

**O Conselho Estadual de Saúde e a Socialização da Política de
Saúde de Alagoas**


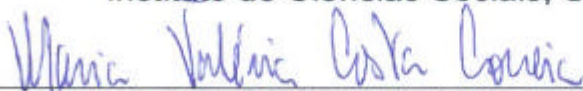
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira
Depto. de Serviço Social, UFPE (Orientadora)


Profa. Dra. Ruth Vasconcelos Lopes Ferreira
Instituto de Ciências Sociais, UFAL

Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia
Faculdade de Serviço Social, UFAL


Profa. Dra. Marco Antonio Mondaini de Souza
Depto. de Serviço Social, UFPE

Profa. Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller
Depto. de Serviço Social, UFPE

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra. Ana Vieira, pela orientação respeitosa e crítica na construção deste trabalho.

Aos professores que aceitaram participar da banca de tese, contribuindo com suas análises para um maior aprofundamento.

À minha família, minha mãe Josefa e irmãos Elizabete, Elizete, Antonio e José, pelo apoio e solidariedade imprescindíveis nesses anos de estudo.

Ao meu filho Tiago, fonte de inspiração e força, com quem aprendo todos os dias.

À amiga Yara, que esteve presente em todo o processo de construção da tese, como interlocutora fundamental.

À amiga e Prof^a. Ms. Nádia Rodrigues, pela disponibilidade em ler este trabalho e pelas observações pertinentes, as quais o enriqueceram.

Aos (às) conselheiros (as) estaduais de saúde, pelo exemplo de luta pela saúde em Alagoas.

À amiga Silvana, por seu companheirismo e solidariedade em nossa caminhada no Doutorado longe de casa.

Às amigas Eunice, Ozana, Sandra e Fátima, que integram a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde (CES/AL), pelo material disponibilizado para pesquisa documental.

À amiga Fátima Oliveira, que me acolheu fraternalmente nessa temporada em terras pernambucanas.

Às amigas Ângela, Valéria, Betânia, Eliana e Mirian, que sempre me deram força e torceram por mim.

Aos (às) colegas da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, pelo apoio recebido durante todo esse período em que estive afastada da docência.

“Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas ‘originais’; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, ‘socializá-las’ por assim dizer; e, portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato ‘filosófico’ bem mais importante e ‘original’ do que uma descoberta, por parte de um ‘gênio’ filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais” (GRAMSCI, 1999, p. 95-6).

RESUMO

A tese apresentada aborda o Conselho de Saúde, enquanto mecanismo de controle social, em disputa com outras forças no Sistema Único de Saúde (SUS), pela direção da Política de Saúde, que se configura como um campo de construção de novas hegemonias na área da saúde. A finalidade do estudo foi analisar o Conselho Estadual de Saúde (CES/AL), enquanto mecanismo de direção da Política de Saúde em Alagoas, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1999 a 2006. Especificamente, buscou identificar os interesses em disputa, presentes no Conselho Estadual de Saúde, que se relacionam com os sujeitos sociais que defendem a lógica pública do SUS, e, ainda, entender a atual diretriz da Política de Saúde em Alagoas, naqueles aspectos em que esta entra em conflito com a perspectiva do SUS. Para a fundamentação do trabalho foi estabelecida uma interlocução, tendo como centralidade a produção de Antonio Gramsci acerca da categoria teórica 'hegemonia' em sua relação com o Estado, os intelectuais e a formação da vontade coletiva. A pesquisa qualitativa, de base bibliográfica e documental, permitiu o aprofundamento do processo de disputa por hegemonia da Política de Saúde, sendo enfatizada a atuação do CES/AL ante outras forças, particularmente a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL). Desse modo, buscou demonstrar os entraves que limitaram a atuação do CES/AL, no período estudado, decorrentes da cultura política dominante, da fragilidade dos organismos populares da sociedade civil alagoana e da ausência de uma direção ético-política capaz de aglutinar as forças sociais em torno de um projeto de saúde.

Palavras-chave: Hegemonia, Estado, Intelectuais, Vontade Coletiva, Conselho de Saúde e Política de Saúde.

RESUMEN

La Tesis presentada hace referencia al Consejo de Salud, como mecanismo de control social, en disputa con otras fuerzas en el Sistema Único de Salud (SUS), por la dirección de la Política de Salud que figura como un campo de construcción de nuevas hegemonías en el área de la salud. El objetivo del estudio fue analizar el Consejo Estadual de Salud (CES/AL), como mecanismo de administración de la Política de Salud de Alagoas, en la perspectiva del Sistema Único de Salud (SUS), en el periodo de 1999 hasta 2006. Específicamente, se buscó identificar los intereses en disputa, presentes en el Consejo Estadual de Salud, que se relacionan con sujetos sociales que defienden la lógica pública del SUS, y, aún, entender la actual directriz de la Política de Salud en aquellos aspectos en que se está en conflicto con la perspectiva del SUS. Para la fundamentación del trabajo, fue establecida una interlocución que tuvo como centro la producción de Antonio Gramsci acerca de la categoría teórica 'hegemonía' en su relación con el Estado, los intelectuales y la formación del deseo de la colectividad. La investigación cualitativa, de base bibliográfica y documental, permitió profundar el proceso de disputa por hegemonía de la Política de Salud, siendo enfatizada la actuación del CES/AL, frente a otras fuerzas, particularmente la Comisión Inter gestores Bipartita (CIB/AL). De este modo, se buscó demostrar las dificultades que limitaron la actuación del CES/AL, en el período estudiado, decurrentes de la cultura política dominante, de la fragilidad de los organismos populares de la sociedad civil alagoana, y de la ausencia de una administración ético-política capaz de aglutinar las fuerzas sociales en torno de un proyecto de salud.

Palabras-clave: Hegemonía, Estado, Intelectuales, Voluntad Colectivo, Consejo de Salud y Política de Salud

LISTA DE SIGLAS

ABONG – Associação Brasileira de ONGs
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agentes comunitários da Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AMA – Associação dos Municípios Alagoanos
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM – Banco Mundial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES/AL – Conselho Estadual de Saúde de Alagoas
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIB/AL – Comissão Intergestores Bipartite de Alagoas
CIS – Comissão Institucional de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNCS – Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC – Emenda Constitucional
ESF – Estratégia Saúde da Família
FERC – Fundo Especial para o Registro Civil
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMI – Fundo Monetário Internacional
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNDEF – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
GAMED – Gratificação de Atividade Médica
GM/MS – Gabinete do Ministro Ministério da Saúde
IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIFAL – Laboratório Industrial e Farmacêutico de Alagoas
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
MENP/SUS – Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NEPPS – Núcleo de Estudo e Pesquisas de Políticas Sociais e Direitos sociais
NOB – Norma Operacional Básica

NUSP – Núcleo de Saúde Pública
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
ONG – Organização Não-Governamental
PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDR – Plano Diretor de Regionalização de Alagoas
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PDV – Plano de Demissão Voluntária
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB – Produto Interno Bruto
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
PROÁLCOOL – Programa Nacional do Álcool
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSBD – Partido Social Democrático Brasileiro
PT – Partido dos Trabalhadores
REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RE – Reunião Extraordinária
RO – Reunião Ordinária
SAMU – Serviço Médico de Urgência
SEPLAN/AL – Secretaria de Planejamento de Alagoas
SES – Secretaria de Estadual de Saúde
SESAU – Secretaria de Estado de Saúde
SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UE – Unidade de Emergência Dr. Armando Lages
UFAL – Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL – Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Composição do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL) de 1999 a 2005

ANEXO B – Composição do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL) a partir de 2005

ANEXO C – Proposições de pautas advindas do gestor e dos demais segmentos do (CES/AL) de 1999 a 2006

ANEXO D – Resoluções publicadas pelo CES/AL e pela CIB/AL no período de 1999 a 2006

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	HEGEMONIA E FORMAÇÃO DA VONTADE COLETIVA	23
1.1	A concepção gramsciana de Estado: um Estado em disputa	25
1.2	A hegemonia em Gramsci (a hegemonia como devir histórico)	30
1.3	Intelectuais, hegemonia e formação da vontade coletiva	34
1.4	Subalternidade e vontade coletiva	37
1.5	Hegemonia e projeto societário	41
CAPÍTULO 2	OS CONSELHOS E A DISPUTA PELA HEGEMONIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	43
2.1	A relação entre Estado e sociedade no Brasil e a constituição do espaço público	43
2.2	Os conselhos de saúde: fruto de um processo de lutas	49
2.3	Os conselhos enquanto mecanismo de participação	61
CAPÍTULO 3	O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E EM ALAGOAS – PERÍODO 1999 A 2006.....	68
3.1	Fernando Henrique Cardoso (FHC): a saúde no seu segundo mandato.....	68
3.2	Luís Inácio Lula da Silva: 2003-2006: saúde em disputa	74
3.2.1	O PPA 2004-2007: o projeto de governo de Lula	74
3.2.2	Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil (PNS)	76
3.2.3	Pacto pela Saúde – consolidação do Sistema Único de Saúde	78

3.2.4	Avanços e limites no campo da saúde no governo Lula.....	79
3.2.5	O protagonismo do Conselho Nacional de Saúde em defesa do SUS.....	81
3.3	Alagoas: contexto da Política de Saúde de 1999 a 2006.....	85
3.3.1	O Governo Ronaldo Lessa: um divisor de águas na forma de fazer política	90
CAPÍTULO 4	O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE E A DIREÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM ALAGOAS – 1999 a 2006	100
4.1	O Conselho Estadual de Saúde no Governo Ronaldo Lessa – 1º mandato: 1999-2002	101
4.1.1	Gestão de Amália Amorim (PSB) – janeiro a outubro de 1999	101
4.1.2	Gestão de Jurandir Bóia (PSB) – outubro de 1999 a maio de 2001	111
4.1.3.	Gestão de Álvaro Machado (PSDB) – junho de 2001 a dezembro de 2002	119
4.2	O Conselho Estadual de Saúde no Governo Ronaldo Lessa – 2º mandato: 2003-2006	129
4.2.1	Gestão de Álvaro Machado (PSDB) – janeiro de 2003 a maio de 2005	129
4.2.2	Gestão de Kátia Born (PSB) – junho de 2005 a março de 2006	145
4.2.3	Gestão de Jacy Quintella – abril a dezembro de 2006	149
4.3	O Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) enquanto dirigente da Política de Saúde	152
	CONCLUSÃO	158
	REFERÊNCIAS	174

INTRODUÇÃO

Esta tese aborda o Conselho de Saúde enquanto mecanismo de controle social na direção da Política de Saúde, que se configura como um campo de construção de novas hegemonias na área da saúde.

Neste trabalho, a análise desenvolvida buscou responder ao problema central da pesquisa: o Conselho de Saúde, instituído como mecanismo de formulação, avaliação e controle da Política de Saúde, consegue efetivar a direção da referida Política, e em que medida tal direção responde ou não à lógica do Sistema Único de Saúde (SUS)? O Conselho de Saúde pode se constituir em espaço de construção de novas hegemonias no campo da saúde? Ou seja, questiona-se se o Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) enquanto mecanismo de controle social na direção da Política de Saúde – no período 1999-2006 – configura-se como um campo de construção de novas hegemonias em disputa no setor saúde de Alagoas. Como se efetiva a luta por hegemonia, no setor saúde, no interior do CES/AL, e entre este e as forças em disputa pela direção da Política de Saúde?

O estudo apresentou a hipótese de que o CES/AL disputa a direção da Política de Saúde em Alagoas com outras instâncias e forças políticas presentes no setor saúde e, na construção de novas hegemonias, encontrou entraves para se constituir como mecanismo de direção da Política de Saúde em Alagoas. Evidencia-se o peso da cultura política conservadora que perpassa a relação Estado/sociedade e que se manifesta através do clientelismo, do coronelismo e da apropriação da esfera pública pelas classes hegemônicas. Além disso, a fragilidade da sociedade civil é expressa pela sua dificuldade organizativa, pela fragmentação das demandas, pela dificuldade de articulação em torno de projetos sociais globais, tendo o Estado e as elites econômicas como um dos elementos desmobilizadores. Nesse contexto existe, ainda, o agravante representado pela ausência de uma direção ético-política (hegemonia) portadora de um projeto com capacidade de influenciar na Política de Saúde, como foi o Movimento Sanitário na década de 80, que atuou como um núcleo mobilizador, articulador e de interlocução com o Estado e a sociedade.

O presente estudo buscou analisar o Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) enquanto mecanismo de direção da Política de Saúde em Alagoas, e se essa direção é efetivada na perspectiva do SUS, ou seja, se tal mecanismo pode ou não se configurar em espaço de construção de novas hegemonias em disputa no setor saúde. Nesse sentido, procedeu-se a uma análise sobre a atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) relativa a um período considerado de mudanças na história política alagoana. Especificamente, considerou os determinantes sociopolíticos e culturais na gestão da Política de Saúde, no contexto alagoano, expressos nos interesses em disputa, relacionados às forças sociais e políticas presentes no CES/AL, que defendem a lógica do SUS, consubstanciada em seus princípios da universalidade, da integralidade, da participação e da responsabilidade do Estado pela saúde da população, entre outros que orientam a Política de Saúde no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 afirmou, em seu artigo 196, que a saúde é “*direito de todos e dever do Estado*” e institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, orientados por suas diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198). Nos anos 90, foram instituídas a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e a Lei Complementar nº 8.142/1990, que dispõem sobre o Sistema Único de Saúde em sua organização, gestão, financiamento, e as formas de participação da sociedade nas decisões concernentes à Política de Saúde. Esse conjunto de leis constitui a base legal do SUS, que assegurou a criação de instâncias colegiadas para a composição da gestão do Sistema Único de Saúde – Conferências e Conselhos de Saúde –, nas três esferas de governo.

O atual panorama dos Conselhos de Saúde no Brasil, com base nos dados fornecidos pelo Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS)¹, indica que a dimensão tomada por esses conselhos legalmente instituídos e concretamente implantados em todo o território nacional distancia-se de um fenômeno de caráter meramente conjuntural. A existência de 5.557 Conselhos de Saúde, localizados em 5.564 municípios, apresenta uma cobertura de 99,87%, o que parece indicar um novo desenho institucional na gestão da Política de Saúde no Brasil. Esses

¹ Cf. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS). BRASIL. Resultados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2007. www.conselho.saude.gov.br/web.cadastro/regiao Nordeste.doc. Acesso em 7/7/2007.

conselhos encontram-se assim distribuídos: Região Norte: 449, Região Nordeste: 1.787, Região Sul: 1.188, Região Sudeste: 1.668, e Região Centro-Oeste: 465².

O Estado de Alagoas apresenta um número de 102 Conselhos Municipais de Saúde, representando uma cobertura de 100%, além de contar com o seu Conselho Estadual de Saúde e de Conselhos Gestores (locais) de Saúde nos municípios de Maceió e de Arapiraca. Assim, cabe indagar sobre a importância do Conselho de Saúde enquanto mecanismo capaz de dar a direção da Política de Saúde no Brasil e, mais especificamente, em Alagoas. Qual o significado de suas instâncias colegiadas, em especial, do Conselho Estadual de Saúde, no efetivo controle da sociedade sobre o que deve ser de domínio público?

Após quase duas décadas, é possível proceder à realização de uma análise sobre a efetividade do Conselho de Saúde enquanto instância colegiada da gestão da Política da Saúde na perspectiva de sua socialização, particularmente em Alagoas, cuja formação é marcada por traços de uma cultura política conservadora e patrimonialista na forma de gerir a esfera pública. Deste modo, destaca-se o Conselho Estadual de Saúde como um mecanismo que influencia na conformação de uma agenda de prioridades determinada pela lógica do SUS.

A escolha do tema foi decorrente da relação direta da pesquisadora com a área da política de saúde, em estudos, pesquisas e práticas desenvolvidas na Universidade Federal de Alagoas, através de projetos de extensão e de estágios na área do controle social, bem como em acompanhamentos, assessorias e na capacitação de técnicos e conselheiros de saúde e movimentos sociais no Estado. A busca de aprofundamento da reflexão em torno da gestão das políticas públicas, durante o exercício da docência, na Graduação e na Pós-Graduação, tanto na área do Serviço Social quanto na de Saúde, configurou-se como uma constante na vida da pesquisadora.

A sua trajetória de estudo sobre a questão em tela teve início com a Pós-Graduação – Especialização em Serviço Social na Área da Educação –, em 1992, tendo como temática de monografia “Educação e Participação: um estudo dos espaços colegiados de participação social no âmbito da Política de Saúde de Alagoas”, que incidiu sobre o processo de realização da etapa estadual da IX

² Cf. Perfil dos municípios brasileiros de 2006, IBGE, divulgado em 26/10/2007. www.ibge.gov.br.

Conferência Nacional de Saúde. No Mestrado, a opção pelo estudo de caso, com abordagem qualitativa de pesquisa, tomou como referência empírica o Conselho Municipal de Saúde de Maceió, destacando os movimentos sociais como sujeitos fundamentais em defesa de seus interesses e em sua capacidade interventiva, resultando na dissertação intitulada “Participação Social na Gestão do SUS em Maceió: um estudo de caso”. Durante o doutorado, retomou o enfoque na área temática, redimensionando-o e aprofundando-o, na busca de entender as determinações que interferem na construção de uma nova hegemonia na direção da Política de Saúde em Alagoas. Nesse sentido, destacam-se os estudos desenvolvidos no Núcleo de Estudos e Pesquisas de Políticas Sociais e Direitos Sociais (NEPPS), da Universidade Federal de Pernambuco, a partir da inserção no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

A proposição deste estudo voltou-se, portanto, para a reflexão sobre as determinações sociais, políticas e culturais que extrapolam os limites institucionais dos conselhos. Essa reflexão buscou estabelecer nexos com categorias de análise teóricas que permitissem o aprofundamento e a compreensão sobre o Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL), enquanto mecanismo de direção da Política de Saúde, na perspectiva de sua crescente socialização ou de sua apropriação e controle por grupos de interesses econômicos e políticos conservadores.

A relevância do estudo pode ser compreendida, primeiro, do ponto de vista social na medida em que, por um lado, as Políticas Públicas constituem um campo de atuação privilegiado para os assistentes sociais, enquanto conselheiros, na representação do segmento dos trabalhadores; e, enquanto assessoria técnica aos conselhos, tendência crescente que requer desse profissional clareza sobre seu papel e intervenção ante aqueles mecanismos. Por outro lado, é inegável a importância dos conselhos como conquista da sociedade, havendo a necessidade do fortalecimento dos institutos coletivos e dos processos democráticos na relação Estado/Sociedade, de modo a ampliar a capacidade de poder de decisão desta, exigindo sua defesa, seu aperfeiçoamento e tendo clara compreensão de seus limites e possibilidades.

Do ponto de vista do conhecimento pretende-se, com os resultados desse estudo, propiciar novas reflexões e análises sobre o papel desses mecanismos na

gestão da Política de Saúde, depois de mais de uma década de sua institucionalização e funcionamento, especificamente em Alagoas. Nesse sentido, a ênfase é colocada na análise do Conselho Estadual de Saúde, como um mecanismo de socialização da Política de Saúde, ante uma formação socioeconômica e político-cultural particular: o Estado de Alagoas em relação ao seu processo de gestão de uma política pública, sob o controle da sociedade, numa perspectiva de “ampliação” do Estado. Assim, a contribuição do presente estudo se expressa enquanto possibilidade de produzir conhecimentos que subsidiem o debate acadêmico, as práticas dos profissionais de Serviço Social que atuam no campo das Políticas Públicas, os conselheiros de saúde, como também aqueles que, direta ou indiretamente, constroem o SUS no seu dia-a-dia e dele necessitam.

A particularidade do objeto desta investigação indica a possibilidade de sua progressiva aproximação, a partir das mediações estabelecidas por meio das categorias de análise eleitas, tanto do ponto de vista histórico quanto teórico. Partindo desse entendimento, o caminho que se delineou para a apreensão das mudanças produzidas na Política de Saúde em Alagoas passa pelo desvelamento de suas possibilidades e limites, tomando o Conselho de Saúde como mecanismo privilegiado em sua socialização, num espaço formal de interlocução com o Estado, circunscrito ao campo específico da Política Pública de Saúde, não prescindindo de condições objetivas necessárias à sua efetivação.

A tentativa de investigar uma questão de natureza social tem implicações de profundidade, que não podem ser reduzidas à mera coleta de dados empíricos. Porém, os dados põem-se como referência fundamental à apreensão das particularidades dentro da totalidade, possibilitando a produção de conhecimento em articulação com as produções existentes, permitindo ultrapassar a aparência dos fenômenos. Entende-se, portanto, que a forma de conhecer e de investigar os fenômenos sociais que compõem o real faz-se mediante um processo de aproximações sucessivas do seu próprio movimento. Deste modo, o método de conhecimento da realidade deve emergir do próprio movimento do real, imbricado com o movimento da história, da sociedade e dos desafios colocados pelo objeto a ser conhecido, ou seja, “o concreto é concreto porque é síntese das muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no

pensamento como processo de síntese, como resultado, não como ponto de partida” (MARX, 1996, p. 39-40).

Em função dos objetivos definidos neste estudo, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica do quadro de referência teórico inicialmente elaborado, quando foi realizada a revisão da literatura, tendo em vista subsidiar o exame mais aprofundado de categorias teóricas significativas indicadas pelo objeto, bem como orientar o processo de coleta e análise dos dados. A pesquisa bibliográfica abrangeu, além das produções teóricas sobre o tema, trabalhos e resultados de estudos e análises concernentes à particularidade do objeto, na perspectiva do seu desvelamento, nos marcos da sociedade brasileira, especificamente, da alagoana.

Como eixo orientador do estudo e fundamentação da pesquisa, tomou-se como referência central a produção de Gramsci sobre as categorias de ‘Estado’, ‘hegemonia’, ‘intelectual’ e ‘vontade coletiva’, consideradas fundamentais à análise da particularidade do objeto da pesquisa. A visão de Estado sob a ótica de Gramsci compreende duas dimensões que se articulam dialeticamente: sociedade política, comumente entendida como Estado restrito, em sua função de força e coerção; e sociedade civil, integrada pelos organismos privados da sociedade, com a função de consenso e de hegemonia. Desse modo, Gramsci amplia a visão de Estado a partir de Marx, sem negar o caráter contraditório de classe, do Estado burguês, porém destaca a correlação de forças presente em sua dinâmica. A hegemonia refletida por Gramsci é apresentada como a capacidade de ‘direção intelectual e moral’ que um grupo social exerce sobre os demais e sobre a sociedade como um todo, quando absorve, num projeto totalizador, a vontade de grupos subalternos, na formação de uma vontade coletiva. A análise das concepções gramscianas de Estado e de hegemonia, em sua relação com a formação da vontade coletiva direcionada para um projeto nacional-popular, e o papel dos intelectuais nessa construção supõe a possibilidade de investigar os sujeitos coletivos que atuam no campo das políticas públicas na luta por direitos, em espaço de correlação de forças, e de construção de consensos.

A reflexão sobre os conselhos proporcionou um aprofundamento sobre as diversas concepções acerca do significado dessas instâncias, enquanto espaços de formulação de políticas e, também, como campo de disputa por hegemonia nas políticas públicas, no Brasil. Apresenta, para tanto, a discussão de diversos

estudiosos brasileiros reconhecidos por suas relevantes contribuições na temática, destacadamente, Carvalho (1995), Abreu (1999), Dagnino (2002), Vargas (2000, 2006).

A contextualização da política de saúde no Brasil, com destaque ao período correspondente ao segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso e ao primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva, possibilitou um melhor entendimento dos desdobramentos da referida política no Estado de Alagoas. Para tanto, buscaram-se referências nas produções, entre outras, de Bravo (2002, 2006), Simionatto (2006), Viana (2004) e Correia (2005), como também em pesquisas e estudos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para a análise da particularidade de Alagoas, a escolha recaiu sobre a produção de autores alagoanos, destacando-se Carvalho (1993, 2001, 2002, 2005), Lira (1997, 1998, 2007), Almeida (1999) e Vasconcelos (1997, 2005), que têm refletido sobre o peso da cultura política conservadora nos processos de mudança empreendidos por forças sociais progressistas no Estado. A contextualização do período estudado (1999 a 2006) permitiu a explicitação dos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais presentes no processo de disputa das forças sociais pela hegemonia do SUS em Alagoas.

A utilização da pesquisa documental privilegiou documentos de fontes primárias e secundárias que permitiram estabelecer análises sobre a direção dada à Política de Saúde pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) em Alagoas. Assim, procedeu-se à seleção e análise de documentos concernentes ao tema, relativas ao período de 1999 a 2006, que dispunham de informações enriquecedoras para a análise do objeto de estudo. Cabe salientar que as atas das reuniões do CES/AL mereceram especial atenção, sendo tomadas como a principal fonte de informação sobre a atuação do CES/AL no período estudado. Para tanto, foram analisadas as Atas das reuniões ordinárias (79) e extraordinárias (13) do CES/AL, perfazendo um total de 92 atas analisadas, com base nos parâmetros definidos para o seu aprofundamento. Além destas atas, foram consideradas, também: as Resoluções aprovadas pelo CES/AL, totalizando 231 resoluções publicadas; as Pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CES/AL, em um total de 92; as Resoluções aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite de Alagoas (CIB/AL), perfazendo um total de 472; Leis relativas à saúde, aprovadas pela Assembleia Legislativa do

Estado de Alagoas; Decretos-Lei relativos à saúde; os Planos Estaduais de Saúde, 2000/2007; as Leis de Criação do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL); o Regimento Interno do CES/AL; e o Regimento Interno da CIB/AL.

Nessa análise, cabe destacar a utilização do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS), criado em 2005 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e também sobre os Resultados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, publicados em 2007, disponíveis na internet, que apresentam informações de todos os Conselhos de Saúde brasileiros. A partir da análise desses documentos foi possível estabelecer uma relação entre as demandas por saúde, advindas das bases por meio dos Conselhos, e a capacidade de incorporação ou não dessas demandas, por parte do poder público. Nesse sentido, foi possível verificar em que medida a direção que vem sendo dada pelo Conselho Estadual de Saúde à Política de Saúde atende à lógica pública preconizada pelo SUS.

O CES/AL foi tomado como unidade empírica da pesquisa, sendo considerada sua atuação relativa ao período de 1999 a 2006 na direção da Política de Saúde em Alagoas, que correspondeu às duas gestões de Ronaldo Lessa (PSB/PDT) à frente do governo do Estado. Configurou-se, assim, um universo empírico significativo no terreno da gestão da Política de Saúde em Alagoas, pois, na medida em que o Estado passa a assumir responsabilidades e poderes ante a gestão de seu sistema, torna-se cabível analisar o papel que o Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) protagonizou em face da direção da Política de Saúde no Estado.

Para proceder a uma análise que pudesse expressar a processualidade da atuação do CES/AL na disputa por hegemonia no SUS, foi utilizada uma periodização para efeitos didáticos que tornasse compreensível a dinâmica do processo histórico, sem perder de vista a identificação da correlação de forças presentes no CES/AL, e deste com os demais interesses em disputa no SUS, em seus determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais. Para a exposição da análise, buscou-se relacionar cada período ao gestor(a) que esteve à frente da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) durante os dois mandatos do Governo de Ronaldo Lessa: Amália Amorim Uchoa (PSB), de janeiro a outubro de 1999; Jurandir Bóia Rocha (PSB), de outubro de 1999 a maio de 2001; Álvaro Antonio Machado

(PSDB), de junho de 2001 a maio de 2005; Kátia Born (PSB), de junho de 2005 a março de 2006; e Jacy Quintella (PSB), de abril a dezembro de 2006.

Para orientar o procedimento da análise dos dados da pesquisa documental, foram definidos parâmetros considerados capazes de explicar: a direção política assumida pelo CES/AL com relação ao direito à saúde e ao direito à participação social, na Política de Saúde, em cada período; como se deu a disputa pela hegemonia da Política de Saúde em Alagoas, pelo CES/AL, e a atuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL); o que caracterizou cada período de gestão em relação ao SUS, e ao posicionamento do CES/AL; a intervenção e o papel dos segmentos do CES/AL, suas demandas e lutas em defesa do direito à saúde; as proposições, deliberações e posicionamentos que promoveram alterações na gestão do SUS; os interesses em disputa no interior do CES/AL, e fora dele, na relação com outras instâncias de poder no SUS, com ênfase na relação CES/AL e CIB/AL, identificando a natureza e a importância das resoluções aprovadas em cada período.

A exposição da tese foi organizada em quatro capítulos. O primeiro contempla a fundamentação teórica que dá sustentação à argumentação e que analisa, numa primeira parte, as categorias gramscianas de 'Estado', 'hegemonia', 'intelectuais' e 'formação da vontade coletiva', por entender que esta adoção permite um aprofundamento dos processos de luta por hegemonia no campo das políticas públicas e na correlação de forças nessa disputa.

No segundo capítulo buscou-se estabelecer uma interlocução com diferentes pensadores acerca da concepção dos conselhos, que se destacam enquanto espaços de disputa por hegemonia no campo das políticas públicas e na área da saúde, particularmente, o Conselho de Saúde.

O terceiro capítulo apresenta, num primeiro momento, uma contextualização da Política de Saúde no Brasil, de 1999 a 2006, enfatizando aspectos determinantes na configuração do SUS, durante o período relativo ao segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso e ao primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva, à frente da Presidência da República. Em seguida, traz uma reflexão sobre a efetivação da Política de Saúde na particularidade alagoana, condicionada a aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, tão peculiares a essa sociedade marcada por uma cultura política conservadora e impregnada de forte concentração

de poder econômico. Em contraposição, reflete também sobre o processo de mudanças ocorridas durante os 8 (oito) anos do governo de Ronaldo Lessa (PSB), em relação à efetivação do controle social das políticas públicas e, em particular, a de saúde, onde se destaca o protagonismo das lutas de forças sociais voltadas para a construção do SUS no Estado.

O quarto capítulo traz uma análise da atuação do CES/AL na direção da Política de Saúde em Alagoas, buscando caracterizar, em cada período, a relação do gestor com o SUS e o posicionamento do CES/AL em defesa do direito à saúde e do seu efetivo controle social. Destaca, igualmente, a possibilidade concreta de o CES/AL constituir-se num campo de construção de novas hegemonias na saúde, especialmente em relação à correlação de forças estabelecida com outras instâncias de poder dentro do SUS. Identifica, ainda, os interesses presentes no CES/AL, com destaque para aqueles advindos das forças sociais que defendem o SUS.

Em suas conclusões, o estudo afirma ser o CES/AL um mecanismo de formulação, socialização e controle da Política de Saúde, que disputa com outras forças a sua direção. Indica, também, os limites e as possibilidades históricas construídas pelos sujeitos coletivos envolvidos nesse processo, no sentido de fazer avançar a conquista de posições estratégicas no setor saúde, efetivando uma atuação que corresponda ao preceito legal do direito à participação e do direito à saúde e à vida.

CAPÍTULO 1: HEGEMONIA E FORMAÇÃO DA VONTADE COLETIVA

A disputa por hegemonia pelas classes³ no interior do Estado, particularmente nas políticas públicas, configura-se como um campo de articulações também entre os diversos segmentos das classes subalternas organizadas em suas diferentes inserções na vida social. A criação de mecanismos de participação nos processos decisórios, no âmbito do Estado, articulou tanto os mecanismos tradicionais de representação indireta, como o parlamento, quanto os de representação mais direta dos cidadãos, como os conselhos de políticas, capazes de viabilizar a interferência das camadas populares no Estado.

Em face dessa reflexão, e no propósito de proceder a uma análise aprofundada sobre os conselhos de saúde enquanto espaços de construção de novas hegemonias em disputa pela direção da Política de Saúde, identificou-se no pensamento gramsciano uma constante preocupação em conceber a realidade social como totalidade e busca para desvendar suas contradições, identificando suas mediações, estruturas e processos. Gramsci, ao trabalhar o político e o social, o faz vinculado ao econômico, relacionando infra-estrutura e superestrutura.

Na tentativa de estabelecer nexos reflexivos com o objeto de estudo buscou-se apoiar em Gramsci, através de suas categorias, consideradas essenciais como mediações facilitadoras na apreensão do objeto: Hegemonia e Estado, em sua relação com a formação da vontade coletiva das classes subalternas e de intelectuais enquanto protagonistas relevantes. Entende-se ser possível tal mediação visto que, buscando justificar a representação de interesses numa sociedade, cujos sujeitos políticos são constituídos a partir de vários interesses postos em discussão e/ou confronto, tal representação envolve o problema de legitimidade. Essa legitimidade pode ser entendida como um problema de hegemonia, ou seja, pode ser traduzida na capacidade ou não da “*criação de blocos*

³ Segundo Gramsci (2000a, p. 15), classe se refere aos chamados grupos fundamentais na produção, ou seja, “*todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica ... [...]*”. De acordo com Cerroni (1978, p. 22), para Gramsci uma classe pode ser “*dominante-dirigente, dominante-não dirigente ou ‘governante’, dominada-subalterna, dominada-dirigente*”.

majoritários que se articulem em torno de questões de abrangência nacional (como a da saúde, por exemplo), elaborando propostas globais de reforma que transcendam (mas sem ignorar) os interesses meramente corporativos dos múltiplos segmentos envolvidos”(COUTINHO, 1995, p.59).

A utilização de tais categorias supõe a possibilidade de analisar os sujeitos coletivos que atuam no campo das políticas públicas, na luta por direitos, nesse espaço de correlação de forças, de construção de consensos e sua percepção, pois, ao estabelecerem tal mediação, tornam-se protagonistas de reivindicações que são de outros segmentos da sociedade, comprometendo-se com a solução daquelas, de modo a unir em torno de si esses segmentos, estabelecendo com eles uma aliança para a defesa de um projeto comum.

A saúde, enquanto questão nacional pode se configurar como um campo de possibilidades estratégicas na perspectiva da democratização da gestão de sua política, mais especificamente, no seu efetivo controle público. Assim, é possível pensar a saúde como um campo de articulação entre diversos setores das classes subalternas⁴, organizados em suas diferentes inserções. Trata-se de uma hegemonia que se constrói por meio da oposição às formas institucionais existentes, pela crítica às concepções de mundo e pela percepção de novas possibilidades de transformação. Portanto, se expressa na possibilidade de construir um projeto das classes subalternas em que sejam afirmadas *“a organização livre e soberana dos trabalhadores, a educação pública e gratuita e a construção de um projeto de saúde, sob o controle dos trabalhadores, entre outras tantas”* (DIAS, 1999, p. 82).

A hegemonia no pensamento gramsciano é um elemento fundamental para a construção de uma alternativa socialista para o Ocidente, pensada por Antonio Gramsci nas primeiras décadas do século XX, período marcado por uma crescente socialização da política e, conseqüentemente, do fenômeno estatal, pela presença de uma nova esfera, representada por uma sociedade civil, mais robusta e diversificada, o que tornou mais complexas as formas de estruturação das classes e sua relação com a política, expressando as possibilidades de formação de uma nova

⁴ Para Gramsci (2002, p. 140-1), *“as classes subalternas, por definição, não são unificadas e não podem se unificar enquanto não puderem se tornar ‘Estado’: sua história, portanto, está entrelaçada à da sociedade civil, é uma função ‘desagregada’ e descontínua da história da sociedade civil e, por este caminho, da história dos Estados ou grupos de Estado”*.

sociabilidade, de construção de uma nova hegemonia, cuja constituição não ocorre, tão-somente, a partir do econômico.

A análise das concepções gramscianas de Estado e de hegemonia, em sua relação com a formação da vontade coletiva direcionada para um projeto nacional-popular e o papel dos intelectuais nessa construção, supõe a possibilidade de analisar os sujeitos coletivos que atuam no campo das políticas públicas, na luta por direitos, em espaço de correlação de forças e de construção de consensos.

1.1. A concepção gramsciana de Estado: um Estado em disputa

A concepção de Estado em Gramsci encontra-se articulada à noção de intelectuais e hegemonia. Em carta dirigida à Tatiana Schucht, datada de 7 de setembro de 1931, quando se encontrava na Penitenciária de Turi, afirma que nos estudos por ele desenvolvidos “ampliou” sua noção sobre os intelectuais, determinando, por outro lado, seus estudos sobre o Estado ao identificar no fenômeno estatal a presença de uma sociedade civil em relação com o Estado restrito, ou sociedade política. Escreve Gramsci (2005, v.2, p. 84):

Este estudo [sobre os intelectuais] também leva a certas determinações do conceito de Estado, habitualmente, é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo, para moldar a massa popular segundo o tipo de produção e a economia de um dado momento), e não como um equilíbrio da sociedade política com a sociedade civil (hegemonia de um grupo social sobre toda a sociedade nacional, exercida através das organizações ditas privadas, como a igreja, os sindicatos, as escolas, etc.).

Para Gramsci, uma estrutura econômica não é suficiente para manter-se por si mesma; requer um instrumento político-jurídico, superestruturas capazes de adequar a sociedade civil ao modo dominante de operar econômico, ou seja, “*o Estado é o instrumento para adequar a sociedade civil à estrutura econômica, mas é preciso que o Estado ‘queira’ fazer isto, isto é, que o Estado seja dirigido pelos representantes da modificação ocorrida na estrutura econômica*” (GRAMSCI, 1999, p. 323-4). Assim sendo, para manter ou mudar uma estrutura econômica, o Estado cumpre tal função, mas também exerce a tarefa de ‘educador’, na medida em que

tende a criar e a organizar certo tipo de civilização, de cidadão, visto que opera sempre sobre as forças econômicas a serem mantidas ou inovadas.

A originalidade da teoria gramsciana de Estado encontra-se na sociedade civil como um fato novo, uma nova determinação do Estado, considerada como esfera de mediação entre a infra-estrutura econômica e o Estado em seu sentido estrito, sem negar ou eliminar as determinações identificadas pela teoria marxista clássica, mas desenvolvendo e enriquecendo-as. O foco dessa teoria incide sobre as superestruturas geradas pela sociedade civil que, agora, apresenta-se bem mais complexa. Assim, a distinção entre sociedade civil e sociedade política, ou Estado restrito, para Gramsci (2000b, p. 47) é apenas metodológica e não orgânica, o que ele torna explícito em sua crítica ao movimento do livre-câmbio italiano, afirmando que sua formulação se baseia em um erro teórico que consiste na *“distinção entre sociedade civil e sociedade política, que de distinção metodológica é transformada e apresentada como distinção orgânica. (...) dado que sociedade civil e Estado se identificam na realidade dos fatos...”*

É dessa maneira que ele inova a teoria marxista clássica de Estado, pois, para Marx (1993, p. 5), a sociedade civil constitui-se na base material da sociedade ou na chamada infra-estrutura, no momento em que ele afirma que a sociedade civil é *“a verdadeira fonte, o verdadeiro cenário de toda a história [...], abrange todo o intercâmbio material dos indivíduos, no interior de uma fase determinada de desenvolvimento das forças produtivas”*. Gramsci, por sua vez, indica o momento da superestrutura, sem desvincular-se da base material, ou seja, considera que são esferas relativamente autônomas, porém dialeticamente relacionadas. Se, para Marx, a sociedade civil integra o conjunto das relações materiais de um determinado momento histórico de desenvolvimento das forças produtivas, em Gramsci a sociedade civil compreende o conjunto de relações sociais que engloba o devir concreto da vida em sociedade, com suas instituições e ideologias. Na visão de Gramsci, a sociedade civil pode ser compreendida como uma arena privilegiada da luta de classes, uma esfera do ser social, lugar onde se dá uma disputa pela hegemonia.

Marx e Engels identificam o caráter de classe de todo fenômeno estatal, constituindo-se este numa grande descoberta no campo da teoria política. Afirmam eles que *“este Estado não é mais do que a forma de organização que os burgueses necessariamente adotam, tanto no interior como no exterior, para a garantia*

recíproca de sua propriedade e de seus interesses” (1993, p. 98), e que a função do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir a divisão da sociedade em classes. Assim, o Estado e suas instituições constituem a forma política de as classes dominantes exercerem o domínio sobre as demais classes, eliminando as diferenças decorrentes do nascimento, da posição social, tornando, a todos, cidadãos. No entanto, Marx (2002, p. 21) afirma que o Estado, ao proclamar a igualdade jurídica, não elimina as diferenças de classes estabelecidas pela propriedade privada, mas que, *“longe de abolir estas diferenças efetivas, ele só existe na medida em que as pressupõe; entende-se como Estado político e revela a sua universalidade apenas em oposição a tais elementos”*. Tal percepção expressa o reflexo de uma época de escassa participação política, que leva os clássicos a identificarem o Estado com o conjunto de seus aparelhos repressivos – coercitivos, ou Estado estrito, no sentido gramsciano.

Contrariamente, Gramsci vive uma outra situação histórica e geográfica, em que as questões se referem à crise do Estado liberal e à hegemonia do sistema capitalista. Vivendo numa época em que o fenômeno estatal é mais complexo, pela intensificação dos processos de socialização da participação política, pela formação de grandes sindicatos, dos partidos de massas, pela conquista do sufrágio universal, ou seja, pelo surgimento de uma esfera social nova, a sociedade civil, e seus organismos ditos privados, dotada de leis e de funções relativamente autônomas e específicas, econômica e politicamente. Diferentemente de Marx, que reflete a partir de uma análise do Estado moderno, no período pós-Revolução Francesa, fase esta caracterizada pelas poucas possibilidades de participação política do proletariado nascente, a quem restava a estratégia das revoluções permanentes, do tipo jacobinas.⁵

Gramsci, ao conceber uma teoria de Estado segundo a tradição marxista identifica que, em última instância, este é um Estado de classe. Para tanto, ele fornece os elementos teórico-históricos necessários para analisar o fenômeno estatal tal como se apresenta hoje nas sociedades capitalistas do tipo ‘ocidental’, levando em consideração que esse Estado, mesmo de classes, é diferente no seu modo de operar na dinâmica da vida social, em que busca o consenso e não só a coerção.

⁵ Para um maior aprofundamento, ver Antonio GRAMSCI, Cadernos do Cárcere 13, vol. 3, p. 119-120.

A concepção de Estado em Gramsci (2000b, p. 223-4) supõe a necessária distinção entre o Estado capitalista burguês, denominado por ele de ‘Estado-classe’, e a sociedade comunista ou, em seus termos, ‘sociedade regulada’, insistindo que esta não poderá nascer enquanto aquela existir e não for superada, pois a existência de uma sociedade regulada pressupõe *“a igualdade econômica como base necessária da reforma projetada”*. Na constituição da sociedade regulada está colocada a superação da ordem capitalista e do seu Estado, com seus mecanismos coercitivos e autoritários da sociedade política, como também o fortalecimento dos organismos da sociedade civil, portadores materiais da hegemonia. Enfim, em uma sociedade regulada, expressão da superação da ordem burguesa, pode-se confundir Estado com Governo ou sociedade civil com Estado, mas deve-se notar que *“na noção geral do Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia coraçada de coerção)”* (GRAMSCI, 2000b, p. 244), e deve ser vista como uma fase a ser superada. Assim, o próprio Estado deve ser superado. Para a criação do autogoverno em uma sociedade regulada, o tema do esgotamento e da dissolução do Estado é fundamental, já que é possível pensar *“o elemento Estado-coerção em processo de esgotamento à medida que se afirmam elementos cada vez mais conspícuos de sociedade regulada (ou Estado ético ou sociedade civil)”* (GRAMSCI, 2000b, p. 244).

A distinção entre sociedade civil, denominada de autogoverno, e sociedade política, como governo dos funcionários, é utilizada para refletir sobre a ‘estatolatria’ como uma fase prevista na sociedade regulada em que se identifica o governo dos funcionários com o Estado, sem a presença ativa de uma sociedade civil que, historicamente, ainda não se elevou à vida estatal, ou seja, a estatolatria seria *“a forma estatal a que se dá o nome de Estado e que vulgarmente é entendida como todo o Estado”* (GRAMSCI, 2000b, p. 279). Em uma sociedade regulada, uma fase de estatolatria pode ser necessária para as sociedades que não experimentaram a vida estatal, porém não deve ser deixada sem limites, para perpetuar-se, mas criticada e vista como um período transitório de aprendizado de *“uma forma normal de ‘vida estatal’, de iniciação, pelo menos, à vida estatal autônoma e à criação de uma ‘sociedade civil’ que não foi possível historicamente criar antes da elevação à vida estatal independente”* (GRAMSCI, 2000b, p. 279).

Numa sociedade regulada, os partidos, as instituições existentes e o Estado são superáveis. Sendo a sociedade política reabsorvida pela sociedade civil, considerada como o lugar onde as classes subalternas são chamadas a desenvolver suas convicções e a lutar por um novo projeto hegemônico, o Estado ético, ou sociedade civil, deve enfatizar sua função educativa e formativa voltada para a elevação intelectual e moral das classes subalternas, na perspectiva de constituição do ‘homem coletivo’: *“Tarefa educativa e formativa do Estado, cujo fim é sempre o de criar novos e mais elevados tipos de civilização, de adequar a ‘civilização’ e a moralidade das mais amplas massas populares...”* (GRAMSCI, 2000b, p. 23). A sociedade civil seria o lugar onde se desenvolveria tal processo de constituição desse novo homem coletivo, a partir de uma pressão coletiva sobre os indivíduos singulares, ou seja, na *“sociedade civil, que atua sem ‘sanções’ e sem ‘obrigações’ taxativas, mas que nem por isso deixa de exercer uma pressão coletiva e de obter resultados objetivos e de elaboração nos costumes, nos modos de pensar e de atuar, na moralidade, etc.”* (ibidem). Assim sendo, o Estado assume suas funções educativas e formativas, configurando-se como o agente educador nesse processo.

A estatolatria como um elemento da ‘cultura ativa’ é identificada enquanto devir, enquanto processo histórico e relevante, na construção da sociedade regulada, em que se destaca a ‘iniciativa individual’ na relação indivíduo integrante de um determinado grupo social e o Estado ampliado, significando isto uma identificação orgânica e consciente (ou vida estatal espontânea), ou seja, a *“identificação-distinção entre sociedade civil e sociedade política e, portanto, identificação orgânica entre indivíduos (de um determinado grupo) e Estado, de modo que ‘todo indivíduo é funcionário’, não na medida em que é empregado pago pelo Estado e submetido ao controle ‘hierárquico’ da burocracia estatal, mas na medida em que, ‘agindo espontaneamente’, sua ação se identifica com os fins do Estado (ou seja, do grupo social determinado ou sociedade civil)”* (GRAMSCI, 2000b, p. 282). É nesse momento provisório que o Estado ético volta a sua atenção educativa para fazer emergir “no invólucro da sociedade política uma complexa e bem articulada sociedade civil, na qual o indivíduo aprende a se governar autonomamente” (GRAMSCI, 2000b, p. 279).

Esse Estado ético e de cultura teria como sua grande tarefa a elevação cultural e moral do povo, necessária a uma determinada estrutura econômica, podendo contar, para isso, com a escola e com os tribunais para o desenvolvimento

de atividades estatais de caráter educativo-positivo e educativo-repressivo, respectivamente. Para Gramsci, todo Estado é ético quando se coloca em face da tarefa de *“elevar a grande massa da população a um determinado nível cultural e moral, nível (ou tipo) que corresponde às necessidades de desenvolvimento das forças produtivas e, portanto, aos interesses das classes dominantes”* (GRAMSCI, 2000b, p. 284). Porém, ele não propõe uma reforma do Estado burguês, mas a sua superação pelas classes subalternas que têm como projeto a sua própria superação enquanto classe explorada, ou seja, *“só o grupo social que propõe o fim do Estado e de si mesmo como objetivo a ser alcançado pode criar um Estado ético, tendente a eliminar as divisões internas de dominados, etc., e a criar um organismo social unitário técnico-moral”* (GRAMSCI, 2000b, p. 284). Portanto, é possível pensar o Estado como um *“complexo das atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados”* (GRAMSCI, 2000b, p. 331).

1.2. A hegemonia em Gramsci (a hegemonia como devir histórico)

O conceito de hegemonia em Gramsci encontra-se em estreita relação com a sua tentativa de pensar uma estratégia socialista na particularidade ocidental, especificamente na Itália das primeiras décadas no século XX, num período histórico de grandes transformações políticas ocorridas a partir da Revolução Russa de 1917, com reflexos nas esquerdas ocidentais, na fase em que se deu a formação de sindicatos de massa, partidos políticos, conselhos de fábrica, como uma socialização da política. A perspectiva de uma revolução proletária internacional fracassa na Alemanha, Hungria e, a partir desse fato, Gramsci irá questionar o porquê dessa derrota, ou seja, a não-realização da extensão da revolução socialista para todo o mundo, e irá refletir, com base em um *“acurado estudo do terreno nacional”*, a estratégia para a construção do socialismo italiano, considerando seu momento de hegemonia fascista e tendo como expoente máximo, Mussolini, que será seu principal algoz.

Como estratégia, irá elaborar o conceito articulado de guerra de posição e guerra de movimento, enquanto pares complementares e não dicotômicos momentos previstos e possíveis, dependendo das determinações sociais, econômicas e políticas e da correlação de forças em um dado momento da vida social. Gramsci terá sempre a preocupação de não descolar sua análise sobre superestruturas das determinações econômicas, e reafirmará, ainda, a força da historicidade como superação de todo determinismo econômico, quando questiona se é possível promover uma reforma cultural sem uma necessária e precedente reforma econômica, visto que *“uma reforma intelectual e moral não pode deixar de estar ligada a um programa de reforma econômica; mais precisamente o modo concreto através do qual se apresenta toda a reforma intelectual e moral”* (GRAMSCI, 2000b, p. 19).

Fundamentado em sua concepção de Estado, Gramsci formula sua estratégia de conquista de poder nas sociedades capitalistas de formação ocidental: é a ‘guerra de posição’ que traz a hegemonia e a aliança de classe como idéia central, dada a complexidade e autonomia que a sociedade civil ali alcança diante do Estado. Ele busca, com isso, compreender o Estado capitalista em suas especificidades, utilizando-se de uma analogia que relaciona o ‘Oriente’ às sociedades com pouca socialização da política e da sociedade civil, onde o *“Estado era tudo, a sociedade civil era primitiva e gelatinosa”* (GRAMSCI, 2000b, p. 262), e o ‘Ocidente’, com aquelas sociedades onde ocorre uma estreita relação entre sociedade civil e Estado, concebido como uma ‘trincheira avançada’, ao considerar que *“havia entre o Estado e a sociedade civil uma justa relação e, ao oscilar o Estado, podia-se imediatamente reconhecer uma poderosa estrutura da sociedade civil”* (Idem).

Para ele, a estratégia da ‘guerra de movimento’, ‘revolução permanente’ ou tomada do poder por processos revolucionários seria uma fórmula própria de um período histórico situado entre 1789 e 1870 na França, em que o Estado era tudo e a sociedade civil, pouco desenvolvida. Após esse período, tais relações se modificaram e passaram a exigir das classes subalternas uma fórmula a mais na luta por hegemonia, denominada de ‘guerra de posição’, especialmente nas democracias modernas que apresentavam uma estrutura maciça, através do Estado restrito e da sociedade civil com suas organizações, constituindo *“para a arte política algo similar às trincheiras” e às fortificações na guerra de posição: faz com que seja ‘parcial’ o*

elemento do movimento que antes constituía ‘toda’ a guerra, etc.” (GRAMSCI, 2000b, p. 24).

Nesse sentido, pode-se identificar um vínculo orgânico entre essas duas estratégias como momentos que convivem dialeticamente, na medida em que um não supõe a negação do outro, mas numa relação em que a utilização de uma das estratégias será determinada pelo movimento do real, e não *a priori*. Não são concebidos como momentos estanques e incompatíveis, mas como processos historicamente construídos pela dinâmica das relações de forças presentes na realidade.

Gramsci (2000b, p. 36) chama a atenção, ainda, para o fato de que seja considerada, na análise de uma dada estrutura, a necessária distinção entre os chamados ‘movimentos orgânicos’, que seriam relativamente permanentes e de amplo alcance histórico e capazes de gerar uma ‘crítica histórico-social’, e os movimentos conjunturais, que seriam ocasionais, imediatos, capazes tão-somente de tecer uma ‘crítica política miúda’ do cotidiano. Assim sendo, quando a análise de uma determinada formação social toma a relação de forças como ‘princípio de pesquisa e interpretação’, devem-se distinguir seus diferentes momentos ou graus, tais como: relação de forças sociais, políticas e militares. O primeiro grau seria a relação de forças sociais relativa à “estrutura objetiva, independentemente da vontade dos homens”, ou seja, o lugar e a função das classes sociais na produção. Para Gramsci, *“esta relação é o que é, uma realidade rebelde”* (GRAMSCI, 2000b, p. 40).

O segundo grau seria o da relação das forças políticas em seu momento de homogeneidade, autoconsciência e organização, alcançado pelas classes sociais quando se percebe um desenvolvimento de sua consciência política coletiva, que vai desde o momento ‘econômico-corporativo’, momento em que existe unidade no grupo profissional, mas não com o conjunto mais amplo da classe, passando para o outro momento, em que já se constata a *“solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social [classe social], mas ainda no campo meramente econômico”* (GRAMSCI, 2000b, p. 41), na perspectiva da igualdade político-jurídica. E o último momento é o da superação dos interesses corporativos, ligando-se às lutas e à organização de outros grupos, considerada por Gramsci como uma fase fundamentalmente política, indicando que é nesse momento que se dá uma passagem para um nível mais elevado, seja no campo político e econômico, seja no

intelectual e moral, *“pondo todas as questões em torno das quais ferve a luta não no plano corporativo, mas num plano ‘universal’, criando assim a hegemonia de um grupo social fundamental sobre uma série de grupos subordinados”* (GRAMSCI, 2000b, p. 42-3).

O grau da relação das forças militares é decisivo conforme a oportunidade concreta, numa relação político-militar com solução para um estado de *“desagregação social de um povo oprimido”* (idem). Tais relações não existem em si mesmas, mas adquirem significado se consideradas enquanto justificativa de uma iniciativa da vontade, da ação consciente e organizada dos homens, para se constituir em ‘força permanentemente organizada’ e capaz de atuar quando for necessário, dependendo da conjuntura; por isso, *“a tarefa essencial consiste em dedicar-se de modo sistemático e paciente a formar esta força, desenvolvê-la, torná-la cada vez mais homogênea, compacta e consciente de si”* (GRAMSCI, 2000b, p. 45).

A hegemonia pode ser entendida como a capacidade de ‘direção intelectual e moral’ que um grupo social exerce sobre os demais e sobre a sociedade como um todo, quando absorve num projeto totalizador a vontade de grupos subalternos, na formação de uma vontade coletiva, enquanto fundamento e concretização da organização dos diversos setores sociais, em torno de um projeto. Nesse sentido, a construção da hegemonia passa pela superação de uma condição de subalternidade de setores e grupos na medida em que, para universalizar, deve-se absorver a vontade dos grupos subalternos nesse projeto coletivo, ultrapassando interesses meramente corporativos. Não sair dessa subalternidade implica uma impossibilidade – ainda que conjuntural – de esses grupos se unirem em torno desse projeto, para se tornarem capazes de ser ‘dirigentes’, em face do processo de correlação de forças políticas e sociais presentes.

Ainda enfatizando o caráter de ‘direção intelectual e moral’ da hegemonia, em sua possibilidade de construção pelos grupos subalternizados, Gramsci (1999, p. 104) compreende a importância do desenvolvimento do conceito de hegemonia em sua dimensão político-prática, mas também como um progresso filosófico, já que supõe uma imprescindível *“unidade intelectual e uma unidade ética adequada a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos”*.

Desse modo, o conceito de hegemonia em Gramsci é concebido numa visão de totalidade que se expressa na unidade entre estrutura e superestrutura, entre economia e política, na relação tensa entre direção e domínio, consenso e coerção, como também no campo das idéias e da cultura, quando se busca conquistar consensos e construir um bloco social capaz de realizar uma reforma intelectual e moral, *“como algo que não opera apenas sobre a estrutura econômica e sobre a organização política da sociedade, mas também sobre o modo de pensar, sobre as orientações ideológicas e inclusive sobre o modo de conceber”* (GRUPPI, 1991, p. 5).

1.3. Intelectuais, hegemonia e vontade coletiva

Em seu caderno 12, Gramsci vai aprofundar a sua compreensão sobre os intelectuais, como se formam na história, quem são e quais as suas funções. Essa reflexão torna-se um dos pontos centrais de seu plano de estudos, conforme expressa em carta à Tatiana, de 7 de setembro de 1931, juntamente com a noção de Estado. Começa suas reflexões com o seguinte questionamento: *“Os intelectuais são um grupo autônomo e independente, ou cada grupo social tem sua própria categoria especializada de intelectuais?”* (GRAMSCI, 2000a, p. 15).

Na construção e na manutenção de sua hegemonia, as classes dirigentes contam com os seus intelectuais orgânicos, que atuam nas superestruturas. Segundo Gramsci, os intelectuais emergem na história de duas formas: como intelectuais orgânicos, criados pela classe social originária de uma função essencial na produção econômica, como ‘prepostos’ ou empregados especializados, com o papel de organizar as relações gerais fora da indústria, ou seja, a classe cria para si *“camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no campo social e político”* (GRAMSCI, 2000a, p. 15). Assim, os intelectuais orgânicos seriam criados pelas classes fundamentais, como especialistas para atuar no campo da técnica, da

economia, da cultura e do direito, com uma função dirigente e técnica, portanto, intelectual.

Historicamente, contudo, algumas categorias de intelectuais continuaram a existir, mesmo naquelas sociedades em que ocorreram transformações profundas no próprio modo de produção. Assim, as novas classes encontraram categorias de intelectuais ‘preexistentes’ que mantiveram sua influência e poder através da religião, da instrução, da justiça, da benemerência: são os intelectuais chamados ‘tradicionais’, que têm como seus maiores representantes os eclesiásticos, juízes, administradores, cientistas etc. Desse modo, os intelectuais tradicionais percebem a si mesmos como *“autônomos e independentes do grupo social dominante”* (GRAMSCI, 2000a, p. 17).

Enquanto categoria, os intelectuais formam-se em conexão com as classes fundamentais que os criam, para ajudá-las na disseminação de suas idéias, de sua concepção de mundo, por meio das instituições, como a escola, a igreja, os meios de comunicação etc. Mas questiona se existe uma delimitação rígida no conceito de intelectual, já que, para ele, o critério de distinção entre o não-intelectual e o intelectual deve ser buscado na sua relação com o conjunto das relações sociais, ou seja, como uma função, reconhecendo que mesmo o trabalho físico requer um mínimo de conteúdo técnico, isto é, *“um mínimo de atividade criadora”* (GRAMSCI, 2000a, p. 18). Assim, é lícito dizer que, todos os homens são intelectuais, embora *“nem todos os homens têm na sociedade a função de intelectuais (assim, o fato de que alguém possa, em determinado momento, fritar ovos ou costurar um rasgão no paletó não significa que todos sejam cozinheiros ou alfaiates)”* (Idem).

Para Gramsci (2000a, p. 22), os intelectuais orgânicos seriam mais identificados ao urbano, à fábrica, como o ‘lócus’ do técnico que não exerce diretamente nenhuma função política ou tem alguma iniciativa autônoma na proposição de planos de ação, mas mantém estreita vinculação com as classes fundamentais. Por outro lado, os intelectuais tradicionais estariam mais ligados ao campo, ou a centros urbanos menores, possuindo um padrão de vida superior ao do camponês e detendo uma função político-social de mediador, na relação entre a massa camponesa e a administração local. Exemplo desse tipo de intelectual é o padre, o advogado, o professor, o médico, entre outros, que representam para as classes subalternas rurais um padrão de vida superior desejado.

A relação entre o intelectual orgânico e a produção não se efetiva de forma imediata, mas é ‘mediatizada’ pelas superestruturas, por todo o tecido social e pelo Estado. Os intelectuais passam a se constituir em funcionários das superestruturas, desde a base até o alto: na sociedade civil, com a função correspondente de hegemonia social; e na direção intelectual e moral da classe dominante, sobre o conjunto da sociedade em geral. Esta última responde ao ‘consenso espontâneo’ e à orientação da classe dominante, em decorrência de sua posição e de sua função no modo de produção. Atuam, ainda, os intelectuais, na sociedade política ou Estado restrito, com a função de ‘domínio direto’, através do Estado, e, no ‘governo jurídico’, através da coerção estatal, a ser utilizada na ausência do ‘consenso espontâneo’, na busca de assegurar a disciplina dos grupos que não ‘consentem’. Nesse sentido, esses intelectuais exercem ações de caráter organizativo e conectivo, ou seja, *“são os ‘prepostos’ do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político”* (GRAMSCI, 2000a, p. 20-1), de direção e domínio, de consenso e coerção.

O partido político é concebido como um intelectual coletivo capaz de realizar a ‘soldagem’ entre os intelectuais orgânicos e os intelectuais tradicionais e capaz de transformá-los em “intelectuais políticos qualificados, dirigentes, organizadores” (GRAMSCI, 2000a, p. 24). Mesmo considerando que um partido, em sua composição, apresenta diferentes níveis de compreensão e de qualificação, não reside aí sua importância, mas, pelo contrário, se todos os homens são intelectuais pela função que desenvolvem, mesmo a mais simples e mecânica dentro do partido, o fundamental é sua função de direção e de organização, portadora de um conteúdo educativo, e, portanto, intelectual. Desse modo, o ser intelectual não reside tão-somente na capacidade discursiva, da eloquência, mas *“numa inserção ativa na vida prática, como construtor, organizador, ‘persuasor permanente’”* (GRAMSCI, 2000a, p. 53).

1.4. Subalternidade e vontade coletiva

Sendo a vontade coletiva “consciência operosa histórica, como protagonista de um drama histórico real e efetivo” (GRAMSCI, 2000b, p. 17), caberia ao partido, como o ‘moderno Príncipe’ – numa referência ao Príncipe de Maquiavel –, a tarefa de criar as condições necessárias para a sua realização. Essa tarefa seria executada de acordo com um plano de trabalho que consistiria na análise das condições de desenvolvimento de uma vontade coletiva nacional-popular, de acordo com uma análise histórica (econômica e social) do país e um resgate das lutas em torno das tentativas para a sua criação. Enfim, Gramsci atribui ao partido, enquanto organismo coletivo de direção das classes subalternas, a tarefa de formar essa vontade coletiva fundada em dois pontos centrais: *“formação de uma vontade nacional-popular, da qual o moderno Príncipe é ao mesmo tempo o organizador e a expressão ativa e atuante, e reforma intelectual e moral”* (GRAMSCI, 2000b, p. 18), visto que o partido seria a *“primeira célula na qual se sintetizam germes de vontade coletiva que tendem a se tornar universais e totais”* (GRAMSCI, 2000b, p. 16).

Essa vontade coletiva encontraria condições favoráveis para o seu desenvolvimento no operariado urbano, na fábrica, na produção industrial. Nesse sentido, Gramsci reafirma a centralidade da fábrica em suas construções teóricas, explicitando a concretude de suas reflexões – a vontade coletiva encontra sua referência na produção, na base econômica, cujo protagonista é o operariado urbano –, sem descartar, no entanto, uma aliança fundamental com os camponeses para a conquista da hegemonia.

Gramsci (2000b, p. 243) faz uma distinção entre vontade coletiva e vontades particulares, destacando o atributo utópico dessas últimas e o fato de que *“não sabem ligar o meio ao fim e, portanto, não são nem mesmo vontades, mas veleidades, sonhos, desejos, etc.”*. Assim, a vontade coletiva revolucionária tem um fim determinado, voltado para a organização de forças capazes de subverter o equilíbrio tradicional, o existente. Desse modo, coloca-se pertinente a questão de como se formam as vontades coletivas, ou de como superar as vontades particulares na perspectiva de constituição da vontade coletiva consciente e voltada para um determinado fim. Dirá Gramsci, com base na proposição de Marx, que “a

sociedade não se põe problemas para cuja solução ainda não exista as premissas materiais” (137: ver cf.:GRAMSCI, 2000b, nota 1, p. 36) e que esse é o problema da formação de uma vontade coletiva. Entender criticamente tal proposição significa *“indagar como se formam as vontades coletivas permanentes e como tais vontades se propõem objetivos imediatos e mediatos concretos, isto é, uma linha de ação coletiva”* (GRAMSCI, 2000b, p. 287). Pode-se indicar, assim, um longo e árduo processo de formação, que exige uma direção coordenada capaz de construir certo grau de homogeneidade, necessário para uma ação conseqüente na realidade, que decorre da unificação dos múltiplos conflitos entre os mais diferentes indivíduos, mas que, no final de um longo e tenso processo, compõe uma unidade crítica que poucos ousariam esperar. Assim, como *“uma orquestra que ensina cada instrumento por sua conta, dá a impressão da mais horrível cacofonia, porém, estes ensaios são a condição para que a orquestra viva como um só ‘instrumento’”* (GRAMSCI, 2000b, p. 333).

Sem jamais desvincular suas reflexões das bases materiais e objetivas, da economia, Gramsci em momento algum diminui ou subestima a relevância da ação dos homens e a intervenção humana capaz de abalar a economia, afirmando que, *“na economia, o elemento ‘perturbador’ é a vontade humana, vontade coletiva, cuja atitude varia de acordo com as condições gerais nas quais vivem os homens, isto é, ‘conspirativa’ ou organizada de diversas maneiras”* (GRAMSCI, 1999, p. 419).

É no Estado que as classes dirigentes se unificam e desempenham suas funções de direção e de domínio, e tal unidade não é tão-somente político-jurídica, mas estrutural e orgânica. As classes subalternas, por não se constituírem numa unidade no campo econômico, apresentam-se de forma fragmentada e descontínua na sociedade civil e, segundo Gramsci, *“não são unificadas e não podem se unificar enquanto não puderem se tornar ‘Estado’”* (2002, p. 139-140), pois estão quase sempre sob a determinação da iniciativa das classes dominantes, mesmo quando irrompem na busca de se contrapor à ordem. Superar tal estado de subalternidade só se tornará possível com a ‘vitória permanente’, que não degenera em submissão posterior.

Por essa razão, a iniciativa autônoma da vontade, por parte das classes subalternas, expressa em qualquer traço, deve ser considerada como de ‘valor inestimável’ pelo estudioso, ou seja, captar no movimento do real a possibilidade de uma intervenção humana na realidade, capaz de aglutinar as mais diversas forças

sociais na defesa de um projeto societário, e, na luta, forjar o desenvolvimento de uma consciência que ultrapasse a visão corporativa, em direção da universalidade. Sair da subalternidade implica pensar em um movimento de emancipação que se firma no cotidiano das lutas e que requer uma direção consciente e organizada capaz de criar as condições necessárias ao desenvolvimento da vontade coletiva que se expressa nos partidos políticos, nos sindicatos, nas mais diversas associações culturais, e na capacidade de poder ocupar, cada vez mais, a esfera estatal.

Assim, o elemento popular, na medida em que participa intensamente das funções públicas relevantes, pode transformar-se em dirigente, ante os grupos subalternos, e numa perspectiva emancipatória, buscar a ultrapassagem dos limites da ordem capitalista. A não-aceitação dessa ordem supõe a transformação de sua base material, econômica, lugar onde as classes se movem, mas também no nível das superestruturas que as justificam e lhes dão sustentação. Para tanto, requer a necessidade de socializar, difundir uma nova concepção do real, através dos organismos privados de hegemonia, ou seja, criar uma nova cultura, o que significa, sobretudo, *“difundir criticamente verdades já descobertas, ‘socializá-las’ por assim dizer; e, portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral”* (GRAMSCI, 1999, p. 96).

Nesse sentido, pode-se estabelecer um nexo entre hegemonia e pedagogia, pois, sendo o ato histórico um ato coletivo, que exige certa unidade cultural e social, capaz de agregar vontades até então singulares, são estabelecidas relações entre diferentes sujeitos, entre dirigentes e dirigidos, representantes e representados, entre indivíduos e as classes, na construção de uma nova concepção de mundo capaz de subverter a velha ordem, supondo-se que *“toda relação de ‘hegemonia’ é necessariamente pedagógica, que se verifica não apenas no interior de uma nação, entre diversas forças que a compõem, mas em todo o campo internacional e mundial entre conjuntos de civilização nacionais e continentais”* (GRAMSCI, 1999, p. 199).

Assim, a conquista e a manutenção da hegemonia por parte das classes subalternas não se efetiva tão-somente pela tomada do poder político, que deve expressar a transformação operada no modo de produção até então vigente, mas, faz-se necessário promover, desde antes, a direção intelectual e moral perante o conjunto da sociedade, a fim de obter a supremacia de sua nova concepção de mundo, dirigindo os grupos aliados e exercendo o domínio sobre os grupos

adversários, ou seja, *deve ser dirigente já antes de conquistar o poder governamental (esta é uma das condições principais para a própria conquista do poder); depois, quando exerce o poder e mesmo se o mantém fortemente nas mãos, torna-se dominante, mas deve continuar a ser também 'dirigente'* (GRAMSCI, 2002, p. 62-3). A hegemonia exercida pela classe dominante e dirigente sobre o conjunto da sociedade em geral, pressupõe a incorporação, em certa medida, dos interesses das classes subalternas, sem, contudo, comprometer o essencial, visto que a hegemonia, mesmo sendo ético-política, é também econômica, ou seja, *“não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica”* (GRAMSCI, 2000b, p. 48).

Quando, em uma sociedade, constata-se a separação entre sociedade civil e sociedade política, reside aí um problema de hegemonia, ou seja, tal cisão decorre do deslocamento da base do Estado e, nesse caso, tem-se *“uma forma extrema de sociedade política: ou para lutar contra o novo e conservar o que oscila, fortalecendo-o coercitivamente, ou como expressão do novo para esmagar as resistências que encontra ao desenvolver-se etc.”* (GRAMSCI, 2000b, p. 162-3). Portanto, a sociedade civil, como lugar onde as classes sociais se movem, é a base material que se encontra separada do Estado restrito, que não dispõe mais do consenso da sociedade em geral e busca o uso da coerção como única arma possível para manter a dominação ou, no caso de uma transformação na base econômica, de destruir as resistências ao novo.

Quando se pode falar em crise de hegemonia? A crise de hegemonia, também compreendida como crise de autoridade ou crise do Estado, ocorre quando a classe dirigente fracassou em sua iniciativa e recorre ao uso da força para impor o consenso às classes subalternas, ou quando as massas se rebelam, saindo da passividade e abalando a estrutura de poder vigente. Assim, a classe dirigente, quando perde o 'consenso', torna-se tão-somente detentora da força, da coerção, sendo, portanto, dominante, não hegemônica, visto que as massas já não se encontram vinculadas à sua concepção de mundo e *“não acreditam mais no que antes acreditavam. A crise consiste justamente no fato de que o velho morre e o novo não pode nascer”* (GRAMSCI, 2000b, p. 184).

1.5. Hegemonia e projeto societário

A relevância do conceito de hegemonia, para Gramsci, reside no seu caráter político, prático e filosófico, na medida em que expressa um devir histórico, em que o homem ativo de massa, apesar de transformar o mundo com o seu conhecimento prático, baseado na experiência herdada de seus antepassados, não tem clara consciência teórica de sua intervenção no real, ou não possui uma consciência contraditória da relação teoria e prática, ou seja, *“a unidade de teoria e prática não é um dado de fato mecânico, mas um devir histórico, que tem a sua fase elementar e primitiva no sentimento de ‘distinção’, de ‘separação’, de independência quase instintiva, e progride até a aquisição real e completa de uma concepção do mundo coerente e unitária”* (GRAMSCI, 1999, p. 03). É a partir de confronto de hegemonias políticas que o homem do povo elabora uma nova concepção do mundo, por meio da compreensão crítica de si mesmo e da realidade imediata, superando o senso comum. Assim, o desenvolvimento da hegemonia *“implica e supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma ética adequada a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos”* (GRAMSCI, 1999, p. 104).

Na relação entre Estado e sociedade, efetivada através das suas políticas públicas, evidencia-se a busca de hegemonia pelos diversos sujeitos coletivos, supondo, de um lado, a ultrapassagem de uma mentalidade corporativa, expressa na defesa de seus interesses imediatos e grupais, para assumir e fazer seus os interesses dos setores populares e subalternos, e, por outro lado, como estratégias de controle do capital sobre as classes subalternas. Gramsci chama de ‘catarse’ esse momento no qual se efetiva a passagem do momento econômico (‘egoístico-passional’) ou a esfera dos interesses corporativos e particulares, para o momento ‘ético-político’, ou a esfera de uma consciência universal, momento em que se configura a fase da hegemonia propriamente dita.

Ao conceber que a construção da hegemonia é convertida em um espaço contraditório de disputa pelas classes subalternas, configura-se um campo de possibilidades estratégicas a serem construídas pelos diversos segmentos das classes subalternas organizadas em suas diferentes inserções. Cabe, ainda, não

esquecer que a construção da hegemonia é um processo histórico, permanente e vinculado às classes sociais, que encontra nelas o seu fundamento e sua transformação, a partir de sua ótica e da necessária e real liberdade dos trabalhadores, no seu modo de viver, de produzir e de ser no mundo.

A disputa por hegemonia pelas classes no interior do Estado, particularmente nas políticas públicas, configura-se como um campo de articulações, também entre os diversos segmentos das classes subalternas. A criação de mecanismos de participação nos processos decisórios, no âmbito do Estado, especialmente a partir do século XX, articulou tanto os mecanismos tradicionais de representação indireta, como o parlamento, quanto os de representação mais direta, como os conselhos de políticas, capazes de possibilitar a interferência das camadas populares na esfera estatal. A saúde, enquanto questão nacional, pode constituir-se em um campo de possibilidades estratégicas na perspectiva de seu efetivo controle público e, assim, é possível pensá-la como um campo de articulação entre os vários segmentos subalternizados.

A luta por hegemonia supõe a real possibilidade da construção de uma alternativa ao capitalismo, por meio da elaboração de táticas e estratégias, a partir das classes subalternas. Para tanto, é necessário não perder de vista a centralidade da luta e do projeto societário, para que não se identifiquem as conquistas materiais como sendo o elemento estratégico central. Nesse sentido, a luta por direitos é um nível fundamental da luta mais ampla dos trabalhadores em torno da construção de um projeto democrático-popular fundamentado no trabalho. Desse modo, tal projeto dirige-se ao conjunto da sociedade, e, não a alguns poucos, não se realizando por uma vontade alheia à das classes subalternas, em suas mais variadas inserções na totalidade e no seu interesse em mudar a ordem vigente, para que sua liberdade, enquanto classe, se torne real.

O desafio que se coloca para os trabalhadores é o de tornar a construção da sua hegemonia um processo educativo e coletivo, capaz de unificar os segmentos e frações de classe, em seu desenvolvimento, como manifestação orgânica de um projeto que objetive a superação da ordem burguesa, considerando-a indispensável à constituição de uma nova ordem social que expresse a liberdade do homem e do trabalhador.

CAPÍTULO 2: OS CONSELHOS E A DISPUTA PELA HEGEMONIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1. A relação entre Estado e sociedade no Brasil e a constituição do espaço público

A relevância das reflexões gramscianas para a análise do Estado atual e de suas políticas sociais correspondentes reside na articulação que estabelece entre economia e política, entre sociedade civil e sociedade política, que conformaria o Estado em seu sentido amplo, em face da complexidade que o capitalismo contemporâneo coloca para as relações entre Estado e sociedade civil. Nesse momento do desenvolvimento histórico, o poder político tem implicado poder econômico, estabelecendo o vínculo estreito entre capital e agentes políticos, o que significa “trazer para dentro do Estado a lógica do capital, deslocando serviços essenciais como saúde e educação para o âmbito do mercado” (SIMIONATTO, 1998, p. 57)

No Estado atual, sob a égide do neoliberalismo, a sociedade civil é concebida no sentido oposto ao de Gramsci, como sendo expressão dos interesses de instituições privadas que controlam o Estado, perpassada pela racionalidade do mercado. Desse modo, estabelece-se uma dicotomia entre sociedade civil como positiva, e Estado demonizado, ineficiente. A sociedade civil é convertida em ‘terceiro setor’, situado para além do Estado e do mercado, afastando-se da concepção gramsciana. Em seu estudo sobre o terceiro setor, Montañó (2002, p. 121) afirma que tal identificação decorre de uma leitura rápida e livre da distinção gramsciana entre sociedade civil e sociedade política e sua localização na superestrutura, justificando “uma suposta setorização gramsciana entre ‘sociedade civil’, ‘sociedade política’ e ‘estrutura econômica’ – neste debate conceituadas como ‘terceiro setor’, ‘primeiro setor’ (Estado) e ‘segundo setor’ (mercado), respectivamente”. Dessa forma, perde-se a visão de totalidade, segmentando a realidade em três esferas isoladas e autônomas.

É necessário entender que, contraditoriamente, parte da sociedade civil é representada por organismos democráticos e populares – sindicatos, movimentos sociais, algumas ONGs, associações profissionais e culturais, entre outros –, provocando uma maior socialização na política. Com isso, desempenha importante papel nas relações Estado/sociedade em defesa de interesses universais, especialmente nos processos de decisão política, no campo da formulação e controle de políticas públicas, inseridos na agenda de prioridade do Estado.

Além disso, a ampliação da esfera pública reside na capacidade de criar novos mecanismos de representação de interesses – como os conselhos de gestão de políticas públicas setoriais –, abrindo novos canais de acesso e participação política nos processos decisórios. Assim, a sociedade civil, representada em sua parcela de organismos populares, ‘amplia’ o Estado na perspectiva de sua socialização, na medida em que não só insere na agenda de prioridades do Estado as demandas populares, como também busca a conquista do poder, o controle do Estado. E “a partir dela e de sua interface com o Estado, busca o alargamento da participação nos processos decisórios e o bloqueio das estratégias de destruição dos direitos sociais e dos institutos de representação coletiva” (SIMIONATTO, 2000, p. 15). Desse modo, os organismos populares da sociedade civil desempenham papel fundamental na construção de uma nova sociabilidade, capaz de não só incluir os mais diversos segmentos na esfera política, mas de superar a desigualdade capitalista no campo social e econômico.

Segundo Dagnino (2002), a sociedade civil brasileira tem tido uma grande inserção nos espaços de formulação de políticas públicas, especialmente após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que tornou obrigatória a criação de espaços públicos de mediação na relação entre Estado e sociedade civil. Para essa estudiosa, a importância da participação social na esfera estatal reside na mudança do ‘lócus’ da tomada de decisão dos espaços privados dos gabinetes para o espaço público, ou seja, abrindo o Estado à presença popular para influenciar na formulação e controle de suas políticas, como uma estratégia de sua socialização, na medida em que *“a desprivatização das estruturas decisórias do Estado e a publicização do conflito representam, portanto, condições favoráveis ao avanço de construções hegemônicas alternativas”* (DAGNINO, 2002, p. 300).

A participação da sociedade civil nas políticas públicas exige uma atuação ativa e propositiva capaz de interferir na conformação da agenda de prioridades do

Estado, que expresse seus interesses. Dagnino (2002) denomina de “confluência perversa” o campo contraditório onde se efetiva a participação da sociedade e que é defendida por dois projetos:

um projeto participatório, construído, a partir dos anos 80, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de um Estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos. A perversidade está colocada no fato de que, apontando para direções opostas, e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva (DAGNINO, 2002, p. 288-9).

O debate em torno da gestão das políticas públicas brasileiras encontra sua referência histórica no contexto de lutas contra a ditadura militar, pela redemocratização do Estado, especialmente nas suas relações com a sociedade. O foco de discussão centralizava-se na necessidade de democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gerir suas políticas públicas. Os anos 80 apresentam-se como palco de constituição de novos sujeitos coletivos políticos, de novas práticas, de construção de uma nova institucionalidade nas relações entre Estado e sociedade, orientada para a democratização. A Constituição Federal do Brasil de 1988 converte-se num marco histórico e legal, estabelecendo a gestão democrática de suas políticas, apresentando como princípios norteadores fundamentais a participação, a descentralização, a justiça e a equidade, a universalização dos serviços públicos e o fortalecimento do controle social. Nesse contexto, a gestão de sistemas públicos complexos, tais como a saúde, a educação, a assistência social, entre outros, apresenta-se como um desafio colocado na agenda pública do Estado brasileiro. Para tanto, faz-se necessária a criação de espaços, mecanismos e comportamentos democráticos apontando para uma mudança na cultura política.

Nesse debate, cabe ainda destacar a especificidade da gestão das políticas públicas, na medida em que importa distingui-la da gerência privada pela ação do gestor público em face dos desafios, quais sejam, *“a escolha dos meios, as opções político-sociais, as implicações e as conseqüências que as decisões técnico-gerenciais têm para o processo coletivo mais amplo”* (NOGUEIRA, 1998, p. 202). Por outro lado, a gestão pública enquanto arranjo institucional encontra-se diretamente ligada ao poder e depende de leis, de regras e de convenções. Nesse sentido, uma gestão baseada num poder compartilhado, negociado, *“não se separa*

da questão da democracia e do aperfeiçoamento dos mecanismos democráticos, devendo-se dedicar a estimular a participação dos cidadãos e a fazer com que os atos do poder sejam transparentes e estejam submetidos a um efetivo controle social” (NOGUEIRA, 1998, p. 202).

Para Nogueira (2000, p. 8) a gestão democrática das Políticas Públicas pode ser identificada como um *“outro modo de fazer política nas organizações”*, combinando institucionalidade, compromisso e pacto com a criatividade, iniciativa e individualidade. O tema da gestão democrática suscita o debate em torno de outras temáticas que dele fazem parte, quais sejam, *“a participação, a liberdade, o controle, a composição de interesses (a tensão entre o particular e o comum), o poder compartilhado, os sujeitos autônomos, a eficiência”* (Idem). O autor situa, ainda, a referida discussão no contexto do Estado brasileiro marcado pelo autoritarismo e pela preeminência de elites retrógradas ou conservadoras, em que sua burocracia esteve inserida num processo de interpenetração dos domínios do público e do privado, *“no qual a gestão pública apresentava-se como assunto de interesse particular dos funcionários e não como assunto pertinente ao campo dos interesses objetivos”* (NOGUEIRA, p. 204)

Netto⁶ vai identificar no Estado patrimonialista essa marca de interpenetração entre o público e o privado, indicando o seu caráter de classe, visto que *“as fronteiras entre o público e o privado sempre foram extremamente claras para as classes subalternas, para as camadas trabalhadoras. E muito difusa para as classes dominantes”*. Destaca, ainda, como sua característica o fato de que *“os gestores utilizam os bens e os recursos públicos numa ótica de benefício dos seus patrimônios privados”*.

Segundo Faoro (1997, p. 20), *“no Estado patrimonialista o governante se eleva sobre todos os súditos, senhor da riqueza territorial, dono do comércio – o reino tem um dominus, um titular da riqueza eminente e perpétua, capaz de gerir as maiores propriedades do país, dirigir o comércio, conduzir a economia como se fosse sua... [e] prende os servidores numa rede patriarcal, na qual eles representavam a extensão da casa do soberano”*. Assim, evidencia o caráter

⁶ Palestra proferida na Universidade Federal de Alagoas, em 2002, durante a realização do Colóquio Serviço Social e Trabalho, da ABEPSS (gravação em fita cassete).

patrimonial e comercial que caracterizou o Estado português, que teve papel fundamental na origem e constituição do Estado brasileiro.

Um projeto político deve considerar a particularidade da sociedade brasileira, marcada por esse descompasso, ao propor soluções para o enfrentamento de problemas complexos do Estado e da gestão de suas políticas sociais, visto que suas ações interferem nas práticas governamentais concretas, na mentalidade de seus trabalhadores e na cultura administrativa, exigindo um tempo para sua concretização. Coutinho (2000) concebe que as políticas sociais devem ser mantidas pelo Estado, desde que a elas se imprima sua dimensão pública, mas sua gestão não pode ser realizada apenas pelo Estado, em seu sentido estrito, através de sua burocracia estatal. Tal fato implicaria a *“criação de mecanismos de gestão coletiva, de baixo para cima, mecanismos públicos, mas não necessariamente burocrático-estatais em seu sentido estrito, que seriam canais incentivadores do aumento da participação popular na tomada de decisões e na execução das políticas”* (COUTINHO, 2000, p. 135).

A participação social nas políticas públicas brasileiras é marcada pela tensão presente, especialmente, na relação entre os conselhos e os gestores, pela partilha efetiva do poder, responsável por grande parte dos conflitos existentes no exercício do controle social. Segundo Dagnino (2002), o conflito pela partilha do poder pode se manifestar na resistência do gestor público em compartilhar a até então exclusividade de decidir sobre as políticas públicas, como também na reivindicação de segmentos sociais em participar dessas decisões, ampliando o seu âmbito de deliberação. Nessa correlação de forças, resta aos conselhos, enquanto mecanismos de controle social das políticas públicas, o cuidado para não ter sua atuação transformada em respaldo às políticas definidas pelo gestor, na medida em que o seu poder deliberativo *“com frequência se transforma na prática em uma função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes”* (DAGNINO, 2002, p. 283).

Ainda para Dagnino (2002, p. 283), cabe considerar a existência de elementos que dificultam a partilha efetiva de poder nos espaços públicos brasileiros, expressos de um lado, pelos traços constitutivos do Estado brasileiro, relativos não só ao processo de tomada de decisões, e também de sua dinâmica de funcionamento. Dentre eles, destacam-se, *“o predomínio de uma razão tecno-*

burocrática, o excesso de ‘papelada’, a lentidão, a ineficiência, a ‘falta de sensibilidade e o despreparo’ da burocracia estatal; a falta de recursos; (...) a falta de transparência que dificulta o acesso a informações, etc.”. Por outro lado, a sociedade civil também apresenta dificuldades que operam na mesma direção, limitando uma atuação mais propositiva na definição de prioridades nos espaços públicos, destacando-se como o mais relevante a qualificação técnica e política desta participação.

Desse modo, à medida que a representação dos segmentos da sociedade passa a atuar na formulação e deliberação das políticas públicas, torna-se necessário o domínio de um determinado saber técnico sobre uma área específica, nem sempre acessível aos setores subalternos. Além do que, requer, ainda, o seu conhecimento sobre o funcionamento da máquina administrativa do Estado, com suas regras e procedimentos que orientam a convivência naqueles espaços de interesse público. Por outro lado, há a necessidade de uma qualificação política, em face da convivência com interlocutores portadores de interesses diversos, e até antagônicos aos seus, nesses espaços que também são de conflito e que têm *“a argumentação, a negociação, as alianças e a produção de consensos possíveis como seus procedimentos fundamentais”* (DAGNINO, 2002, p. 285).

O reconhecimento do conflito como dimensão inerente ao processo de partilha do poder, em diferentes espaços públicos, sejam os conselhos, as conferências, os fóruns, dentre outros, implica conceber esses espaços como arenas de disputa de interesses de diferentes sujeitos ante a definição de políticas públicas que venham a atender às suas necessidades. A constituição desses espaços é profundamente inovadora para a sociedade brasileira, que se sente motivada a interferir nas políticas públicas, e para o próprio Estado, pois seus dirigentes são desafiados a decidir de forma colegiada. Para Dagnino (2002, p. 300), seu caráter inovador reside na possibilidade de serem transformados em campo de construção de novas hegemonias, visto que

os espaços de formulação de políticas constituem uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica, numa guerra de posições onde ações pontuais, de menor escopo e significado mais imediato, podem vir a se acumular molecularmente na direção de minar a ordem social desigual e significar a expansão gradual de um projeto hegemônico alternativo, se, evidentemente, esse projeto for

capaz de manter um vínculo orgânico em relação a essas ações pontuais, conferindo-lhes uma articulação e direção próprias.

Os conselhos de políticas, concebidos como mecanismos concretos de participação do cidadão nas políticas sociais, constituem-se em importantes espaços de discussão de interesses e conflitos setoriais, possibilitando a construção de consensos e de disputas por projetos na esfera pública. Significam, portanto, uma interlocução permanente, buscando penetrar na lógica burocrática estatal para transformá-la, na perspectiva de incorporação das demandas populares. Assim, os conselhos podem significar *“o desenho de uma nova institucionalidade nas ações públicas, que envolvem distintos sujeitos nos âmbitos estatal e societal”* (RAICHELIS, 2000, p. 66). Deste modo, mais que instrumentos formais a serem implantados para o cumprimento das exigências legais, os conselhos, as conferências e outras instâncias de participação da sociedade na esfera do Estado são instrumentos de modificação de uma forma de gestão pública.

2.2. Conselhos de saúde: fruto de um processo de lutas

No Brasil, a existência de órgãos colegiados setoriais vinculados ao Executivo não é um fenômeno novo no campo das políticas públicas, especificamente no desempenho de suas funções de assessoramento e de articulação⁷. Tampouco é exclusividade da área da saúde. Há exemplos de outras áreas, como é o caso da Previdência Social, num período anterior a 1964, através das Comissões de Gestão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) com composição tripartite, entre trabalhadores, patronato e Estado. Cabe destacar, no entanto, que os atuais Conselhos de Saúde representam uma inovação na institucionalidade do Estado brasileiro que jamais foi experimentada no campo das políticas públicas, devido à representatividade social que expressa o elenco de atribuições e poderes a eles conferidos e respaldados em sua base legal. Outro aspecto a ser considerado é a

⁷ Cf. CARVALHO (1995); CUNHA & CUNHA (2001); OLIVEIRA & TEIXEIRA (1985); COHN (2003).

extensão de sua implantação em todo o território nacional e nas três esferas de governo, seja por meio da indução do Estado, através do estabelecimento de normas, seja por demanda da própria população.

O primeiro Conselho Nacional de Saúde data de 1937 e foi criado através da Lei nº 378, de 13 de janeiro, com a finalidade de dar “nova organização ao Ministério da Educação e Saúde” e para “assistir” o Ministério junto com o Conselho Nacional de Educação⁸. Em 1970, esse órgão ganha uma nova conformação, através do Decreto nº 67.300/70, que lhe atribui finalidade, funções e estrutura mais precisas, em consonância com as exigências de consolidação do modelo médico-assistencial privatista. Como órgão consultivo, integrante do Ministério, a ele *“compete examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força da lei, tenha que ser submetida à sua apreciação”*⁹. Em 1976, o Decreto nº 79.056/76 consolida o Conselho Nacional de Saúde como um coletivo de Câmaras Técnicas, assumindo uma função técnico-normativa. Sua composição é marcada pela baixa representatividade social, formada por técnicos de notória e comprovada capacidade e pelo poder público federal. Só a partir de 1990, quando é criado o novo Conselho Nacional de Saúde, através do Decreto 99.438/90, constata-se uma ruptura com o antigo, no seu papel de órgão colegiado na gestão do SUS, especialmente em seu caráter deliberativo na formulação de estratégias e controle da execução da Política Nacional de Saúde, como também de sua composição paritária em relação aos usuários.

Os primeiros espaços institucionalizados de gestão compartilhada no setor saúde datam de 1981, através da publicação do Decreto nº 86.329, resultando daí a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) como estratégia de enfrentamento da crise da Previdência Social e como resultado da pressão do Movimento Sanitário, tendo a atribuição de, como órgão do Ministério da Previdência Social, *“operar sobre a organização e o aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para esse fim, propor políticas de financiamento e assistência à saúde...”* (CARVALHO,

⁸ Cf. <http://www.conselho.saude.gov.br>

⁹ Cf. <http://www.conselho.saude.gov.br>

1995, p. 41). Dentre suas propostas mais significativas, destaca-se a implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), operacionalizado através de convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS) e Secretarias Estaduais de Saúde, como instrumentos gerenciais de reordenamento do modelo assistencial. Uma diretriz posta em prática foi a constituição de órgãos colegiados de gestão: as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), organizadas nos níveis estadual, regional, municipal e local, integradas por gestores governamentais, prestadores públicos e privados e com representação de usuários, através de suas entidades. Nesse sentido, tais órgãos colegiados de gestão antecipam a proposta de comando único, de descentralização e de participação social, expressando em seu bojo um avanço do processo reformador no setor saúde. Mesmo não tendo poder deliberativo, discutem as questões de saúde numa perspectiva crítica em relação ao modelo assistencialista vigente, com propostas de reforma do sistema.

Com o estatuto conferido às Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), estas, legitimadas como espaço institucionalizado de representação e participação de segmentos do poder público e da sociedade na gestão da saúde, ainda que com baixa capacidade decisória, disseminaram-se pelo País e tiveram desenvolvimentos e papéis diferenciados. As eleições de 1982, com a vitória das oposições e pelo debate reformador no interior do setor promovido pelo Movimento Sanitário, geraram circunstâncias políticas favoráveis à implementação dessas comissões. No período correspondente à Nova República (1985-1989), intensificou-se o debate no cenário nacional em torno da relação Estado e sociedade no setor saúde, que evoluiu do sentido de demandas por acesso aos serviços de saúde para a demanda por acesso à gestão setorial em todos os níveis. O fato é que, a partir de 1985, intensificou-se no Brasil o debate e a incorporação na sua pauta de uma luta pela democratização das decisões no âmbito da esfera estatal vinculada à democratização do País.

Cabe aqui ressaltar a presença e o papel desempenhado pelo Movimento Sanitário Brasileiro no processo de constituição dos órgãos colegiados que antecederam os atuais Conselhos de Saúde, formado por um conjunto de pessoas e grupos, partidários ou não, articulado em torno de um projeto alternativo de saúde pública. No Brasil, a articulação desse movimento social pela saúde, de caráter nacional, efetivou-se em meados da década de 70 como uma proposta contra-

hegemônica ao modelo vigente de saúde, o qual preconizava a mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social e a assistência médica destinada a quem tivesse carteira de trabalho assinada (vínculo empregatício) e, portanto, fosse contribuinte da Previdência Social.

A luta pela democratização da saúde confundia-se com a luta pela democratização do País, que, ainda dentro do contexto ditatorial, experimentava a força da pressão popular de movimentos sociais e de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado por profissionais de saúde, em 1976. É o CEBES que vai apoiar a organização e direção, em nível nacional, do processo de divulgação, discussão e politização da proposta de reorganização do sistema de saúde, tendo como veículo a Revista Saúde em Debate, além de estabelecer uma relação com outros movimentos sociais e populares na defesa da saúde. Esse processo é reforçado em 1979, quando é organizada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que desempenha importante papel no debate e organização acadêmica, na defesa pela construção do SUS.

O Movimento Sanitário Brasileiro emergiu no cenário nacional em 1979, representado pelo CEBES, através de pronunciamento na Câmara de Deputados, por ocasião da realização do I Simpósio de Saúde, resultando no documento “Democracia e Saúde”. Sua influência alimentou um campo de elaboração técnico-político do projeto de reforma do setor saúde brasileiro,

seja nos movimentos sociais, nas experiências locais, nas lides acadêmicas e depois crescentemente nos espaços de governo, um conjunto amplo de pessoas e grupos tinham no Movimento ‘um ponto de aglutinação, um código que permitia o reconhecimento de um projeto comum’ em construção teórica e prática (CARVALHO, 1995, p. 49).

Esse processo na área da saúde desembocou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu cerca de cinco mil participantes, oriundos dos diversos segmentos sociais e políticos. Tal evento foi considerado inédito na história das políticas de saúde e das demais políticas públicas, no que diz respeito à convocação, pelo governo, da sociedade civil organizada para debater políticas ou programas governamentais, especialmente no tocante à sua formulação, até então restrita aos gestores e técnicos do setor.

No corpo de diretrizes propostas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, ganha relevo e nitidez a proposta de controle da sociedade civil organizada sobre o novo sistema de saúde proposto – o SUS – por meio da constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde e da formação de Conselhos de Saúde nos níveis local, municipal, regional e estadual, com a participação da população usuária¹⁰. Nesse sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde coloca em pauta de discussão a questão da democratização do Estado, responsável pelas suas políticas sociais, exigindo a necessária criação de espaços e de mecanismos de controle real de segmentos sociais e políticos sobre os processos de gestão das referidas políticas.

Nessa Conferência, precedida de um amplo processo de mobilizações e articulações com os demais segmentos da área e dos movimentos sociais em todo o país, foram definidas as principais diretrizes que seriam incorporadas ao texto constitucional, buscando a inserção da emenda popular sobre o SUS. Essa dinâmica consolidou, a partir de 1987, um processo de lutas e de enfrentamento aos interesses de grupos privados, refratários às mudanças e às diretrizes democratizantes, tendo como palco a mobilização em torno da Assembléia Nacional Constituinte.

A partir daí, instalou-se um amplo processo de mobilização e discussão nacional em torno da saúde, que conseguiu assegurar, no texto constitucional de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme reza no seu artigo 196: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Os anos 90 marcam a efetivação do arcabouço jurídico-institucional do SUS, visto que a Constituição de 1988, mesmo estabelecendo o direito à saúde e o dever do Estado em garanti-la e definindo o SUS como sua Política de Saúde, deixou ao encargo de legislação complementar seu detalhamento e regulamentação. No início da década, acirravam-se as disputas entre diversos grupos por espaço e posição na elaboração de sua legislação. Como exemplo desses embates, ressalta-se o veto do então presidente Fernando Collor de Melo a vários artigos da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, aprovada pelo Congresso Nacional, referentes

¹⁰ Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, pontos 24 e 25.

ao financiamento e à participação social, especialmente no seu art. 11, que tratava, exatamente, da participação da comunidade através da Conferência e do Conselho de Saúde.

Ainda no mesmo ano, em 28 de dezembro, foi promulgada a Lei Complementar nº 8.142, que repunha esses dispositivos e os integrava às bases legais do SUS, afirmando sua gestão de caráter democrático, efetivada através de suas instâncias colegiadas, concebendo assim os Conselhos de Saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (art. 1º, §2º).

Cabe destacar que, no interstício entre as duas leis aqui referidas, a assinatura do Decreto nº 99.438, em agosto, que anula as disposições legais do antigo Conselho Nacional de Saúde, contemplou o que viria a ser o princípio da paridade e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, órgãos colegiados de deliberação da Política de Saúde. Em meio às tensões e dificuldades geradas nas disputas de interesses em torno da Lei Orgânica da Saúde, os conselheiros nacionais de saúde só puderam ser nomeados em março de 1991.

A edição da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde (NOB-SUS 01/91)¹¹ funcionou como fator de indução para a implantação dos Conselhos Municipais de Saúde, determinando o cumprimento das seis exigências previstas no art. 4º da Lei nº 8.142 /1990, entre elas, a que se refere à existência comprovada do Conselho Municipal de Saúde, como condição indispensável para as transferências financeiras federais aos Estados e Municípios. Nesse ano foram cadastrados cerca de 65% do conjunto dos Conselhos Municipais de Saúde constituídos até 1991.

Já os Conselhos Estaduais foram implantados no ano de 1993, atendendo à determinação da NOB-SUS 01/1993¹², ocasião em que os Estados tiveram de

¹¹ Implementada pela Resolução do INAMPS nº 258, de 7/1/1991, com o objetivo de promover o processo de descentralização e reforçar o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos.

¹² Instituída pela Portaria nº 545 GM/MS, de 20/5/1993, com o propósito de sistematizar o processo de descentralização da gestão e dos serviços e ações de saúde. E, ainda, estabelecer as Comissões

comprovar a existência de Conselho e Fundo de Saúde para que fossem credenciados às transferências e reajustes de recursos financeiros do SUS. O ano de 1993 marca o início do funcionamento da totalidade dos Conselhos Estaduais de Saúde. Sem dúvida, torna-se claro o peso da indução legal na constituição dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde no Brasil. Sua implantação expressou um processo político e social complexo, por vezes tenso, num campo de interesses que se distancia do mero cumprimento dos dispositivos legais, e vincula-se muito mais às lutas populares por melhores condições de saúde e de vida. Cabe ainda considerar que os Conselhos saíram da agenda do Movimento Sanitário articulado aos movimentos sociais e populares e passaram a integrar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde em todas as suas esferas e níveis de governo.

Ainda em relação à edição da NOB-SUS 01/1993, cabe destacar a busca da garantia da articulação entre os gestores nos diferentes níveis do sistema, através da criação de dois colegiados de negociação e de pactuação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Ribeiro (1997, p. 13) concebe as Comissões Intergestores como arranjos de institucionalização de conflitos que modificaram o arcabouço burocrático do SUS, em virtude da relativa autonomia em sua dinâmica de pactuação intragovernamental, indicando dois fatores que contribuíram em seu desenvolvimento. O primeiro diz respeito à existência de uma articulação estável entre técnicos dos três níveis da gestão do SUS, por meio da Comissão Intergestores Tripartite. O segundo refere-se à redução de conflitos comumente presentes na relação entre gestores estaduais e municipais, por meio das pactuações efetivadas nas Comissões Intergestores Bipartite, indicando um *“deslocamento de competências anteriormente concentradas nas secretarias estaduais de saúde, que passaram a ser divididas com as secretarias municipais, ampliando o leque de consultas”*.

Com a edição da NOB-SUS 01/1996¹³, as Comissões Intergestores foram reafirmadas como instâncias colegiadas de negociação e de decisão nos aspectos operacionais do SUS, submetidas ao poder deliberativo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde, buscando normatizar, desse modo, as suas relações com os referidos Conselhos, destacando que *“as matérias de competência dos conselhos de saúde, definidas pela força da Lei orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos conselhos, serão submetidas previamente a estes para aprovação”* (NOB-SUS/1996). As Comissões Intergestores tiveram como seu grande desafio desenvolver sua atuação em sintonia com os Conselhos de Saúde, na medida em que o dinamismo de seu funcionamento gerou conflitos no tocante à competência de cada instância na direção da Política de Saúde, que *“têm apresentado uma dinâmica decisória caracterizada menos por uma subordinação formal aos conselhos de saúde e mais por um forte tensionamento da política pela especialização técnica adquirida por seus componentes”* (RIBEIRO, 1997, p. 12).

Nesse sentido, cabe destacar o *lócus* de definição da Política de Saúde, que é o Conselho de Saúde, sendo as demais instâncias submetidas à sua aprovação. O que está em disputa é a direção da Política de Saúde, ou seja, a disputa por hegemonia dentro do SUS. Ao Conselho de Saúde compete lutar para que não ocorra um deslocamento desse *lócus* político de decisão, esvaziando o conteúdo e os propósitos preconizados nas bases legais do SUS e constituídos historicamente pelo Movimento da Reforma Sanitária e pelos movimentos da sociedade brasileira. Reafirmar o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde não é uma mera retórica; é a afirmação da garantia de assento de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores nessa instância e a garantia de que as questões centrais que dão corpo e fundamento à Política de Saúde componham sua agenda de discussão. Importa reafirmar que o fluxo decisório e operacional estabelecido na norma legal define para as Conferências de Saúde a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas. Os Conselhos de Saúde detêm a prerrogativa de formular estratégias e controlar a execução das políticas, e compete às instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde) a implementação das políticas e homologação das deliberações dos conselhos.

¹³ Instituída pela Portaria nº 1.742 GM/MS, de 30/08/1996, com o objetivo de promover e consolidar o processo de municipalização na gestão da Política de Saúde.

Em relação à importância dos conselhos, Carvalho (1995, p. 107) entende que, na área da saúde, *“o advento dos conselhos guarda estreita vinculação, genética e orgânica, com o processo reformador do setor saúde brasileiro, que lhe destina um papel proeminente em sua imagem-objetivo de democracia em saúde”*. Desse modo, o autor concebe os Conselhos de Saúde como espaços de participação social na formulação de políticas, estabelecendo uma interlocução entre Estado e sociedade na capacidade de não só deliberar, mas de ampliar, no âmbito da esfera estatal, seu acesso a recursos concretos de poder, podendo colidir *“com a cultura institucional tradicional, particularmente sendo avessa às formas privativas de acesso ao poder características dos grupos dominantes”* (Ibidem, p. 111). Assim, os Conselhos são considerados, em sua relação com a democratização do Estado brasileiro, um campo de interlocução e disputa de interesses dos diversos segmentos que se fazem representar no seu interior.

Nessa direção, os conselhos de saúde podem se constituir em importantes espaços de discussão dos conflitos, possibilitando a explicitação de interesses daqueles que representam o poder público, os trabalhadores de saúde, os prestadores de serviços e os usuários do sistema. Sua existência nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal) vem respaldada por sua função deliberativa de formular diretrizes, de fiscalizar e de acompanhar a execução da Política de Saúde, desde o nível local. Constituem instâncias privilegiadas de decisão do setor que propiciam a discussão de demandas, reivindicações e propostas daqueles que têm responsabilidade para com a saúde. Podem, ainda, tornar-se veículos de informação e formação de consciência sanitária e política extremamente importantes para a construção da democracia no País.

Os Conselhos de Saúde, de natureza paritária e deliberativa, emergem como construtos institucionais que se opõem à histórica tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro e indicam a possibilidade de desenhar uma nova institucionalidade nas ações públicas, envolvendo distintos sujeitos sociais e políticos. De sua dinâmica de funcionamento emergem elementos constitutivos de uma administração pública democrática, instituindo desse modo uma nova forma de gestão da coisa pública, baseada na transparência administrativa, na descentralização das decisões e na aproximação entre gestor, trabalhador de saúde e população usuária, por meio de suas representações.

Essa forma de gestão poderá contribuir para uma mudança na cultura política tradicional, caracterizada pelo clientelismo¹⁴ e pelo distanciamento da população, em que prevalece a visão de “favor” e não de direitos. Na gestão da Política de Saúde, especificamente, os Conselhos podem cumprir papel fundamental na tomada de decisões, na definição de prioridades e no controle da execução das ações de saúde, assim como na fiscalização dos recursos financeiros ali alocados. Nesse sentido, a participação da sociedade civil, através de suas representações, exerce importante papel na definição de prioridades advindas de suas demandas, a serem inscritas na agenda pública da Política de Saúde.

O processo de gestão do SUS tende a apontar para a afirmação do Conselho de Saúde como instância de decisão, de poder na formulação, controle e acompanhamento de sua Política, no qual tomam parte diferentes representações sociais e, por outro lado, é capaz de conferir visibilidade aos grupos sociais tradicionalmente excluídos do exercício decisório e do usufruto dos bens socialmente produzidos em nossa sociedade. Nesse espaço contraditório, o Conselho converte-se num *lócus* do fazer político, podendo alargar a intervenção da sociedade na gestão da coisa pública, em direção a um novo formato capaz de questionar a tradição elitista do fazer político no âmbito da sociedade política, e afirmar o aprofundamento de práticas democráticas no exercício do poder. Tal perspectiva contrapõe-se à visão de Conselho como mero espaço de pactuação entre sociedade civil e governo, devendo ser entendido como um espaço de tensão entre diversos interesses em disputa.

Durante a década de 90, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou uma série de resoluções com fundamental importância para o efetivo controle social da Política de Saúde, através das quais buscava orientar os Conselhos de Saúde de todo o Brasil em sua organização, estruturação, dinâmica de funcionamento e no desempenho de suas atribuições. Dentre elas destaca-se a Resolução nº 33, de 12/11/1992, quando o Ministro da Saúde era Jamil Haddad, intitulada de “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e

¹⁴ Entendido como um tipo de relação política entre a pessoa que protege (patrão) e aquela que é protegida (cliente) em troca de apoio, gerando uma submissão pessoal. No clientelismo a “ajuda” é oferecida à base de recursos públicos, como cargos, financiamentos, autorizações etc., em troca de legitimação e de reconhecimento. Segundo Bobbio (1995, p.178), o clientelismo tem por resultado *“uma rede de fidelidades pessoais que passa, quer pelo uso pessoal por parte da classe política, dos recursos estatais, quer partindo destes, em termos mais mediatos, pela apropriação de recursos ‘civis’ autônomos”*.

Municipais de Saúde”, que trazia a preocupação de acelerar e consolidar o processo de controle social por meio de seu funcionamento em todas as regiões do País. A Resolução do CNS nº 33/1992 propunha, entre outros pontos, a eleição do presidente, em sessão plenária e entre seus membros, a estruturação de uma Secretaria Executiva subordinada ao seu Plenário e a legalidade na criação dos conselhos de saúde por meio de leis estaduais e municipais.

Durante a década de 90, a Resolução nº 33/1992 foi considerada pelos conselheiros de saúde como um importante instrumento de orientação e respaldo para sua atuação. No decorrer dos anos, a partir do exercício do controle social nos conselhos de saúde, constatou-se a necessidade de uma reformulação. Para tanto, desencadeou-se um processo de discussão nos diferentes fóruns de participação social. Nesse sentido, destacaram-se as Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 1996 – X Conferência Nacional de Saúde (X CNS) – e em 2000 – XI Conferência Nacional de Saúde (XI CNS) –, que deliberaram sobre a reformulação da Resolução nº 33/92 do CNS, como resultado de um processo de discussão e proposições advindas dos Conselhos de Saúde em todo o país¹⁵. A XI CNS deliberou, ainda, sobre a convocação da X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que foi realizada em novembro de 2001, com a finalidade de atualizar a referida resolução, contando com a participação de 755 delegados, advindos dos Estados brasileiros¹⁶. Esse fórum promoveu um debate fundamentado na experiência acumulada pelos conselhos de saúde na aplicação prática da resolução, especialmente nos aspectos concernentes à observação do princípio da paridade em relação aos usuários, na composição dos conselhos.

Como fruto de todo esse processo de discussão e de esforço coletivo para aperfeiçoar um instrumento essencial para a atuação dos conselhos de saúde, foi publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Resolução nº 333, de 4/11/2003, denominada “Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”, com o objetivo de aperfeiçoar o exercício do controle social da Política de Saúde em consonância com as novas exigências colocadas pela realidade, em decorrência da experiência acumulada na década de 90 pelos conselhos de saúde. O texto da Resolução do CNS nº 333/2003 reafirmou o princípio da autonomia em relação aos governos, a dotação orçamentária

¹⁵ Cf. http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/controle/conf_nac.html. Acesso em 16/10/2007.

¹⁶ Cf. <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em 16/10/2007.

gerenciada pelo conselho de saúde, a criação de uma Secretaria Executiva subordinada ao seu Plenário e uma estrutura administrativa que viabilizasse o trabalho. Como inovação, expressa uma clara opção por formas democratizantes de estruturação interna dos conselhos de saúde, permitindo uma funcionalidade pactuada na distribuição de atribuições entre servidores e conselheiros, *“fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento”* (cf. Resolução CNS, nº 333/2003, 4ª Diretriz).

No ano de 2005, o Conselho Nacional de Saúde edita uma 2ª reimpressão, com uma tiragem de 20.000 exemplares distribuídos entre os conselheiros de saúde, socializando esse importante instrumento em sua luta pelo efetivo controle social da Política de Saúde em Estados e Municípios. Pode-se afirmar que sua utilização pelos conselheiros de saúde durante as reuniões de seus Conselhos, como subsídio na argumentação e defesa de propostas, expressa a tomada de consciência de seu importante papel nos destinos da saúde e do SUS neste País.

Entende-se que, atualmente, as possibilidades postas pelo SUS e sua gestão colegiada e descentralizada são resultantes tanto do processo de luta de diversos sujeitos sociais, como é o caso do Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária, movimentos sociais – popular e sindical –, partidos políticos, quanto do amadurecimento de suas estratégias de ação, no sentido não só do direito de acesso aos serviços de saúde, mas da função de partícipe na gestão de sua Política, nos seus diferentes níveis. Entretanto, não basta a institucionalização dos Conselhos como possibilidade de uma interlocução democrática entre Estado e sociedade, visto que diversos fatores interferem na concretização dessa possibilidade. As investigações para aprofundamento da temática são colocadas como uma necessidade real para maior conhecimento desses espaços e para o estabelecimento de novas estratégias de ação política.

Cabe considerar, ainda, o contexto do avanço das teses neoliberais no cenário nacional, especialmente no redirecionamento do papel do Estado incidindo sobre a redução dos direitos sociais e trabalhistas, precarização do trabalho, desemprego estrutural, sucateamento das políticas públicas, que fragilizam os espaços de representação coletiva e controle sobre o Estado. Por conseguinte, a implementação dos Conselhos de Saúde no Brasil, na década de 90, ocorre nesse

contexto adverso às conquistas democráticas constitucionais. A redução dos investimentos sociais públicos demonstra um progressivo encolhimento das políticas públicas, indicando a redução da responsabilidade do Estado na proteção social e na regulação do processo produtivo em que o mercado é visto como instância privilegiada de regulação da vida social¹⁷.

2.3. Os conselhos enquanto mecanismo de participação

Mesmo considerando essa conjuntura, a institucionalização dos conselhos reflete o reconhecimento, pelo Estado, do direito de intervenção da sociedade civil na definição e gestão de suas políticas. Historicamente, a institucionalização dos conselhos pode ser entendida como resultante de interesses contraditórios que se expressam em sua vinculação a dois projetos antagônicos de se pensar a participação da sociedade civil nos processos de decisão na gestão das Políticas Públicas. Segundo Abreu (1999, p. 64), esses projetos podem estar vinculados *“às iniciativas da classe trabalhadora referentes à democratização e universalização das políticas públicas; e, aos objetivos neoliberais de descentralização e partilha do poder integrados às estratégias de desregulamentação do papel do Estado na economia e na sociedade”*.

Abreu (1999) destaca os Conselhos como um *“possível conduto de participação política da classe trabalhadora”*, enquanto um desafio a ser enfrentado na construção de pautas de discussão que incluam formas concretas de controle social sobre a coisa pública, dando-se destaque à utilização do fundo público. Mesmo considerado como um espaço contraditório, resultante da capacidade de seus diferentes sujeitos coletivos políticos, na representação dos interesses do campo das Políticas Públicas, a autora enfatiza a necessidade de construção dos conselhos como

¹⁷ Sobre o assunto, consulte: SIMIONATTO (1999, 2001, 2002), MOTA (2000), BEHRING (2003).

mecanismos de reconhecimento público de sujeitos coletivos autônomos, de necessidades e conflitos sociais, tendo em vista a socialização e universalização das respostas, bem como de formulação de novos princípios éticos para a gestão e controle dos recursos públicos, para além da institucionalidade estatal burguesa (ABREU, 1999, p. 72)

Por outro lado, ao se constituírem em espaços públicos de participação e poder de decisão sobre questões relativas a toda a sociedade, os conselhos setoriais tornaram-se um importante instrumento de atuação dos movimentos sociais. As demandas inscritas na agenda pública de prioridades passaram a depender da correlação de forças não apenas no âmbito do Conselho, mas na estrutura de poder, de acordo com a organização e mobilização da sociedade para acompanhar, avaliar e dar suporte às ações. Esses espaços públicos de participação vão depender, também, do desenvolvimento da capacidade propositiva de seus membros para transformar suas demandas em alternativas de políticas para a sociedade.

Teixeira (1996, p.15), ao refletir sobre as limitações e riscos da participação dos movimentos sociais nesses espaços, indica dois procedimentos já utilizados para evitá-los: *“o primeiro é a combinação da atuação institucional nesses espaços com ações coletivas de pressão e mobilização”*, ou seja, sua representação precisa ter ancoragem na organização e na mobilização social, e *“o outro procedimento seria uma certa cautela para evitar o envolvimento na ‘febre conselhistas’, pelo desejo de ocupar todos os espaços”*, podendo levar à reprodução de práticas clientelistas e burocráticas. Assim, os conselhos não podem ser considerados como únicos condutos de participação da sociedade, mas uma das alternativas que os movimentos sociais conseguiram conquistar, dentre outras modalidades de organização e mediação política.

Deste modo, os Conselhos permitem a explicitação de políticas e a realização de alianças em torno de interesses comuns, através de processos que se antagonizam e se complementam, com a finalidade de instituir direitos sociais. No entanto, sua multiplicação e pulverização podem dificultar a articulação de propostas e ações, no sentido de assumir uma perspectiva de totalidade da política social, diante da fragmentação das demandas sociais e da definição de estratégias em cada setor da referida Política. Nesse sentido, coloca-se o desafio gramsciano da

necessária formação de uma vontade coletiva, que supere as vontades particulares, na perspectiva da construção de um projeto de afirmação da saúde como direito universal, ainda que nos limites da ordem burguesa. Os conselhos podem se constituir em espaços formativos capazes de produzir as condições necessárias à disputa por hegemonia na formulação e controle social da Política de Saúde e das demais políticas públicas.

Sob diferentes ângulos, é possível reconhecer a importância desses espaços de interlocução e articulação entre diferentes sujeitos sociais na gestão pública. Por conseguinte, poder-se-ia supor que, nessa forma de pensar a gestão pública, estaria se desenvolvendo um progressivo processo de socialização da esfera estatal, através de uma nova relação entre Estado e Sociedade que *“se abre a espaços de representação, interlocução e negociação, deslocando critérios até então muito excludentes de legitimidade, reconhecendo como interlocutores muitos dos que antes só encontravam lugar entre a repressão e a indiferença política”* (TELLES, 1994, p. 48), como é o caso dos movimentos sociais, organismos de representação de interesses e outros.

O reconhecimento da legitimidade daqueles interlocutores por parte do Estado, assim como a criação de canais facilitadores de interlocução, estabelece uma mediação entre as duas esferas, efetivada através de seus representantes, em torno da defesa e negociação de seus interesses. Isso permite *“tornar a gestão da coisa pública permeável às demandas, aspirações e temas emergentes na sociedade civil, retirando do Estado o monopólio na definição de uma agenda de prioridades e problemas pertinentes à vida em sociedade”* (TELLES, 1994, p.50). Dessa forma, a presença interventiva da sociedade no interior dos espaços públicos criados pelo Estado apresenta a possibilidade de publicização dos conflitos nas práticas de negociação, visto que passam a traduzir a diversidade e a complexidade do tecido social, não podendo, portanto, prescindir de uma visão plural, descentralizada e, até mesmo, antagônica das várias representações de interesse público.

De acordo com Vargas (2006), é necessário fazer distinção entre o que é o poder do conselho – deliberações sobre certas questões da política de saúde – e o poder no conselho, que diz respeito às correlações de forças internas entre seus segmentos, na disputa de interesses. No que se refere ao poder do conselho,

Vargas (2000) considera que esse poder, no contexto da política, não se aproxima do ideal normativo de espaço colegiado de decisão da política de saúde, em todos os seus aspectos. Vale ressaltar que uma parte das decisões concernentes ao setor saúde extrapola o espaço dos conselhos. Isso ocorre, também, em função da própria dinâmica da gestão pública, em face do atendimento a demandas urgentes. Nesse sentido, entende que o processo de decisão da política de saúde brasileira não poderia estar concentrado em um único lugar, pois *“os atores circulam em outros espaços, os processos de decisão ocorrem em outros locais que não unicamente ali e nem necessariamente ocorrerão”* (VARGAS, 2000, p. 7). Assim, importa analisar o conteúdo e o significado político das temáticas e proposições, que estão sendo discutidas e decididas nos conselhos, na perspectiva da direção da Política de Saúde.

Em relação a essa questão, Francisco Batista Júnior (2007, p.13), trabalhador de saúde e presidente do Conselho Nacional de Saúde, afirma que, apesar de contar com uma legislação que atribui amplos poderes aos conselhos de saúde, na prática existe uma distância enorme entre o que se encontra legalizado e a sua efetivação no dia-a-dia, defendendo *“um endurecimento do cumprimento da legislação. A avaliação que eu tenho é que chega, o que tinha para ser discutido politicamente já teve tempo suficiente, a partir de agora a legislação do controle social tem que ser cumprida”*.

Quanto ao poder no conselho, observa que nos conselhos de cidades com menor poder de organização da sociedade civil e com vida política mais frágil, as assimetrias de poder aparecem principalmente através do controle que o gestor exerce sobre os demais atores do conselho e sobre a dinâmica de funcionamento do fórum. Já nos conselhos mais autônomos, embora exista uma forte influência de algumas representações, esses poucos conselheiros têm uma enorme influência no funcionamento do conselho. As assimetrias de poder que estão na sociedade, no modo de funcionamento da política no Brasil, penetram nos conselhos e interagem. Entretanto, avalia que, embora exista a disputa dentro de conselhos como o de saúde, por exemplo, nas questões de princípio relacionadas ao SUS, estes são importantes *“espaços de articulação, de informação, de reforço de posições do gestor ou de trancamento quando suas posições apareçam contrárias a esses princípios básicos que se compartilham naquele espaço”* (VARGAS, 2006, p.12).

Ainda que os conselhos de políticas tenham sua atuação nos limites da ordem capitalista, interferem na importante esfera da reprodução e dos direitos sociais. Importa extrair da experiência dos conselhos a necessária capacidade de articulação com outros segmentos, para além dos interesses corporativos, que identificam aquela luta como sua e se solidarizam com ela. Aprender, ainda, com a sua forma de organização orientada pelos princípios da representação legítima a construção de alternativas que promovam a participação nas decisões, superando o formalismo de estruturas que impedem iniciativas capazes de formar uma vontade coletiva na defesa de interesses públicos, fazendo com que o seu projeto seja assumido pela sociedade em geral.

Apesar de os conselhos e as conferências de saúde serem importantes fóruns de debate da Política de Saúde, onde se exerce a mediação de interesses em disputa na definição das prioridades na agenda pública do setor, nem sempre se constituem no principal espaço de tomada de decisão e de mediação de interesses setoriais, visto que muitos são negociados nos gabinetes dos gestores. Ainda assim, esses fóruns têm se apresentado como um espaço de articulação das forças sociais que defendem o Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, têm sido convertidos em lugar de apresentação das demandas de usuários e trabalhadores de saúde aos gestores públicos. Em face da sua importância, faz-se necessária uma ancoragem na mobilização popular, em que a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado seja a bandeira em torno da qual se articulem os setores subalternos com outras forças sociais favoráveis ao SUS, utilizando-se da força da mobilização e da pressão junto aos parlamentares, que são os responsáveis pela elaboração de leis e pela definição de recursos a serem destinados à Saúde.

Os conselhos podem, também, ser transformados em espaços organizativos, estimuladores de ações coletivas capazes de estabelecer uma contraposição às práticas políticas tradicionais, pautadas no clientelismo e no autoritarismo, ainda marcantes nas gestões públicas. A capacidade interventiva dos sujeitos coletivos na política de saúde não depende apenas da vontade política de gestores, trabalhadores e usuários, mas é condicionada, também, pela realidade objetiva. Quanto maior a capacidade organizativa das representações das forças sociais que defendem o SUS, mais poderão os conselhos atuar na perspectiva de fazer da saúde um direito de todos e um dever do Estado. Além disso, há um desafio fundamental para o fortalecimento do controle social da política de saúde, que é

“aproximar os conselhos aos milhões de usuários que procuram as unidades de saúde em todo o país e aos milhares de trabalhadores de saúde que aí prestam seus serviços” (VARGAS, 2000, p. 2).

Concebe-se que os conselhos de políticas públicas e, em particular, os conselhos de saúde configuram-se como campos de possibilidades de disputa por hegemonia na direção da Política de Saúde, ante interesses diversos e até divergentes. Os conselhos representam um espaço privilegiado de articulação das forças sociais que defendem o SUS e da publicização dos conflitos que se travam entre os diversos interesses presentes em seu interior.

O papel de direção que foi desempenhado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro nos anos 70 e 80 não tem encontrado na atual conjuntura uma mobilização de caráter nacional que possa assumir a “direção intelectual e moral” dos movimentos da sociedade, em defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado. Os movimentos sociais, hoje representados nos conselhos de saúde, organizam-se em torno de interesses corporativos, como é o caso dos movimentos de trabalhadores e de movimentos que lutam pela manutenção de sua existência. Nesse aspecto, constata-se a ausência de direção política capaz de aglutinar as forças sociais em torno de um projeto de saúde que seja assumido pela sociedade que representam.

Por outro lado, por mais que se tenha avançado na prática do controle social da política de saúde, especialmente por meio de seus conselhos, ainda é frágil a relação destes com a sociedade em geral. As discussões travadas em seu interior pouco têm repercutido nas bases representadas por seus conselheiros, fazendo-se necessário o fortalecimento dos vínculos orgânicos dos conselheiros com os movimentos que representam, para que possam, de fato, ser porta-vozes das demandas e das necessidades apresentadas pela sociedade. Segundo Vargas (2000, p. 35), apesar de mais de uma década de sua institucionalização, os conselhos têm como um dos principais desafios identificados na sua prática na área da saúde o de aproximá-los aos milhões de usuários e de trabalhadores de saúde.

Os conselhos de saúde se confrontam com o peso de uma cultura política conservadora e centralizadora, que ainda persiste nas administrações públicas brasileiras. Mesmo que se tenha avançado na elaboração de leis capazes de respaldar o controle social sobre as políticas públicas, a inovação representada pela instituição dos conselhos, pós-88, encontra resistências por parte das elites, que, ao

assumirem a gestão das políticas públicas, menosprezam a capacidade interventiva dos movimentos populares representados nos conselhos. Diante disso, cabe entender o significado dos conselhos de saúde enquanto mecanismos de controle social da Política de Saúde e analisar se esses mecanismos se configuram como campos de construção de novas hegemonias em disputa na área da saúde.

CAPÍTULO 3: O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E EM ALAGOAS – PERÍODO 1999 A 2006

3.1. Fernando Henrique Cardoso (FHC): a saúde no seu segundo mandato

O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) desencadeou um processo de reforma estatal a partir de 1995, instituindo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, coordenado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), tendo à frente o ministro Bresser Pereira como seu principal ideólogo. A reforma buscou desenvolver um desenho institucional do aparelho estatal organizado em quatro setores diferenciados: o núcleo estratégico, integrado pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; as atividades consideradas exclusivas do Estado, incluindo aí a regulação, a segurança, e a arrecadação de impostos; os serviços sociais, não exclusivos do Estado, que poderiam contar com a cooperação de organizações públicas não estatais; e a produção de bens e serviços voltados para o mercado.

A edição da Emenda Constitucional nº 19, no ano de 1998, promoveu a flexibilização da administração pública, especialmente dos contratos de trabalho do setor público. Tem-se aí uma série de mudanças, tais como: o fim do regime jurídico único; da isonomia salarial; a quebra do direito à estabilidade dos servidores; a diferenciação dos concursos públicos, de acordo com a natureza dos cargos; e a inclusão de dispositivo que permitia a utilização do instrumento de contrato de gestão na administração pública.

Costa (2000, p. 15) considera que a reforma do Estado para o setor saúde não se desenvolveu como uma *“estratégia de implementação de reforma abrangente e sistêmica”*, em face dos limites impostos pelos arranjos institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para esse estudioso, além dos impactos decorrentes da implantação de um modelo – agência para regulação de planos e seguros de saúde –, a reforma no setor vem sendo desenvolvida através de *“mecanismos de difusão de novos padrões de prática administrativa na comunidade técnica dos gestores de*

organização pública e programas de saúde” (COSTA, 2000, p. 15). Tais mecanismos assemelham-se aos padrões de produtividade adotados na administração empresarial privada. Esse processo de inovação administrativa teria, nas elites técnicas e na burocracia executiva, os seus principais agentes disseminadores de estratégias de flexibilização que diminuem os custos do setor saúde.

Mesmo em face dos limites impostos pelos arranjos institucionais do SUS, o processo de flexibilização no setor saúde, com foco na redução dos custos da gestão pública, criou formas de administração alternativas ao direito público. Como exemplos, destacam-se as fundações de apoio, constituídas por entidades privadas conveniadas ao SUS; as cooperativas de profissionais médicos, enquanto arranjos institucionais que também vendem serviços ao SUS; e as organizações sociais (O.S.), concebidas como entes públicos não estatais. Tais processos comprometem a qualidade dos serviços, a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde e desresponsabilizam o poder público na garantia do direito à saúde.

Nesse período (1998), assume o Ministério da Saúde o economista José Serra, terceiro ministro do primeiro mandato de FHC, que permaneceu até 2002, quando se candidatou à Presidência da República, sendo derrotado por Lula. A ele coube a tarefa de ajustar a Política de Saúde às exigências do Plano Diretor da Reforma do Estado. Nesse momento, o enfoque recaiu sobre a descentralização do sistema de saúde através da sua municipalização, consubstanciada na Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/1996), voltada para o fortalecimento do município no atendimento básico à população e à transferência do credenciamento, controle e pagamento dos serviços prestados pelos hospitais e ambulatórios especializados para os municípios.

Bravo (2001, p. 208) identifica como um dos principais impactos da reforma do Estado na área da saúde a possibilidade de cisão do Sistema Único de Saúde (SUS) em dois subsistemas: um dirigido à atenção básica, sob a responsabilidade do Estado, e, mais especificamente, dos governos municipais, que seria a porta de entrada no sistema, através do Programa Saúde da Família e de suas unidades básicas, com seus programas focais dirigidos a públicos e demandas determinadas, ferindo o princípio da universalidade. O outro subsistema seria composto por um nível maior de complexidade e de especialização nos serviços de saúde, que integrariam a rede ambulatorial e hospitais credenciados.

Em seu programa de 1998, FHC apresenta a visão de um papel muito mais fiscalizador do que executor do governo federal na área da saúde, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁸ e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁹, assim como da regulamentação dos planos de saúde, estabelecendo parâmetros para atuação dos agentes privados, o que representou uma ampliação da esfera pública para o mercado. Representaria, ainda, um novo desenho institucional, em que os agentes econômicos privados seriam regulados. Assim, o cidadão passou da esfera do direito à do consumo, ou seja, para ter acesso aos serviços sociais ele precisa pagar.

Outro aspecto fundamental refere-se à destinação dos recursos, como e em que são aplicados, tendo-se como orientação os princípios do SUS, como o da universalidade do acesso, a integralidade da atenção e o controle social. Basta verificar o pronunciamento do então presidente FHC, diante do Conselho Nacional de Saúde, em sua 62ª Reunião Ordinária, em 5 de fevereiro de 1997, ao fim de seu primeiro mandato, quando ele afirma claramente a necessária convivência de dois subsistemas no SUS: para os que podem pagar e para os necessitados, os indigentes:

(...) no meu modo de entender, é prioritária a reconstituição de um sistema público de saúde, dos hospitais universitários, dos hospitais públicos e das Santas Casas, em que há tanta dificuldade muitas vezes, para que nós possamos efetivamente ter uma estrutura que garanta o atendimento àqueles que não têm recursos. Os que têm recursos crescentemente usarão outros mecanismos existentes em todas as sociedades e que deverão, por conseqüência, diminuir o peso sobre o SUS. (...) Eu acho que os que dispõem de recursos não têm por que apelar para a gratuidade da saúde, se eles têm condições de pagar um seguro (Apud BARROS, 2004, p. 161).

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 13/9/2000, representou garantia legal da vinculação de recursos financeiros para o SUS, através da participação, no financiamento da saúde, das três esferas de gestão: União, Estados e Municípios. A EC 29/2000 foi fruto de um processo de lutas iniciado em 1993, pelos deputados Eduardo Jorge (PT) e Waldir Pires (PMDB), que apresentaram uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169) como garantia constitucional da vinculação de receitas orçamentárias para a saúde, estabelecendo

¹⁸ Com a atribuição de normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de saúde suplementar.

¹⁹ Com a atribuição de coordenar e implementar a Política Nacional de Vigilância Sanitária; monitorar preços e autorizar a produção, a concessão e a proibição de produtos.

que a contribuição da União não deveria ser inferior a 30%. Seguiram-se novas propostas até chegar à versão final da EC 29/2000, criticada por alguns como uma versão completamente diferente da original, “com uma diminuição significativa dos recursos federais a serem destinados ao SUS previstos originalmente na PEC 169” (FILHO, 2004, p.116). De qualquer forma, a Emenda aprovada determina a participação orçamentária mínima obrigatória da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal no financiamento de ações e serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a sua aprovação assegurou o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo, vinculando recursos para a saúde²⁰.

Um dos principais problemas relativos à Emenda, já em 2002, refere-se à inclusão de gastos não permitidos, que, segundo o Ministério da Saúde, dizem respeito à inclusão de inativos, à questão de saneamento, a programas de assistência social, e de despesas, com “clientela fechada”, como é o caso dos hospitais que atendem servidores. Outro problema refere-se à incorreta aplicação dos recursos financeiros para a saúde, pois, segundo dados do Ministério da Saúde, nos três primeiros anos de vigência da EC nº 29/2000, cerca de R\$ 3,4 bilhões deixaram de ser aplicados.

Estudos relativos à gestão de FHC e de suas repercussões na Política de Saúde, especialmente em Barros (2004), Viana (2004) e Correia (2005), ressaltam que a questão mais grave refere-se ao financiamento do sistema para assegurar o direito universal e integral à saúde. Nesse sentido, Correia (2005) destaca a influência dos organismos financeiros internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), nas políticas sociais, em especial da saúde, em que o BM preconiza um modelo assistencial centrado na atenção básica.

²⁰ De acordo com o art. 77 das disposições transitórias, “até o exercício de 2004 que os recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I – no caso da União: a) no ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; b) do ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea h e § 3º”.

Esse modelo encontra no Conselho Nacional de Saúde (CNS) uma contraposição no que se refere ao caráter universal da saúde, posicionando-se favoravelmente à ampliação da atenção básica, porém sem perder de vista a perspectiva da integralidade.

Segundo Correia (2005, p.205), no período FHC o Conselho Nacional de Saúde (CNS) converteu-se em um campo de resistência aos avanços neoliberais na condução da política de saúde, e, portanto, de defesa do SUS, ou seja, *“as deliberações do CNS apontaram para a defesa do SUS e de seus princípios, e foram contrárias à direção das recomendações do Banco Mundial de ‘desuniversalização’, privatização e mercantilização da saúde”*. Entretanto, considera que o CNS não conseguiu influenciar na conformação de um modelo de assistência à saúde, desenvolvido sob orientações do Banco Mundial, e tampouco teve peso na destinação de recursos financeiros ao setor saúde. Porém, entende que sua atuação conseguiu dar um freio à implementação de outras recomendações que comprometeriam o acesso universal aos serviços de saúde, através de iniciativas que levassem à privatização do setor.

Viana (2004, p.193) observa que, nos anos 90, a sociedade brasileira atravessou uma crise intrinsecamente relacionada a uma crise mundial, que incidiu sobre a *“retração financeira dos gastos com a área social, através da reforma do aparelho administrativo do Estado; segmentação dos serviços sociais; focalização das ações para grupos mais vulneráveis; desvalorização dos servidores públicos; privatizações de empresas estatais lucrativas”*. Em seu estudo, confirma a redução da universalidade do direito à saúde na gestão de FHC, no período definido entre 1995 e 2002, em que a característica principal de seu “projeto de contra-reforma” do setor foram as políticas de inclusão para os mais vulneráveis. Dessa forma, a gestão de saúde no governo de FHC nega e reafirma, ao mesmo tempo, a idéia de universalização como princípio básico do SUS, ou seja, *“nega para responder ao ajuste macroeconômico neoliberal e reafirma através da defesa do princípio básico do SUS – saúde direito de todos e dever do Estado, em seus discursos oficiais e metas de governo”* (Ibidem, p.196).

Viana (2004) avalia que o setor saúde, ao incorporar as diretrizes propostas pelo Banco Mundial em relação ao seu modelo de assistência à saúde e de gestão, promoveu *“um avanço em termos de estratégia de contra-reforma incidindo sobre os gastos, ampliação de programas e sobre a cobertura”* (p. 198). Por outro lado,

mesmo que o princípio da universalidade não houvesse sido retirado da Constituição Federal nesse período, esse direito foi reduzido a mera retórica.

Os estudos em questão apresentam concordância no entendimento de que, no período do governo de FHC, o princípio da universalidade sofreu uma forte ofensiva dos organismos financeiros internacionais, que orientaram para a definição de políticas focalistas, direcionadas aos segmentos vulneráveis, reduzindo o direito ao acesso universal à saúde. Viana (2004) tem uma análise voltada para a gestão de FHC que comprova sua completa adesão ao que denominou de 'projeto de contra-reforma' do setor saúde, que incidiu principalmente sobre gastos e capacidade de cobertura. Entretanto, Correia (2005) destaca o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como um fator determinante do freio à implementação de novas recomendações dos organismos internacionais que pudessem colocar em risco o direito universal à saúde. Por outro lado, reconhece que o CNS não conseguiu influenciar na elaboração de um modelo de assistência à saúde dirigida a todos e não, somente, para os segmentos vulneráveis da população.

Segundo Barros (2004, p. 182), outras questões mereceriam destaque em seu aspecto limitador do desenvolvimento da política de saúde no período do governo de FHC, quais sejam: o freqüente contingenciamento de recursos orçamentários, que comprometeu a execução de programas pela rede pública; o veto a dispositivos da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que assegurariam os valores destinados à saúde; as tentativas de desqualificar o Conselho Nacional de Saúde como instância decisória, submetendo-o seguidamente a situações de fato em que decisões, no âmbito de sua competência, foram tomadas pelo Executivo e conhecidas pelos conselheiros através da imprensa (como ocorreu com a remessa ao Congresso Nacional do projeto de lei regulamentando a operação dos Planos e Seguros de Saúde).

Com relação às Conferências de Saúde, no segundo mandato de FHC houve a realização da XI Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000, que contou com a participação de 2.500 delegados. Seu temário central: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social", foi definido, depois de acirradas polêmicas, dentro do Conselho Nacional de Saúde, onde a representação da CUT defendia o tema do controle social. Esta Conferência buscou realizar uma avaliação do desenvolvimento do SUS e do controle social e

reconheceu que o seu avanço foi limitado pelas determinações sociais, políticas e econômicas de uma sociedade desigual. Seu relatório reafirmou as conferências e os conselhos de saúde como instâncias de fortalecimento do controle social, além da necessária articulação com o Ministério Público, como uma instância capaz de garantir o cumprimento das deliberações do CNS. Além da XI Conferência Nacional de Saúde, foram realizadas mais três conferências nacionais específicas na área da saúde, no ano de 2001: Saúde Indígena, em maio; Vigilância Sanitária, em novembro; e Saúde Mental, em dezembro.

3.2. Luís Inácio Lula da Silva: 2003-2006: saúde em disputa

3.2.1. Plano Plurianual 2004-2007: o projeto de governo de Lula

Lula assume a presidência do Brasil sob forte apoio popular, que foi demonstrado não só pela vitória eleitoral nas urnas, como também pela disposição de segmentos da sociedade, especialmente, de ONGs, de movimentos sociais populares e sindicais que se envolveram na construção do Plano Plurianual 2004-2007 no primeiro ano de governo. Buscava-se construir uma orientação estratégica de governo para o Brasil, fundamentada em três grandes eixos: crescimento sustentável, emprego e inclusão social. A realização do processo de consulta à sociedade foi articulada, de um lado, pela Secretaria Geral da Presidência da República e do Ministério do Planejamento, e, por outro, pela Associação Brasileira de ONGs (ABONG), mobilizando diversos sujeitos sociais para terem suas propostas incorporadas ao PPA, através dos Fóruns de Desenvolvimento, Participação e Inclusão nos Estados e no Distrito Federal. Cabe destacar que, em todas as regiões, a questão da saúde foi o tema mais enfatizado, especialmente em relação à defesa de maiores investimentos para o fortalecimento do SUS, para a garantia do direito à saúde.

O PPA 2004-2007 definiu como seus ‘megaobjetivos’: 1) a inclusão social e redução das desigualdades sociais; 2) o crescimento com geração de trabalho, emprego e renda, ambientalmente sustentável, e redutor das desigualdades regionais; e 3) a promoção e expansão da cidadania e o fortalecimento da democracia. Entretanto, para Behring (2006, p.149), apesar de se constituir em uma iniciativa inédita de um governo de incorporar a participação da sociedade na formulação de seu PPA e, portanto, de grande significado histórico, é reconhecido que, nele, *“há um núcleo duro no qual não se propõe introduzir mudanças efetivas – a política econômica, o controle da inflação e o ajuste fiscal”*, limitando avanços no campo democrático-popular.

Simionatto (2006, p. 3) considera que o PPA 2004-2007 traduz um continuísmo em relação ao governo de Fernando Henrique Cardoso, em seus fundamentos políticos e na visão de subordinação do social e das políticas sociais ao econômico, expressando aí um problema de hegemonia, no Governo Lula, em relação ao seu desempenho e ao seu perfil, podendo-se supor *“um caso em que a chegada ao poder de um ator que não investiu previamente na difusão de uma nova cultura política tende a produzir múltiplos efeitos complicadores da ação governamental e, no limite, a impossibilitar um efetivo empreendimento reformador”*.

Ainda que não se possa negar a importância histórica da participação da sociedade na construção do PPA de um governo eleito pelo voto popular e com a adesão de diversos segmentos sociais para a construção de uma proposta de governo para o Brasil, a defesa da necessidade de ‘preservação da estabilidade macroeconômica’ inviabiliza novos investimentos nas áreas públicas, reduzindo as políticas públicas a propostas focalizadas e assistenciais, voltadas para grupos sociais considerados vulneráveis, a exemplo do Programa Bolsa Família, que, sob o argumento da manutenção da macroeconomia herdada do governo anterior, fortaleceu *“o consenso de que a economia não poderia sofrer bruscas mudanças, o que implicou a continuidade da subordinação e da perda da autonomia em relação à política do FMI”* (SIMIONATTO, 2006, p. 28). Como resultado da consulta, dos acordos firmados com o governo federal, através de sua Secretaria Geral da Presidência da República, segundo documento publicado pela ABONG/Inter-Redes em 2004, do *“total de 382 programas, 147 foram alterados, e as propostas feitas pela sociedade civil não obtiveram incorporação efetiva no planejamento estratégico pelo governo”* (SIMIONATO, 2006, p. 25).

Já na visão de VIANNA (2004), nesse período disputavam a hegemonia do governo Lula forças políticas favoráveis à mudança em contraposição às forças que objetivavam a continuidade da política econômica do governo anterior. Tal disputa era travada não só no interior do governo, como atingia sua base aliada e o próprio Partido dos Trabalhadores (PT). Desse modo, o governo continha em seu interior duas políticas que se contrapunham entre si: *“uma de fundo neoliberal, referenciada basicamente à lógica do mercado e ao tipo de ação estratégica que nele predomina, e outra, desenvolvimentista, que importa segundo uma larga tradição brasileira, a presença do Estado e de suas agências como promotoras ativas do crescimento econômico”* (VIANNA, 2004). Ainda segundo Vianna (2004), naquele momento era necessário fortalecer as forças que buscavam a mudança, nestas incluídos os movimentos progressistas da sociedade, e não *“entregar de bandeja o governo às forças da conservação”*.

3.2.2. Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil (PNS)

Com a eleição de Lula, assume, em 2003, o Ministério da Saúde o pernambucano Humberto Costa, integrante dos quadros do Partido dos Trabalhadores (PT), para coordenar uma iniciativa inédita na história da Política de Saúde no Brasil em sua esfera federal, que foi a formulação do Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil, aprovado pela Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004, com a vigência para o período 2004 a 2007. No processo de sua construção, foram buscadas parcerias junto à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para organização de uma agenda de trabalho, que foi iniciada no segundo semestre de 2003. As etapas de construção do plano constaram de um seminário sobre o PNS, em 11/2003; de uma pesquisa junto aos participantes da XII Conferência Nacional de Saúde; e de fóruns, envolvendo o Ministério da Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS) e o Conselho Nacional de Saúde. Essa agenda baseou-se, ainda, nas

deliberações da XII CNS e no PPA 2004-2007. A proposta final do PNS foi encaminhada para análise e aprovação do CNS em reunião plenária de 4/8/2004.

O Plano define as mesmas orientações estratégicas do PPA, quais sejam: a inclusão social e a desconcentração da renda; o crescimento ambientalmente sustentável; a redução da vulnerabilidade externa; e o fortalecimento da cidadania e da democracia, definindo como grande objetivo

promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados (2004, p. 7).

As prioridades do PNS são definidas a partir de eixos de orientação, como a redução das desigualdades em saúde; a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; a redução dos riscos e agravos; a reforma do modelo de atenção; o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social. Entre seus objetivos, diretrizes e metas nacionais, destacam-se aquelas relacionadas às linhas de atenção à saúde, com a reafirmação de perspectivas da gestão anterior, como no caso da atenção básica, em que a ênfase é dada na ampliação da Estratégia Saúde da Família.

Em relação ao controle social, o PNS avança, ao defender uma gestão democrática do SUS, por meio da organização de instâncias e processos de participação social no SUS, como a convocação e a realização da XIII Conferência Nacional de Saúde; a implantação do cadastro dos conselhos de saúde municipais e estaduais; a estruturação da Ouvidoria SUS; a promulgação do código de defesa dos usuários do SUS pelo Congresso Nacional; e a formação de conselheiros para o controle social, dentre outros.

3.2.3. Pacto pela Saúde – consolidação do Sistema Único de Saúde

Outra iniciativa a ser destacada foi a edição das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde –, Portaria/GM nº 399, de 22/2/2006, pelo Ministério da Saúde, constituindo-se em um Pacto firmado entre os gestores do SUS, sob a direção do então ministro Saraiva Felipe (PMDB/MG), que havia substituído Humberto Costa (PT/PE) em julho de 2005.

O Pacto é composto de três partes: Pacto pela Vida, que é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, que estabeleceu como prioridades pactuadas: saúde do idoso; controle do câncer do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde, e fortalecimento da atenção básica.

A segunda parte, denominada Pacto em Defesa do SUS, define como diretrizes o compromisso com a consolidação da Reforma Sanitária, a defesa dos princípios do SUS (Constituição Federal) e a definição de ações voltadas para qualificar e assegurar o SUS como política pública. Para tanto, afirma a necessária repolitização da saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária, aproximando-a dos desafios atuais do SUS, e a mobilização pela garantia do financiamento.

A terceira parte diz respeito ao chamado Pacto de Gestão, que traz como premissa a descentralização compartilhada, expressando uma questão polêmica: qual o poder atribuído às Comissões Intergestores, na medida em que a prerrogativa de deliberar compete aos Conselhos de Saúde, sabendo-se que, às Comissões Intergestores, compete a pactuação e não a definição da política de saúde. No entanto, o documento atribui a estas um poder de deliberação: *“as Comissões Intergestores Bipartite são instância de pactuação e deliberação para realização dos pactos interestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite”* (BRASIL, 2006, p. 17). Nesses termos, cabe uma correção no que concerne à instância que tem a prerrogativa de deliberar sobre a Política de Saúde, de acordo com a Lei Orgânica

da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), qual seja o Conselho de Saúde. Já as Comissões Intergestores Bipartite devem tão-somente pactuar sobre questões operacionais do SUS, não se configurando como instância de poder de decisão, que é prerrogativa dos Conselhos de Saúde.

3.2.4. Avanços e limites no campo da saúde no governo Lula

Para Bravo (2006), o setor saúde trazia expectativas em relação ao governo Lula de que este fortalecesse o projeto da reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Federal de 1988. No entanto, a manutenção da política macroeconômica do governo anterior, que subordinou as políticas sociais à lógica econômica, comprometeu a garantia do direito à saúde, identificando dois projetos de saúde em disputa e determinando inovações e continuidades nas definições da Política de Saúde. Dentre as inovações, destacam-se: a escolha de sanitaristas para compor o Ministério da Saúde; a escolha de representante da CUT para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS); a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do CNS; a realização da XII Conferência Nacional de Saúde; dentre outras.

Os aspectos que expressam a continuidade da direção da Política de Saúde, nos anos 90, estariam retratados na ênfase à focalização, através da centralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF); na precarização e terceirização dos recursos humanos e no desfinanciamento, considerado como mais grave, visto que se encontram em curso algumas propostas de *“desvinculação da CPMF da receita da saúde; utilização dos recursos do orçamento da seguridade social para garantir o superávit primário das contas públicas; ampliação do conteúdo das ‘ações de serviços de saúde’”* (BRAVO, 2006, p.105). No entanto, considera-se como maior ameaça a desvinculação dos recursos dos orçamentos, da União para a saúde, que elimina da Constituição Federal *“os preceitos que obrigam União, Estado e Municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado para os setores de educação e saúde”* (Idem, p.105).

Para Campos (2006), o SUS é um sistema público de saúde que rema contra a maré em um contexto que dificulta a sua estruturação enquanto política pública. No entanto, o autor considera que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas em um país de dimensões continentais quanto o Brasil, o SUS é, hoje, um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, já que segundo dados do IBGE de 2005, *“setenta por cento dos brasileiros dependem absolutamente do SUS”* (p.141), contando já em 2000 com 99% de seus municípios habilitados nesse Sistema. Em se tratando de um sistema público, alguns dados de realidade são importantes para se entender a dimensão e a importância do SUS, e a necessidade de sua defesa, pois:

Hoje, há 100 milhões de brasileiros vinculados a programas da atenção primária à saúde: a cobertura vacinal de crianças alcançou padrão adequado, acima de 94% das crianças têm vacinação básica completa, para isso o SUS realiza 142 milhões de vacinação/ano; o acesso ao parto é quase de 100%, ainda que o pré-natal não seja adequado; milhões de hipertensos e de diabéticos são acompanhados em programas que lhes fornecem medicamentos essenciais. O SUS realiza mais de dois terços dos atendimentos em terapia intensiva, câncer, traumatologia, transplantes e AIDS (Brasil, 2004) (CAMPOS, 2006, p.141).

Campos (2006) entende que o SUS passa por várias dificuldades, como é o caso das filas, do funcionamento inadequado, da oferta deficiente de serviços básicos para a maioria da população, resultando, deste modo, em uma reforma sanitária incompleta, que promulga a universalização do acesso à saúde na contramão das exigências determinadas pelos ajustes econômicos assumidos pelo governo federal num contexto neoliberal, comprometendo assim o financiamento da saúde. Mas, apesar de todas as dificuldades, Campos (2006, p.145) concebe que *“a saúde ganhou grande visibilidade social, crises localizadas rapidamente entram na agenda nacional, e isso tem obrigado governantes e profissionais a uma constante busca de modelos com maior eficácia e eficiência”*.

Uma iniciativa muito importante para o fortalecimento do controle social sobre a gestão da Política de Saúde no Brasil foi a criação do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, por meio do Decreto nº 4.726, em 9 de junho de 2003, como parte integrante da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, na perspectiva da organização de Ouvidorias do SUS em todo o país. A Ouvidoria

Geral do SUS objetiva converter-se em um canal direto de comunicação e escuta entre a gestão e a população, ampliando a participação dos usuários do SUS, através de telefone, e-mail ou carta, apurando as queixas dos usuários, ajudando a buscar soluções para os problemas e prestando informações sobre temas relacionados à saúde. Atualmente descentralizadas nos Estados brasileiros, as Ouvidorias do SUS podem ser transformadas em instrumentos de aprimoramento democrático de defesa dos cidadãos no âmbito do SUS e para a melhoria dos serviços por ele ofertados.

3.2.5. O protagonismo do Conselho Nacional de Saúde em defesa do SUS

A defesa da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29/2000) e de sua regulamentação tem sido uma das principais bandeiras da luta desenvolvida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), conquistando avanços significativos com a aprovação da Resolução nº 322/2003, que estabeleceu as diretrizes acerca da aplicação da referida Emenda Constitucional. A elaboração da Resolução CNS 322/2003 foi resultado de um amplo processo de discussão e de mobilização, envolvendo várias representações de segmentos do setor saúde e da sociedade brasileira comprometidos com a saúde pública, constituindo-se num grupo de trabalho. Dentre eles, cabe destacar, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Ministério Público Federal, a Comissão de Seguridade Social da Câmara de Deputados e a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON). Tal iniciativa resultou na elaboração do documento intitulado “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional 29”, que serviu de base para a aprovação da Resolução nº 322/2003 pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Resolução CNS nº 322/2003 apresenta as diretrizes que orientam a base de cálculo a ser observada quando da definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, os percentuais mínimos de vinculação, e, também, define o que

são as ações e serviços públicos de saúde, dentre outros. Para efeito da aplicação da EC 29/00, os gastos relativos às ações e serviços públicos de saúde devem atender aos critérios estabelecidos na quinta diretriz da referida Resolução, destacando-se: a garantia do acesso universal, igualitário e gratuito dessas ações e serviços; que sejam de responsabilidade específica do setor saúde; que estejam explicitados nos Planos de Saúde e financiados com recursos alocados por meios dos respectivos Fundos de Saúde; e, por fim, estarem relacionados à promoção, proteção, recuperação e à reabilitação da saúde (5ª e 6ª diretrizes). Ao tempo que estabelece, em sua sétima diretriz, que não considera como despesas relativas às ações e serviços públicos de saúde, dentre outros, pagamentos de aposentadorias e pensões; clientela fechada; lixo; merenda escolar; saneamento básico; preservação do meio ambiente.

Segundo Bittencourt (2007), existem controvérsias na aplicação da EC 29/2000, especialmente em relação à definição das ações e dos serviços públicos de saúde, levando ao questionamento sobre despesas que não representariam, de fato, gastos com saúde, mas que se encontram no piso de aplicação da saúde, em que partes dos recursos a eles destinados foram alocadas no Ministério da Saúde. Como exemplo, indica o caso do Programa Bolsa Família, que deslocou cerca de R\$ 3,3 bilhões para a área da assistência social, entre os anos de 2003 e 2005, e, ainda, em relação à saúde suplementar, que não atende ao princípio da universalidade do SUS, o gasto relativo ao período de 2000 e 2006 foi de aproximadamente R\$ 499,8 milhões.

Coloca-se como fundamental a mobilização dos setores comprometidos com o fortalecimento do SUS, na defesa da destinação de mais recursos para o setor, por meio da regulamentação da EC nº 29/2000, que atendam às necessidades da população por ações e serviços públicos de saúde. Cabe considerar que houve um crescimento no aporte de recursos financeiros destinados ao Ministério da Saúde no Governo Lula: as despesas federais *per capita*/ano com ações e serviços públicos de saúde cresceram de valor na ordem de R\$ 122,52 no ano de 2000, para R\$ 201,68 em 2005, o que representa um aumento de 60,75% (JORGE, 2007, p. 26). Entretanto, as perdas potenciais de recursos financeiros no período 2004-2007 em virtude da não-regulamentação da EC nº 29/2000 podem atingir o percentual acumulado de 49,752% (CARVALHO, 2007, p. 35).

Durante a realização da XIV Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, em abril de 2007, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), centenas de conselheiros de saúde de todo o Brasil empreenderam uma marcha, rumo à Câmara dos Deputados no Distrito Federal, para reivindicar a aprovação do Projeto de Lei Complementar nº 01/2003, do ex-deputado Roberto Gouveia (PT/SP), que regulamenta a EC nº 29/2000. O referido projeto já foi aprovado nas comissões da Câmara Federal, restando, tão-somente, ser votado por seu Plenário. A mobilização que reuniu conselheiros estaduais e municipais, entidades e movimentos sociais vinculados à saúde, reafirmou o compromisso com o fortalecimento do SUS por meio da imediata regulamentação da emenda.

Ainda em relação ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), cabe destacar o seu esforço na construção de uma ferramenta essencial para o exercício do controle social, especialmente para a atuação de milhares de conselheiros de saúde em todo o país: a organização de um banco de dados nacional de conselhos de saúde, por meio da criação do seu Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS), como atendimento de uma das reivindicações da agenda do controle social da última década. Lançado em 2005, o CNCS abriga informações de 5.091 conselhos de saúde cadastrados, perfazendo uma cobertura de 91,07% do total existente no território brasileiro. Sua finalidade consiste em reunir dados de identificação dos conselhos de saúde das cinco regiões geográficas do país, além de facilitar a comunicação entre os conselhos, visto que as informações do sistema estão disponíveis à consulta popular na internet. Atualmente, foi elaborado e disponibilizado o documento “Resultados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde”, com o objetivo de consolidar as informações de caráter nacional e de cada uma das vinte e sete unidades da Federação.

Outro destaque da atuação do Conselho Nacional de Saúde voltado ao fortalecimento do controle social da Política de Saúde foi a publicação de suas “Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS”, no ano de 2006. O documento define as bases para a organização de um processo de formação permanente de conselheiros de saúde e de representações de setores da sociedade, comprometidas com o SUS. Em decorrência da renovação periódica entre os membros dos Conselhos de Saúde, tornou-se necessário a estruturação de um processo de educação permanente voltado para o controle social para além da tradicional e importante capacitação dos conselheiros. Para

tanto, propõe a adoção de novas modalidades metodológicas, de caráter formal, tais como: cursos presenciais e a distância; seminários; oficinas; dentre outras, sem deixar de considerar outros processos participativos, como as conferências de saúde; as plenárias de conselhos de saúde; encontros de conselheiros. Cabe destacar, no documento, a afirmação de que o Conselho de Saúde é a instância privilegiada que deverá definir as prioridades por capacitação, de acordo com as suas diretrizes, indicando que “é, pois, de responsabilidade intransferível dos Conselhos de Saúde as ações de educação permanente para o controle social do SUS, de seus conselheiros” (CNS, 2006, p.18).

Podemos afirmar que temos conquistas no campo da participação na Política de Saúde e que o ano de 2006 entrou para a história do controle social na Política Nacional de Saúde com a primeira eleição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde em seus 70 anos de existência, sendo eleito o farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante do segmento dos trabalhadores de saúde, que aposta que este processo *“deve ter como consequência imediata o fortalecimento da organização, da independência, da democratização e da mobilização”* (BATISTA, 2007, p. 12). Para tanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) definiu uma agenda de lutas fundada em três prioridades: a recuperação e o fortalecimento dos conselhos de saúde, como um processo de reorganização do controle social; a mobilização pela regulamentação da EC 29/2000, configurando-se como amplo movimento social; e a implementação dos Pactos pela Vida, de Gestão e em defesa do SUS, voltados para a mudança na forma de fazer saúde em nosso País, priorizando a prevenção. Segundo Francisco Batista Júnior, *“o controle social é um projeto em construção [...] mas já podemos debater os grandes temas com a sociedade, com a área da saúde pública, com a autoridade de quem está acompanhando de perto, cumprindo a sua tarefa”* (BATISTA, 2007, p. 20).

3.3. Alagoas: contexto da Política de Saúde de 1999 a 2006

Alagoas é um estado marcado por uma forte assimetria na distribuição da riqueza expressa através do índice de Gini, que em 1991 era de 0,630 e caiu para 0,563 em 2003. Tal assimetria é retratada quando se explicita que, de uma população de 3.010.912 habitantes (IBGE, 2005), os 10% mais ricos detêm mais da metade da renda, e os 50% mais pobres, apenas 17%. Tal situação reflete-se no nível educacional de sua população economicamente ativa, haja vista que 26 % não possuem instrução alguma, e apenas 5% dessa população tem mais de 14 anos de escolaridade (PNAD/IBGE, 2004). No universo dessa população, apenas 4% recebem mais de 5 salários mínimos, enquanto 20% não têm renda, e 66% recebem até 2 salários mínimos. Segundo dados do Tribunal Regional Eleitoral de Alagoas, do ano de 2005, dos 1.700.000 eleitores, apenas 3% possuíam nível superior, enquanto que 47% eram analfabetos, 34% possuíam o nível fundamental e 16%, o nível médio.

Segundo Carvalho (2006), em Alagoas, a ausência de um forte processo industrial, a inexistência de um setor comercial e de serviços dinâmicos, além da fragilidade da máquina pública, imprimiram ao Estado uma importância muito grande em face de sua débil economia, transformando o poder público em seu grande empregador, visto que *“são 56 mil funcionários estaduais, 18 mil federais e 13 mil somente na Prefeitura de Maceió”* (CARVALHO, 2006, p. 16), enquanto 205 mil pessoas estão ocupadas, trabalhando na informalidade. Segundo dados da SEPLAN/AL (2005), em 2002 o PIB alagoano tinha no setor de serviços sua maior composição, em torno de 66%, enquanto a indústria contribuía com 23%, e a agropecuária, com 11%. A estrutura fundiária alagoana é uma das mais concentradas do País, o que é marca forte de seu atraso, visto que as grandes propriedades rurais, equivalentes a 5% do total, ocupam uma área de 62% do território.

O Estado de Alagoas apresenta particularidades na efetivação da Política de Saúde e da própria construção do SUS, especialmente no que se refere à sua democratização e universalização. Podem-se indicar alguns aspectos que, embora presentes em outras unidades da Federação, ganham contornos particulares neste

Estado, nos seus aspectos socio-econômicos e político-culturais Lira (1997, p. 22) aponta, em seu estudo, essa particularidade, afirmando que *“Alagoas é justamente a expressão autêntica de suas diferenças culturais, sociais e do processo de produção e diferenciação do espaço geográfico. Um Estado, mesmo possuindo relações com outros da região do país à qual pertence, possui vinculações internas autônomas que lhe conferem um caráter próprio e diferenciado”*.

Em Alagoas, o chamado fenômeno do coronelismo²¹ impõe sua presença, e o mandonismo político é a outra face de seu modelo político de produzir, administrar e distribuir. Seu controle é exercido por algumas dezenas de famílias que compõem um verdadeiro *“feudo”*. Cícero Pércles Carvalho (2002, p. A12) considera que Alagoas não conseguiu romper com o *“modelo econômico anterior à sua emancipação”*. Tal modelo econômico e social produziu um frágil processo de industrialização e uma urbanização que inviabilizou a vida do homem do campo, apresentando *“indicadores de desenvolvimento humano somente comparável às regiões subdesenvolvidas do planeta e um atraso político aberrante, Alagoas ficou gravada no imaginário nacional como o Estado de todos os problemas”*.

A ausência de políticas públicas eficientes facilita, ainda hoje, uma prática que muito se assemelha à dos coronéis, permitindo a eleição de políticos atrelados às oligarquias rurais e aos setores conservadores do Estado. Essa oligarquia tem se mostrado contrária a mudanças, sendo politicamente conservadora, empresarialmente patrimonialista e ineficiente, estando, por isso, sempre escorada no Estado. Possuidora de forte poder político, que há séculos vem determinando os destinos de Alagoas, forma um quadro regional cujo formato pode variar do clientelismo à concentração de renda, passando pelo paternalismo, sem que qualquer tipo de direção política mais progressista tenha real possibilidade de se impor.

Para Carvalho (2001, p. 8), a oligarquia alagoana representa o poder do atraso e é evidenciada *“na influência das ‘famílias’, isto é, a oligarquia dentro do próprio grupo dominante, que ilustra melhor e graficamente a realidade de uma sociedade arcaica, onde o Estado moderno não é senão um edifício de amigos e*

²¹ Segundo Farias (2000, p. 51), o coronelismo é *“um fenômeno híbrido: em parte pré-burguês (manifestação, no plano político, dos laços de servilismo do produtor para com o dono dos meios de produção), em parte burguês (pressupõe a extensão do direito político a todos os membros da coletividade)”*.

parentes”. A elite alagoana é constituída por poucos empresários detentores de idéias mais atualizadas; pela fragilidade da representação político-democrática; e pelo reduzido número de intelectuais comprometidos com reformas sociais, que representam um conjunto pouco significativo no cenário alagoano, entendendo essas elites como segmentos sociais que dispõem dos meios de acelerar ou retardar os processos de mudanças sociais, visto que pressupõem poder, influência e responsabilidade pelos resultados de suas decisões e ações no cenário estadual.

Nesse sentido, a política alagoana tem sido marcada muito mais pelo continuísmo e permanências do que por rupturas que operem mudanças substanciais. Segundo Almeida (1999, p. 139), nossa história é marcada por um modo de fazer política baseado no clientelismo e no autoritarismo dos detentores do poder, que se reproduzem na sociedade como elementos estruturantes presentes

nas mentalidades, na cultura, no modo de vida, nas relações institucionais e familiares de um povo que teve sua formação histórica baseada no latifúndio, no familismo, na existência de grandes contradições sociais, no peso de uma oligarquia que nunca abre espaços reais para a diversificação da economia, que fecha todos os caminhos para a modernização de uma estrutura política que, ano após ano, vem legitimando o poder de grupos dominantes.

O peso de uma oligarquia refratária às mudanças, à modernização econômica e apoiada no setor agropecuário, inibe toda e qualquer ação voltada para alcançar uma melhor distribuição de renda no campo e na cidade. Do ponto de vista político, esse poder revela seu caráter arcaico, avesso à modernização do modo de fazer política, e vem se legitimando pela presença predominante na Assembléia Legislativa, mesmo perdendo as eleições para o Governo do Estado para coalizões de esquerda, em 1998 e 2002. Deste modo, a composição da Assembléia Legislativa apresenta uma face conservadora, arcaica, com fortes traços do clientelismo e do fisiologismo político. Cabe considerar a extrema competência da representação política conservadora alagoana em se perpetuar no poder, que, segundo Carvalho (1993, p. 86), data de mais de cinco séculos, com um domínio político contínuo, em que

as classes dominantes, na sua aversão às formas democráticas de governo, montavam ao longo de séculos um forte esquema de sobrevivência política que vai desde a violência pura e simples, que elimina fisicamente os adversários, à montagem de uma complexa rede de comunicação social, que filtra ou sonega informações,

deforma os fatos e enaltece valores reacionários; e um forte esquema político-eleitoral, que trabalha a insuficiente autonomia dos eleitores do meio rural, deslegitimando o processo eleitoral, prática que sobrevive desde o Império.

Para Lira (2007, p. 80), com sua emancipação política, Alagoas foi transformado por sua elite agrária em um “grande guarda-chuva protetor”, capturando o Estado *“num processo com a qual ele quase se confunde, manipulando-o largamente e sendo acobertada pelo manto da proteção estatal, assumindo o poder político”*. Essa oligarquia política tem se perpetuado há séculos na condução da política alagoana, determinando as prioridades para o Estado, tomando como parâmetros os interesses particulares em detrimento dos interesses coletivos, privatizando a estrutura estatal, sendo incapaz de apresentar propostas viáveis de desenvolvimento para o Estado que superem o quadro de pobreza e miséria, a concentração de renda aviltante e o desemprego, em face do contexto da economia mundial. Atualmente, esta elite seria formada, majoritariamente por empresários do setor agrário e por profissionais liberais, que *“têm o controle, na esfera local, da burocracia municipal, estadual e federal e, desse modo, tem desempenhado um papel importante no processo histórico e na formação social de Alagoas, também se fazendo presente nos órgãos de ação regional, visando defender seus interesses”* (p. 84). Entretanto, embora mantenha o domínio econômico e o poder político, é incapaz de imprimir uma direção transformadora na perspectiva de um desenvolvimento econômico para além da tradicional produção canavieira, dado que *“a elite de Alagoas e suas coalizões formam um quadro regional cuja composição pode variar do clientelismo à concentração de renda, passando pelo paternalismo e o analfabetismo, sem que qualquer tipo de dirigismo transformador tenha real possibilidade de se impor”* (LIRA, 2006, p. 87).

Herdeira dessas dificuldades histórico-político-culturais, Alagoas apresenta uma sociedade civil com pouca expressão e força política capaz de se contrapor de forma organizada e permanente na arena política. Apresenta fragilidades do ponto de vista organizativo, de autonomia em relação ao poder público, sendo cooptada, em sua maioria, especialmente no chamado movimento comunitário, encontrando resistências nos movimentos sindicais e populares mais radicais, como Movimentos dos Trabalhadores Sem-terra (MST) e Comissão Pastoral da Terra (CPT). As oligarquias locais têm se perpetuado no poder com a exclusão da participação da

sociedade civil nas decisões e na dinâmica política do Estado, valendo-se de práticas violentas para intimidar o fortalecimento de organizações sociais e políticas no Estado.

Em face da violência em Alagoas, foi criado o Fórum Permanente Contra a Violência, integrado por organizações sindicais e populares, partidos políticos, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e ONGs, com o fim de tornar pública a violência institucionalizada nas relações sociais e de trabalho, no Estado. O Fórum desempenhou relevante papel na denúncia e desnaturalização das formas de violência em Alagoas na década de 90. Nesse contexto, a sociedade civil alagoana, diretamente vinculada a esse quadro de exclusão e violência e à fragilidade da organização dos movimentos sociais popular e sindical, não conseguiu exercer influência maior na dinâmica organizacional e política no Estado.

Vasconcelos (1997, p. 59), ao refletir sobre a fragilidade e a falta de expressão política dos movimentos sociais em Alagoas, especialmente em relação ao movimento de bairros, aponta para duas ordens de fatores: *“a postura clientelista e cooptativa que o Estado vem assumindo frente às lideranças comunitárias, no sentido de neutralizar qualquer ação política que venha a representar reais avanços para as comunidades carentes; e a presença constante de políticos profissionais que desenvolvem trabalhos assistencialistas principalmente, e não exclusivamente, em períodos eleitorais”*. Por outro lado, indica um descompasso entre uma possibilidade concreta de fazer política fundada em valores democráticos, éticos e a remanescência de velhos hábitos e posturas políticas reproduzidos pelas lideranças dos movimentos sociais, que compromete a autonomia em relação ao poder político, afirmando ainda ser *“visível que muitas lideranças comunitárias locais ainda não conseguiram se desvencilhar de algumas práticas e valores políticos arcaicos, comuns aos esquemas populistas e clientelistas existentes mais fortemente em outros contextos políticos de nossa história”* (VASCONCELOS, 1997, p. 62).

3.3.1. O Governo Ronaldo Lessa: um divisor de águas na forma de fazer política

O governo Ronaldo Lessa buscou romper com uma forma conservadora, privada, de lidar com a coisa pública, com a política no Estado de Alagoas. Em seu governo, a ênfase incidiu sobre a participação popular nos diferentes níveis de decisão e passou a se constituir enquanto meta e metodologia de trabalho na administração pública estadual. Especialmente no tocante aos conselhos de políticas públicas, foram instituídos conselhos de impacto relevante na dinâmica da vida social alagoana.

Na área da segurança pública, ocorreu a fundamental presença do Conselho Estadual de Justiça e Segurança Pública numa área de forte tensão em face das múltiplas facetas que a violência assume no Estado e ao desrespeito aos direitos essenciais da pessoa humana. Este foi criado em 2000, através do Decreto nº 38.539/00, como uma tentativa de articulação entre governo e sociedade, no combate ao crime organizado em Alagoas. Como órgão deliberativo, trata de questões concernentes à justiça e à segurança pública, convertidas em pauta de discussão e trabalho, tais como: a constatação da fragilidade e do não-aparelhamento das polícias, que ampliam o campo de ação dos criminosos e limitam a agilidade no processo de apuração dos crimes; os conflitos agrários e mortes de trabalhadores rurais; o envolvimento de políticos, policiais e delegados em atos criminosos; a necessidade de programas de proteção às vítimas e testemunhas; e o Plano Estadual de Segurança Pública, entre outras.

Apesar dessa iniciativa, Vasconcelos (2006) ressalta em seu estudo sobre a violência no Estado de Alagoas, que a esquerda esperava mais de Lessa, quando assumiu perante o Conselho de Justiça e Segurança Pública o compromisso de combater, apurar e punir o crime organizado e seus envolvidos, mesmo que fossem parlamentares. Assumiu, ainda, o compromisso de estruturar um programa de proteção às vítimas e testemunhas. No entanto, constatou-se um descompasso entre as determinações do governador e o que era transformado em políticas pelo secretariado. Para Vasconcelos (2006, p. 92), isso se deve ao fato de que a própria

“estrutura do aparelho de segurança pública apresenta relações de corporativismo que resultam na convivência com o próprio crime”. Ao que parece, apresenta-se um paradoxo entre o discurso que afirma um combate radical à violência e sua prática efetiva, que aponta *“no sentido de manutenção da estrutura organizada para o crime em Alagoas”* (VASCONCELOS, 2006, p. 93). Cabe destacar que, segundo dados fornecidos pelo Painel de Indicadores do SUS/MS, 2006, a taxa de homicídios por 100.000 (cem mil) habitantes, em Alagoas, no ano de 2004, foi de 36,80, o que representa a 5ª maior entre os Estados brasileiros, revelando a face da violência no Estado, ficando abaixo de Roraima, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Pernambuco, que ocupa o 1º lugar, com o índice de 50,90.

Para entender a complexidade da questão da violência em Alagoas, vários estudiosos identificam-na em sua relação com a cultura. Para Vasconcelos (2005), *“existe uma cultura que tem colocado a violência como um recurso de resolução de conflitos, optando pela eliminação do diferente que incomoda ou representa alguma ameaça”*. A cultura da violência em Alagoas encontra sua origem no período colonial, mantendo-se até hoje como uma prática de eliminação de antagonismos e até de simples divergências. Vasconcelos (2005, p. 84) aponta para a existência de certa continuidade entre *“as bases de poder montadas no período colonial e a lógica de poder de mando que ainda referenciem as práticas dos novos coronéis que compõem o cenário político de Alagoas”*. Aliada a isso, a impunidade recorrente gera um sentimento de impotência e descrédito da população nas instituições públicas. Segundo Vasconcelos (2005), os crimes de pistolagem ou por encomenda são expressos numa frase bastante conhecida que caracteriza a violência no Estado: *“Em Alagoas não há balas perdidas, porque aqui as balas têm endereço certo”* (VASCONCELOS, p. 86).

Mesmo constatando os limites institucionais, culturais e políticos, Vasconcelos (2006, p. 95) reconhece que houve avanços no enfrentamento da questão da violência no Estado, ao concluir que:

[...] hoje existem manifestações contrárias à violência institucionalizada no Estado, mas é recente o movimento de resgate da moralidade administrativa, que cobra, dos dirigentes do Estado, posturas mais firmes na punição daqueles que estão contrariando as regras do jogo democrático, em contundente desrespeito aos princípios que norteiam as cláusulas dos direitos humanos. Não é estranho falar, na realidade vivenciada em Alagoas, da necessidade

de políticas públicas que exijam o respeito ao direito fundamental à vida, tamanha a banalização que a violência assumiu no Estado.

Outra área que teve forte impacto foi a da educação pública, que já tinha o seu Conselho Estadual de Educação constituído, de carácter técnico-consultivo e sem poder de deliberar sobre a sua Política. No primeiro mandato do governo Ronaldo Lessa, em 1999, assume a pasta da educação a Prof^a Maria José Viana, liderança advinda dos movimentos populares e dos trabalhadores da educação, que elege como prioridade a gestão democrática da educação estadual, organizada em dois eixos: a criação dos conselhos nas escolas da rede estadual de ensino e a eleição direta para diretores e diretores adjuntos escolares, através do voto de professores, pais, alunos e outros trabalhadores da educação.

Entretanto, a crise alagoana, herdada por Ronaldo Lessa em 1999, se apresenta desde a década de 80, o que, segundo Carvalho (2006), tem sua origem determinada por dois fatores: o primeiro foi a crise fiscal brasileira nos anos 80, que diminuiu a transferência de recursos da União para os investimentos no Nordeste. O segundo foi a dificuldade no setor sucroalcooleiro, com a desaceleração do PROÁLCOOL e a dificuldade de financiamento, sendo considerado responsável pela desorganização do Estado, visto que

a inadimplência do setor em relação à CEAL e ao banco estadual, PRODUBAN, foi coroadada por um acordo fiscal assinado em 1989 entre o Governo do Estado e as indústrias do açúcar, que transferiu para essas últimas, durante os anos em que durou o acordo, aproximadamente, 1,5 bilhão de reais, segundo cálculos da Secretaria da Fazenda (PÉRICLES, 2006, p. 36).

Em 1996 Alagoas aderiu ao Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal, da Secretaria do Tesouro Nacional, no governo de Fernando Henrique Cardoso, que consistiu na transferência da dívida financeira do Estado para a União e, por isso, repassou para o Tesouro Nacional a parte maior de seus débitos, assumindo o compromisso de transferir, durante 360 meses, 15% de sua receita corrente líquida para Brasília. O total da dívida alagoana, que em 1999 – ano em que Ronaldo Lessa assume o governo de Alagoas – era de R\$ 2,1 bilhões, chegou em 2005 a R\$ 5,4 bilhões, o que corresponde, segundo Carvalho (2006), a todo o ICMS recolhido em cinco anos.

Embora considere que o Estado, através de seus governos, teve margens de autonomia para conduzir a máquina pública em direção dos interesses socialmente mais amplos, Carvalho (2006) considera que desde a segunda metade da década de 90 Alagoas não conta com receita própria e suficiente para investir em infraestrutura, em políticas sociais ou oferecer contrapartidas em projetos de desenvolvimento. Nesse sentido, destaca o fenômeno da “federalização” em Alagoas, que em seus termos significa *“a presença decisiva do governo federal na vida da sociedade e na economia de Alagoas, com recursos captados nas regiões mais ricas”* (CARVALHO, 2006, p. 58). Assim, os programas e os recursos federais transferidos para o Estado transformam o governo federal no principal agente de investimentos em obras públicas e de desenvolvimento de programas sociais para a sobrevivência de mais da metade da população alagoana, ou seja, Alagoas recebe mais recursos do que arrecada: *“em 2004, a União arrecadou R\$ 485.491.711,00 de impostos e contribuições e recebeu de Brasília R\$ 1.018.627.343,75 a título de transferências constitucionais”* (Idem, p. 61). A presença federal é fundamental para a sobrevivência de grande parte da população alagoana, entretanto, revela o grau de dependência do Estado do governo federal, além de indicar a ausência de alternativas econômicas capazes de contribuir para que Alagoas supere essa condição de subalternidade.

Mas a presença federal se faz sentir tanto nos diversos programas de transferência de renda – só o Programa Bolsa Família e o PETI transferem, mensalmente, 18 milhões de reais para 250 mil famílias pobres – como nas políticas permanentes, a exemplo da saúde e da educação, que através das ações desses programas governamentais *“são responsáveis direta e indiretamente pela ampliação da rede escolar e pela assistência sanitária de 80% da população de Alagoas. Sem as presenças do SUS e do FUNDEF, esses setores estariam em colapso imediato”* (Idem, p. 63). Para se ter uma idéia da evolução dessas duas áreas durante o governo Lessa (1999-2006), segundo o Censo Escolar 1999/2004 – INEP (2005), em 1999 a matrícula no ensino médio foi de 78.314, subindo para 130.334 em 2004. Na saúde, os gastos com custeio e investimentos pelo governo estadual foram de R\$ 67.550,00 em 1999 e R\$ 247.356,00 em 2004 (DATASUS, 2005).

Embora Ronaldo Lessa tenha propagado a idéia de ser a saúde pública uma das prioridades de seu governo, constatou-se que indicadores relevantes para

análise da situação de saúde não foram modificados de forma a produzir um impacto positivo na realidade sanitária do Estado. Considerando o ano de 1999, início do primeiro mandato de Lessa, e os dados fornecidos pelo DATASUS/MS, o índice de mortalidade infantil chegou a 61,54 por 1.000 nascidos vivos, e em 2004 constatou-se uma redução para 47,01 por 1.000 nascidos vivos. Apesar do importante decréscimo, este índice ainda representou o maior entre os Estados do Nordeste (33,9), como também mais do que a média nacional, que foi de 22,5. No entanto, ele é expressão do esforço e do compromisso do governo Ronaldo Lessa em promover a superação dos baixos indicadores sociais, que comprometem a qualidade de vida da população.

Os gastos públicos estaduais com a saúde *per capita*, em Alagoas, para o ano de 2000, foram de R\$ 25,69, sendo elevados para R\$74,70 em 2004, aumento que pode ser considerado como uma expressão do compromisso assumido pelo governo, através de tais investimentos voltados para a melhoria das condições de saúde. Entretanto, no que se refere aos recursos humanos para o SUS, a situação encontrava-se agravada pelo baixo número de profissionais médicos existentes em relação à população a ser coberta, haja vista que, em 1999, o número deste profissional por 1.000 habitantes era de 1,02 e, em 2005, tem uma tímida elevação de apenas 1,14. Ainda em relação à cobertura do atendimento de saúde à população, cabe destacar que o número de consultas médicas por habitante, ofertadas pelo SUS, também demonstra a dificuldade do Sistema estadual, quando em 1999 foi de 1,82, elevando-se para 2,50 em 2005 (DATASUS, MS, 2007).

Em relação à assistência hospitalar, o número de leitos públicos hospitalares na proporção para 1.000 habitantes, disponibilizados pelo SUS de Alagoas, chegou a 0,85 no ano de 1999, o que significa um total de 7.385 leitos, enquanto em 2005 decresceu para 0,71 leitos, ou seja, 5.768. Ressalte-se que o total do número de leitos hospitalares por 1.000 habitantes disponibilizados em todo o Estado foi, em 1999, de 2,65, e em 2005 caiu para 1,97; portanto, o Estado perdeu vagas na rede hospitalar, prejudicando o atendimento na assistência à saúde (DATASUS, MS, 2007).

No que concerne à questão da mortalidade materna, o governo tem uma dívida para com a saúde das mulheres e mães deste Estado, que ainda morrem de parto em pleno século XXI, em meio a tantas tecnologias disponíveis. Segundo dados disponíveis no Painel de Indicadores do SUS/MS, 2006, constatou-se que, em

2004, a taxa de letalidade materna em internações obstétricas por 100.000 (cem mil) do SUS (SIH) chegou a 49,5, configurando-se como a 2ª maior taxa entre os Estados brasileiros, abaixo apenas da taxa de Minas Gerais, que foi de 53,6. Convém esclarecer que a média nacional naquele ano foi de 31,7; já o Nordeste obteve 28,8, representando a menor taxa dentre as regiões brasileiras.

Um dos aspectos centrais a serem considerados nessa análise refere-se à constatação de que 94% de sua população dependem inteiramente do Sistema Único de Saúde para a resolução de suas necessidade por saúde, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS). Cabe ressaltar que a proporção da população com cobertura de planos privados de saúde em Alagoas no ano de 2000 foi de 4,33%, e em 2005 elevou-se para 5,82%, demonstrando a dependência predominante da população dos serviços públicos de saúde.

Considerando o estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/2003 no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, pelo governo Lessa no ano de 2005, constata-se que o percentual destinado foi inferior ao definido pelas exigências legais, atingindo apenas 10,33% (Nota Técnica nº 02/B/2007 – SIOPS). No que se refere às despesas próprias do Estado realizadas com saúde, no mesmo ano, constatou-se uma diferença entre o montante declarado na análise de balanços – efetuada em conformidade com a EC 29/2000 e a Resolução CNS nº 322/03 – emitidos pela equipe responsável pelo SIOPS e, por outro lado, os dados transmitidos ao SIOPS pelo Estado. Em relação ao primeiro ano, o valor foi de R\$ 228.905.879, o que corresponderia a 10,33% do percentual aplicado em saúde pelo Estado. Com este percentual, o Estado não atendeu às exigências da EC nº 29/2000, que determina o percentual mínimo de 12% de recursos a serem destinados à saúde pelos Estados. Por outro lado, no segundo ano Alagoas destinou R\$ 270.981.556,00, o equivalente a 12,01% de recursos gastos em saúde. A diferença identificada representou um valor de receita superior na ordem de R\$ 42.075.677,00, que pode ser explicada pela *“inclusão de clientela fechada e/ou serviços que não são considerados gastos com saúde, conforme a Resolução nº 322/03, do Conselho Nacional de Saúde”* (Nota Técnica nº 02/B/2007 – SIOPS).

O Governo Ronaldo Lessa promoveu uma reforma no modelo de gestão da administração estadual e da estrutura do Poder Executivo no início de 2003, através da Lei Delegada nº 1, de 8/1/2003, recebendo da Assembléia Legislativa o poder de empreender toda forma de mudança na máquina administrativa. Respalhado pela referida lei, o Governo montou uma estrutura gigantesca de secretarias e órgãos vinculados ao Executivo, organizados em três blocos denominados 'células', quais sejam, estratégicas (de articulação governamental e regional); instrumentais (planejamento, regulação, gestão e finanças); e as programáticas ou finalistas, onde se concentrariam os serviços sociais, como saúde, educação, assistência social, trabalho, justiça e infra-estrutura. A Secretaria Executiva da Saúde passou a integrar a Célula de Saúde e Bem-Estar Social, sob o comando da Secretaria Coordenadora da Saúde e Bem-Estar Social, juntamente com mais duas secretarias: a de Inserção Social e Assistência Social; e a de Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Naturais (Lei Delegada nº 01, de 8/1/2003, Anexo Único). O objetivo de promover uma ação articulada e integrada entre as três secretarias não conseguiu ser efetivado na prática, por diversas razões de caráter técnico-administrativo-político, inclusive pelo fato de serem áreas que integram sistemas nacionais, como o da assistência social e o da saúde, com suas estruturas organizacionais, normas e gestão bem definidas. Tal estrutura tornou a administração mais burocratizada e sem capacidade de dar condução política e respostas às áreas que a integravam, transformando-se muito mais em mecanismos de interesses político-partidários do que de capacidade de gestão das políticas públicas em Alagoas.

Considerando o quadro traçado sobre a realidade alagoana, cabe analisar a peculiaridade da Política de Saúde em Alagoas, a partir dos anos 80, com as primeiras experiências de descentralização no setor saúde, que remontam a 1987, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)²². Esse momento representou um avanço na viabilização das estratégias de unificação institucional e de descentralização das ações e serviços de saúde, sendo municipalizados três municípios – Arapiraca, Murici e São Sebastião.

O movimento pela municipalização da saúde ganhou corpo, do final da década de 80 ao início dos anos 90, sendo defendido por prefeitos e secretários municipais de saúde nos anos 1989/1992, quando se organizaram coletivamente no

²² Cf. estudos realizados por: CAVALCANTI (2001), MEDEIROS (2000).

preparo das condições necessárias para assumirem a gestão municipal do SUS. Exemplo disto foi a criação do Coletivo de Secretários Municipais de Saúde de Alagoas (COSEMS), em 1989, junto a outro importante sujeito político, o Movimento Sanitário Alagoano, aglutinado em torno do Núcleo de Saúde Pública (NUSP), vinculado à Universidade Federal de Alagoas, integrado por sanitaristas, docentes e técnicos que não encontravam na administração pública estadual o espaço para a concretização do SUS. O NUSP passou a prestar assessoria aos municípios para a organização de seus sistemas locais de saúde e na capacitação de seus recursos humanos, tornando-se protagonista no processo de constituição do SUS em Alagoas, principalmente na produção e difusão do debate sobre a proposta de descentralização da saúde.

Essa descentralização ocorreu em meio a uma correlação de forças no interior do setor, encontrando forte resistência por parte do Governo estadual, que se mostrava contrário à descentralização municipal, por implicar perda de seu poder perante os municípios. Essa resistência foi vencida pela articulação com o Movimento Sanitário Nacional, pela pressão interna dos secretários municipais e, principalmente, pela força exercida por meio da edição das Normas Operacionais Básicas do SUS, de 1991 a 1993, reafirmando a descentralização como o caminho de estruturação dos sistemas municipais e estaduais de saúde.

O cenário da Política Estadual de Saúde, no início dos anos 90, configurou-se como um campo de resistências e adversidades político-conjunturais de enfrentamento e embates contínuos com o Governo do Estado, em que sujeitos políticos emergentes – NUSP, COSEMS, movimentos sociais, partidos políticos –, defenderam o processo de implantação do SUS e, particularmente, efetivaram a descentralização no Estado, que conta atualmente com 100% de seus municípios sob alguma condição de gestão.

Um marco histórico representativo dessa luta foi a realização da Etapa Estadual da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando, mesmo tendo de enfrentar um governo declaradamente contrário à municipalização da saúde, os trabalhadores de saúde, junto aos movimentos sociais e sindicais, conseguiram realizar 84 conferências municipais, no total de 97 municípios existentes. Com o temário central “Saúde: Municipalização é o Caminho”, a II Conferência Estadual de Saúde foi realizada com a participação de mais de 800 pessoas, das quais 460 eram

delegados eleitos nas conferências municipais. Cabe destacar a presença marcante dos profissionais de Serviço Social, durante todo o processo, inclusive assumindo a coordenação da Etapa Estadual, assim como as comissões de mobilização, articulação e assessoria técnica, junto aos demais profissionais da Secretaria Estadual de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde, distribuídas em todo o Estado²³.

Em relação ao Conselho Estadual de Saúde (CES/AL), as resistências a esse mecanismo de participação na gestão da Política de Saúde eram visíveis. Criado pela Lei Estadual nº 5.602 de 13 de janeiro de 1994, passou por um árduo caminho para sua afirmação como órgão colegiado de caráter permanente na gestão do SUS em Alagoas. Constituído em 1992, após a promulgação da Lei nº 8.142/90, e respaldado na Constituição Estadual de 1990, entre as diretrizes do SUS, determina “a instituição dos conselhos estadual e municipais de saúde, com representação paritária do poder público, dos profissionais de saúde e da comunidade”²⁴. Apesar dessas diretrizes, a composição do CES/AL não observou o critério da paridade, gerando grandes tensões entre governo e sociedade civil. Este fato levou à destituição, por decreto, do Conselho Estadual de Saúde no final de 1993, e só no ano seguinte criou-se um novo Conselho, como resultado de um amplo processo de negociação, envolvendo o Conselho Nacional de Saúde, o Governador do Estado e o Secretário Estadual de Saúde. Com a promulgação da Lei nº 6577/2005, o CES/AL passou a contar com 32 membros, distribuídos com base em uma composição paritária, em relação aos usuários de saúde, de acordo com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O Estado de Alagoas conta, atualmente, com 102 conselhos municipais de saúde, perfazendo uma cobertura de 100% de seus municípios, envolvendo 1.307 conselheiros de saúde no controle de sua política, segundo dados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS). Em relação ao instrumento de criação destes conselhos, 90 deles foram instituídos através de lei estadual ou municipal, 11 por meio de portaria e 2 por decreto. Na análise da adequação à Resolução CNS nº

²³ Um estudo mais detalhado pode ser encontrado em CAVALCANTE (1992).

²⁴ Constituição do Estado de Alagoas de 1990 – Título V da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade Social Seção II – da Saúde, art. 188, parágrafo 1º, inciso IV.

333/2003, o resultado indica que 89% dos conselhos responderam que estavam adequados, enquanto 11% responderam que não se adequaram, apresentando algumas justificativas, entre outras, *“o não-conhecimento da resolução; a falta de paridade no conselho; que as alterações necessárias estão aguardando a aprovação da Câmara de Vereadores; que a resolução ainda está sendo estudada pelo conselho”* (CNCS, 2005).

Esses elementos constantes na presente reflexão evidenciam a relevância de estudos que possam permitir a análise de como vem sendo desenvolvida a Política de Saúde em Alagoas, de qual o significado do Conselho Estadual de Saúde enquanto mecanismo de direção da referida Política, e se essa direção é efetivada na perspectiva do SUS, ou seja, se tal mecanismo configura-se em espaço de disputa por hegemonia na Política de Saúde. Nesse sentido, tornou-se importante proceder a uma análise aprofundada sobre as mudanças ocorridas na direção da Política de Saúde alagoana, decorrentes da intervenção do Conselho Estadual de Saúde, no período de 1999 a 2006.

Tem-se como suposição fundamental que os Conselhos de Saúde encontram entraves significativos, no sentido de se constituírem efetivamente como mecanismos de direção da Política de Saúde em Alagoas. Evidencia-se o peso da cultura política conservadora que perpassa a relação Estado/sociedade e se manifesta através do coronelismo, do fisiologismo, do clientelismo e da apropriação da esfera pública pelas classes dominantes. Além disso, a fragilidade dos movimentos sociais integrantes da sociedade civil é expressa pela sua dificuldade organizativa, pela fragmentação das demandas, pela dificuldade de articulação em torno de projetos sociais globais, tendo o Estado e grupos econômicos dominantes como um dos elementos desmobilizadores. E, ainda, a ausência de uma direção ético-política (hegemonia), portadora de um projeto, com capacidade de influenciar na Política de Saúde de Alagoas, como o Movimento Sanitário na década de 80, que atuou como um núcleo mobilizador, articulador e de interlocução com o Estado e a sociedade.

CAPÍTULO 4: O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE E A DIREÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM ALAGOAS – 1999 a 2006

O processo de construção de Políticas de Saúde em Alagoas no período de 1999 a 2006 traz como protagonista fundamental o Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL), em disputa com outras forças pela hegemonia desse processo. Ao caracterizar cada período de gestão do SUS em Alagoas, buscou-se destacar o posicionamento do CES/AL, enquanto um campo de possibilidades de disputa por hegemonia na direção da Política de Saúde, ante interesses diversos e até antagônicos em relação ao direito à saúde e à participação da sociedade nos destinos do SUS.

A intervenção dos segmentos que integraram o CES/AL expressou uma correlação de forças voltada à defesa de demandas e interesses diversos, que depois de debatidos, negociados e disputados, passaram a configurar uma Política Pública: a de Saúde. Nesse sentido, a análise da dinâmica de funcionamento dessa instância de poder no Estado, assim como o contexto de sua atuação na conjuntura alagoana, identificou os avanços e os limites constitutivos do processo político no período analisado, considerando que aquela força que hoje é subalterna poderá tornar-se hegemônica. Desse modo, *“se o subalterno era ontem uma coisa, hoje não o é mais: tornou-se uma pessoa histórica; se ontem era ‘resistente’ a uma vontade estranha, hoje se sente responsável, já que não é mais resistente, mas sim agente e necessariamente ativo e empreendedor”* (GRAMSCI, 1999, p.106).

4.1 - O Conselho Estadual de Saúde no Governo Ronaldo Lessa – 1º mandato: 1999-2002

4.1.1. Gestão de Amália Amorim (PSB) – janeiro a outubro de 1999

Ao assumir o governo do Estado em 1999, Ronaldo Lessa (PSB) indica para a pasta da Saúde a médica e servidora pública Amália Amorim Uchoa (PSB), que anteriormente havia sido secretária municipal de saúde de Maceió, na ocasião em o PSB assumiu a Prefeitura Municipal com Kátia Born. Seu nome representava possibilidade de continuidade de um projeto político de governo do PSB, que tinha na saúde e na educação sua melhor aposta. Sua gestão à frente da Secretaria Estadual da Saúde foi de um breve período de 10 (dez) meses, deixando a marca de ter proporcionado as condições necessárias para promover a organicidade do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL), favorecendo o exercício do controle social na Política de Saúde em Alagoas.

Os primeiros meses do mandato de Lessa foram marcados pela preocupação de todos os seus gestores em fortalecer a legitimidade do governo que se iniciava, através do reconhecimento do trabalho desenvolvido por suas secretarias. A atenção central voltava-se para o necessário apoio por parte da Assembléia Estadual, que contava com um total de 27 parlamentares, onde o governo não contava com a maioria, ao contrário, enfrentava organizada e forte oposição de um grupo de 14 deputados de outros partidos, que impediam a aprovação de projetos do Executivo, levando o governo a uma negociação de participação em cargos desse poder, o que ocorreu logo no primeiro ano de governo. Apesar de Ronaldo Lessa ter assumido o governo do Estado, não tinha a maioria na Assembléia Legislativa, o que o estava impedindo de governar contando apenas com os partidos que constituíam sua base aliada desde o processo eleitoral que o elegeu.

A Secretaria de Saúde que, junto à Secretaria da Educação, estava sob o comando do PSB, era uma das mais disputadas, representando o foco maior de interesse da oposição. Em reunião do CES/AL (5/5/1999), a secretária estadual de

saúde propôs um convite à Assembléia Legislativa, por meio de sua Comissão de Saúde, para que esta participasse das reuniões do CES/AL, pois considerava necessário que os parlamentares constatassem como o *“setor saúde está se desenvolvendo de forma democrática, honesta, participativa e com responsabilidade”* (Ata da 4ª R. O., de 5/5/1999).

A gestão da saúde estadual privilegiou a pactuação entre os gestores, por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL), na operacionalização da Política de Saúde, priorizando o seu modelo de atenção à saúde, sem prejuízo do poder deliberativo do Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) na definição de políticas para o setor. Para tanto, buscou desenvolver ações de impacto sobre a saúde de grupos vulneráveis e, por outro lado, ampliar a legitimidade do governo nos 50 municípios alagoanos atingidos pela seca, especialmente através do programa de combate à desnutrição para crianças e gestantes, também denominado de “Movimento em defesa da vida”, que aliava prevenção, com a intensificação da cobertura vacinal; cooperação técnica e assistencial, com distribuição de leite e óleo.

Outra prioridade consistia no resgate do sistema público de saúde, através da recuperação da capacidade instalada da rede em relação às unidades de saúde e aos mini-prontos-socorros, que se encontravam sucateados, sem as mínimas condições de atendimento, superlotados, carentes de medicamentos, sem o número de profissionais suficiente, e com salários atrasados. A maior ênfase dava-se à defesa do que é público, num sistema que dependia quase que totalmente do governo federal, por meio de campanhas nacionais e de transferências de recursos financeiros. Naquele momento, o PSB, no governo de Alagoas, representava a esperança de ruptura com um passado clientelista, oligárquico e privatista do Estado.

Cabe destacar a preocupação da gestão em dar organicidade ao CES/AL, por meio de condições de funcionamento, de estrutura, de recursos materiais (retroprojektor, microfone e gravador para as reuniões) e humanos (técnicos que passaram a integrar a sua assessoria técnica), e da capacitação dos conselheiros, através da modalidade de oficinas realizadas antes das reuniões ordinárias, visando o aprofundamento de temáticas definidas pelos conselheiros.

No ano de 1999, o CES/AL publicou apenas cinco (5) resoluções, apesar da constatação de um rico processo de discussões e debates em suas reuniões, conforme demonstrado em suas atas, o que reflete o momento vivido por um

conselho que estava se estruturando, assimilando a dinâmica de seu funcionamento e conhecendo a Política de Saúde no Estado em um período de grandes dificuldades, e, ainda, com um gestor que abria a gestão à apreciação dos segmentos da sociedade e identificava no Conselho um espaço de legitimidade de suas ações. Cabe considerar, ainda, que naquele ano o CES/AL passou a contar com uma nova composição, o que provocou mudanças em algumas representações dos trabalhadores de saúde (cf. ANEXO A).

O CES/AL contou com pautas importantes para o debate em suas reuniões, sendo subsidiado pela participação das áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde no sentido de prestar esclarecimentos específicos de cada área, contribuindo assim para uma visão mais ampla do sistema estadual de saúde. Porém, apesar de se constituir em um importante campo de debates e de denúncias, o CES/AL não conseguiu dar visibilidade às suas reflexões para a sociedade por meio de deliberações.

Para que se tenha uma visão da importância dos temas debatidos pelo CES/AL em suas reuniões, destacou-se, dentre estes, a discussão sobre a situação de urgência e emergência no Estado, que marcará também a pauta nos anos posteriores; a questão da mortalidade infantil; a proposta orçamentária; as campanhas nacionais; a política nacional de sangue; os indicadores para acompanhamento da atenção básica; a central de leitos; a Proposta de Emenda Constitucional nº 29 (PEC 29); as carências nutricionais, tuberculose e hanseníase; a vigilância à saúde e modalidade de gestão pelos municípios. Assim, pode-se afirmar que o CES/AL viveu um período de intenso debate em torno de questões importantes da saúde e de acesso a informações fundamentais à sua atuação, no entanto, pouco deliberou sobre elas, ficando no nível da discussão, da denúncia, sem propostas e estratégias de ação.

Pode-se dizer que o CES/AL não foi só reativo ante a pauta, em grande medida proposta pelo gestor, mas propôs temas que foram incorporados em sua pauta e/ou em suas discussões, configurando-se muito mais como denúncia e reivindicações, embora não deliberasse sobre aqueles, definindo responsabilidades e fiscalização sobre o seu encaminhamento. Merece especial destaque a presença de gestores municipais de saúde nas reuniões do CES/AL para acompanhamento das discussões, particularmente no tocante à aprovação de seu enquadramento na modalidade de gestão requerida.

Mesmo em face da pouca capacidade de deliberação, o CES/AL delimitou, de forma clara, o seu papel como instância de deliberação da Política de Saúde, e o da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL), de pactuar, devendo a ele reportar-se, para sua necessária apreciação e homologação. A demarcação do seu espaço de controle social em relação à CIB/AL foi transformada em sua primeira resolução, de 3/3/99, determinando àquela que se detivesse *“à análise dos aspectos operativos dos pactos firmados entre os gestores e os prestadores de serviços”*. E ainda ratifica a Resolução do CES/AL nº 2, de 1/2/1998, que condicionou as resoluções da CIB/AL à homologação do CES/AL: *“Todas as resoluções da CIB/AL deverão ser remetidas para apreciação e homologação do CES/AL”*. Nesse sentido, o CES/AL, em suas resoluções, buscou delimitar seu espaço legal e legítimo de controle social perante outros espaços criados por uma gestão participativa, mas de caráter de pactuação, e não de deliberação da Política de Saúde.

Nessa linha de atuação, o CES/AL ainda deliberou sobre o Relatório de Avaliação dos 120 dias – Marco Zero da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) –, que buscava imprimir um novo tempo de gestão, e uma concepção de modelo de atenção à saúde e controle social no Governo Lessa. Porém, o foco central de suas deliberações foi voltado para a sua estruturação e funcionamento, especialmente com a instalação de sua Secretaria Executiva, considerada como um espaço de apoio técnico e administrativo, composta por profissionais da rede estadual à disposição do CES/AL, cumprindo a função de assessoria técnica. Cabe ressaltar, ainda, que o CES/AL passou a desenvolver um processo de fiscalização, por meio de suas comissões, sobre a capacidade instalada do Estado, especialmente na Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (U.E.) e nos mini-prontos-socorros, apresentando a questão reiteradas vezes para a discussão em suas reuniões, exigindo da gestão as providências necessárias ao seu funcionamento.

As resoluções da CIB/AL, nesse período, perfizeram um total de 31, voltadas para a organização dos sistemas municipais, em face da necessidade de seus enquadramentos nas modalidades de gestão do SUS, em atendimento às exigências da NOB-SUS 01/1996. Assim sendo, o município passou a assumir a responsabilidade pelo atendimento às demandas por saúde de sua população. Na agenda de prioridades da CIB/AL foram destacadas, ainda, as normatizações de TFD (Tratamento Fora do Domicílio); repasses de AIHs; estruturação da Vigilância Ambiental e Epidemiológica; assistência farmacêutica básica; fundo bipartite de

assistência farmacêutica; política estadual de medicamentos; programação e classificação de unidades hospitalares; investimentos com recursos do REFORSUS²⁵; e elaboração de seu regimento interno. As resoluções propostas pela CIB/AL foram apreciadas e homologadas pelo CES/AL, conforme sua decisão.

As pautas de discussões da CIB/AL expressaram um debate mais intenso e significativo voltado à organização da Política de Saúde em Alagoas, embora o CES/AL tenha tido o papel de deliberar sobre as pactuações e resoluções da CIB/AL. Pode-se inferir que a CIB/AL extrapolou o seu papel de pactuar sobre assuntos estritamente ligados à operacionalização do SUS, sendo convertida em espaço de definição de políticas de saúde, na medida em que tratou de temáticas estruturantes da política de saúde, como a Política de Assistência Farmacêutica, Vigilância Ambiental e Epidemiológica, Política de Medicamentos, que deveriam, por lei, ter sido discutidas e definidas no CES/AL, como instância máxima de deliberação no SUS.

A atuação dos segmentos que integram o CES/AL, nesse período, expressa os diversos e até antagônicos interesses que perpassam os grupos sociais na disputa do projeto de saúde pública que se quer construir. Cabe ressaltar que em sua nova composição, as representações do prestador privado, da Central Única dos Trabalhadores (CUT), dos trabalhadores de nível médio da saúde e o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) mantiveram-se sem alteração do seu representante, tendo sido realizado um rodízio entre as representações dos trabalhadores de nível superior da saúde. Esses sujeitos sociais reconheciam a importância de sua permanência no CES/AL, como um campo de amplas possibilidades para influir na definição da Política de Saúde, uma vez que poderia ser estabelecida uma correlação de forças em constante movimento.

Merece destaque a capacidade interventiva da representação dos prestadores privados sobre as questões relativas ao financiamento do SUS, na análise e proposições dos relatórios de gestão, no funcionamento dos fundos de saúde, nos recursos previstos nas normas operacionais e em sua relação com os serviços prestados pela rede hospitalar ao SUS. A ênfase de sua atuação voltou-se

²⁵ Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS): projeto de investimentos do Ministério da Saúde, instituído em 1996, por meio de um acordo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Mundial (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), destinado à recuperação da rede física de saúde do País e melhoria da gestão do SUS. (Cf. [www.http://reforsus.saude.gov.br](http://reforsus.saude.gov.br)).

para a defesa dos interesses do setor privado dentro do SUS, exercendo pressão junto ao CES/AL e ao gestor para que este se posicionasse quanto ao pagamento dos prestadores de serviços – ao SUS –, ou quanto à insuficiência de recursos financeiros destinados a diversos procedimentos pagos com base na tabela desse Sistema. Desse modo, os prestadores privados afirmaram o compromisso em atender às necessidades por assistência à saúde, por parte do setor privado, que não suspendeu os atendimentos, apesar da insuficiência dos recursos, e, até, do não-pagamento pelos serviços já prestados, pois, segundo seu representante, procedimentos como *“hemoterapia renal crônica, exames de hemodinâmica, radioterapia e outros vêm mês a mês produzindo acima do teto, mas mesmo assim, este foi realizado. Apesar disso não houve suspensão do atendimento aos pacientes do SUS”* (Ata de 5ª R.O., 2/6/1999).

A posição da representação dos prestadores privados dentro do CES/AL assumiu relevância, ainda, por sua inserção na Comissão de Planejamento, Orçamento e Gestão, onde as questões fundamentais da gestão foram avaliadas e colocadas para a apreciação do Pleno do CES/AL, como, por exemplo, o Relatório de Gestão, a Proposta Orçamentária, entre outras. Durante esse período, essa representação colocou-se como possível intermediário entre o gestor da saúde e a Assembléia Legislativa, na sensibilização dos deputados estaduais para a destinação de mais recursos para a saúde no Estado.

Quanto à participação dos trabalhadores de saúde, a ênfase de sua intervenção incidiu sobre a melhoria dos serviços públicos de saúde prestados à população em seus níveis de atenção e a defesa dos trabalhadores da saúde. Cabe destacar a luta pela garantia da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, especialmente na Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (U.E.), que se encontrava em reforma, chamando a atenção da gestão para a sua manutenção e a definição de uma política salarial. Essa representação conclama o CES/AL para a responsabilidade de acompanhar a destinação dos recursos alocados para a referida reforma. A representação dos trabalhadores da saúde teve seu representante eleito coordenador da Região Nordeste II (Alagoas, Pernambuco, Sergipe, Paraíba e Bahia), junto ao Conselho Nacional de Saúde, com o papel de articular e organizar as demandas e lutas dos conselhos de saúde na região.

Em relação ao segmento dos usuários de serviços de saúde, evidencia-se uma atuação com ênfase na luta pela garantia da qualidade na oferta dos serviços,

apresentando diversas demandas nas reuniões do CES/AL, advindas de suas bases e denúncias, identificadas em suas realidades específicas; já que a atuação da representação do COSEMS é de reforço ao gestor público estadual nas proposições explicitadas no CES/AL e nas prioridades estabelecidas pela gestão. Por outro lado, coloca-se claramente na posição de defesa dos interesses públicos dos municípios que representa, na disputa por recursos financeiros, em face do setor privado.

O registro das atas dá margem a várias interpretações em relação à capacidade interventiva dos seus segmentos: 1) um privilegiamento no registro das falas da gestora, dos prestadores públicos e dos prestadores privados, em detrimento do registro da intervenção dos demais segmentos; 2) que, de fato, os sujeitos que mais se expressaram na defesa e na afirmação de seus interesses no CES/AL foram: a sua gestora, os prestadores públicos (COSEMS) e os prestadores privados; 3) que os interesses expressos por esses segmentos encontravam eco e eram assumidos como seus pelos demais segmentos, daí a pouca (ou quase ausência de) tensão registrada nas atas; e 4) que as demais representações não tiveram uma capacidade propositiva durante esse primeiro ano da gestão, enquanto a gestora, o prestador público e o prestador privado assumiram uma intervenção mais propositiva e deram direção ao processo de discussão e definição das prioridades na saúde.

Entende-se que a participação de usuários e de trabalhadores de saúde no CES/AL expressa muito bem a luta pela superação de uma condição de subalternidade, que foi sendo construída no cotidiano da prática de conselheiros. Nessa luta, buscou-se ocupar os espaços dentro daquela arena pública, lado a lado com outros segmentos até então predominantes na disputa pela direção da Política de Saúde, como os gestores públicos e os prestadores privados. À medida que as representações populares foram assimilando a dinâmica de funcionamento do CES/AL, através do exercício da participação, deixaram de pedir licença para atuar e passaram a afirmar o direito de exercer o controle social na saúde.

Este processo de busca de superação da condição de subalternidade dos segmentos de usuários e de trabalhadores de saúde, ante os demais segmentos, expressou o esforço de superação de uma visão mais particular, em direção à consciência de fazer parte de algo que diz respeito à sociedade como um todo: a saúde. Nesse sentido pode-se afirmar que sendo este um processo de disputa por hegemonia, envolve diferentes sujeitos e diferentes níveis de conhecimento e de

interesses, que se confrontam na perspectiva da criação de consensos e da crítica. Gramsci (1999) afirma que o homem ativo de massa tem o conhecimento do mundo, visto que o transforma, apesar de não possuir uma clara consciência teórica. Assim, é na “luta de hegemonias políticas” que ele vai ampliando sua visão do mundo e de sua própria ação, ou seja, *“a compreensão crítica de si mesmo é obtida, portanto, através de uma luta de hegemonias’ políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo finalmente uma elaboração superior da própria concepção do real”* (GRAMSCI, 1999, p. 103).

Nesse período, a gestão do setor saúde identificava-se com um novo projeto de governo para Alagoas, que se traduzia na proposta de romper com a velha ordem oligárquica, no jeito de fazer política. Essa identificação influenciou fortemente a atuação dos conselheiros para a defesa contra as chamadas “forças do atraso”, que não aceitavam a mudança. As dificuldades vivenciadas no setor saúde eram concebidas como decorrentes das administrações públicas estaduais anteriores; entendia-se que era necessário dar um crédito de confiança e prazos para que o novo governo reorganizasse as políticas públicas, conforme os compromissos assumidos em campanha eleitoral.

Os 10 (dez) primeiros meses representaram um período de busca de organização e de reestruturação da dinâmica de funcionamento do CES/AL, e, sem dúvida, foi o espaço privilegiado de debates que perpassaram a Política de Saúde e a disputa política travada pelos grupos que faziam oposição ao novo governo.

A relação do gestor com a CIB/AL obedeceu aos preceitos estabelecidos no que diz respeito à sua função de pactuar sobre a operacionalização dos sistemas de saúde municipais e estadual, prestando contas regularmente ao CES/AL e buscando a aprovação necessária às suas resoluções. Com isso, não se registrou, nesse período, nenhuma tensão significativa que apontasse para uma disputa com o CES/AL pela hegemonia da Política de Saúde, já que o CES/AL e a CIB/AL atuavam dentro de seus limites legais e legítimos no âmbito da Política de Saúde – o CES/AL, no nível da definição, e a CIB/AL, no nível da operacionalização.

Cabe uma referência ao papel desempenhado pela assessoria técnica do CES/AL nesse período, além de sua atribuição de organização das reuniões, ata e correspondência, entre outras, que teve a função de dar organicidade ao CES/AL por meio do funcionamento de suas comissões técnicas; da identificação de temas para as oficinas de estudos; da manutenção da publicação do boletim informativo,

que servia de divulgação de agenda das ações desenvolvidas pelo CES/AL e das deliberações aprovadas.

Ainda nesse ano de 1999, o CES/AL realizou a I Plenária de Conselheiros de Saúde, que contou com o apoio do COSEMS na articulação junto aos municípios, e mesmo assim só obteve a participação de 58% dos municípios. Essa plenária tinha o objetivo de discutir as experiências em controle social na área da saúde e construir novas alternativas para o trabalho com conselhos de saúde no Estado, voltadas ao fortalecimento dessas instâncias colegiadas de participação na Política de Saúde.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito à condução de suas reuniões, às quais a gestora, como presidente do CES/AL procurou estar sempre presente: de um total de 9 (nove) reuniões, correspondentes ao período em que esteve à frente da gestão da Secretaria Estadual de Saúde, só não esteve presente a 1 (uma), indicando o respeito dirigido àquela instância colegiada de poder e de legitimação. Durante esse período, quando da ausência da presidenta, o plenário elegeu um conselheiro para presidir a reunião, de acordo com o seu regimento interno.

Em sua 9ª Reunião Ordinária (R.O.), de 1/9/1999, o CES/AL manifesta seu apoio à continuidade de Amália Amorim na gestão da saúde, em face da pressão exercida pela bancada dos 14 deputados estaduais, que condicionava seu apoio ao Governo Ronaldo Lessa à barganha de cargos em algumas secretarias, dentre elas, a de saúde. Este momento foi antecedido por todo um processo de mobilização das entidades que integram o setor saúde em defesa de sua permanência à frente da Secretaria, através de audiências com o governador, na Assembléia Legislativa, até ganhar as ruas. Mas a pressão sentida durante os 8 (oito) meses de governo, pela falta de diálogo entre o Palácio dos Martírios e a Assembléia Legislativa, e a não-aprovação dos projetos enviados pelo Executivo, fizeram com que Ronaldo Lessa cedesse, retirando Amália Amorim da Secretaria Estadual de Saúde, mantendo-a, porém, sob o controle do PSB, através do seu presidente no Estado, o médico Jurandir Bóia. Desse modo, prevaleceram os interesses do governo na construção de alianças políticas que lhe permitissem a governabilidade necessária naquele início de mandato.

Ainda naquela reunião (9ª R.O.), as falas eram no sentido de identificar a decisão tomada pelo governador em substituir a então gestora, sem considerar a posição do Conselho, como um retorno às práticas arcaicas de lidar com o poder público, o que, nas palavras de um trabalhador de saúde, seria a manutenção dos

“vícios dos governos anteriores, com relação à ‘negociata’ para o comando da SESAU”. Amália Amorim ainda acreditava na sua permanência, ao afirmar que todo aquele movimento de solidariedade a ela dirigido era *“também em solidariedade ao Governador Ronaldo Lessa, para que ele enfrente fortalecido o desafio com a ‘bancada dos 14 deputados”*. A reunião ordinária seguinte do CES/AL, que seria presidida pelo seu sucessor Jurandir Bóia, deixava claro que o grupo político ligado à gestão perdia na correlação de forças pela disputa do setor saúde em Alagoas.

A mobilização em torno da permanência de Amália Amorim na Secretaria Estadual de Saúde teve ainda um momento bastante expressivo durante a realização da II Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, em outubro daquele ano de 1999, quando, por uma comoção desencadeada pela sua saída, foi elaborada uma Moção de Apoio à gestora estadual, e uma Nota de Repúdio ao Governador do Estado, por ter cedido às pressões políticas.

A relação do CES/AL com a gestão expressava, por seus integrantes, a visão da possibilidade de ruptura trazida pela ascensão de Ronaldo Lessa ao Governo do Estado, no modo de fazer política. Sua atitude foi de crédito de confiança em relação à gestora, porém, sem prescindir da crítica: cobrando, exigindo, quando necessário. Portanto, sua postura era a de fortalecer um projeto de governo que se colocava na contramão da visão das elites do que é público, e que tinha como pressuposto central o controle social de suas políticas.

Na análise desse período de atuação do CES/AL, no tocante à direção dada em relação ao direito à saúde, pode-se considerar o claro posicionamento dos gestores públicos (secretária e COSEMS) em face do fortalecimento da capacidade organizativa do setor público de saúde, constituindo-se na segunda força junto à gestão pública, numa correlação na defesa de seus interesses ante o setor privado, dentro do CES/AL. A representação dos trabalhadores tende a apoiar as proposições do gestor, identificando-as como legítimas e assumindo-as como suas, visto que o momento é de unificar as forças progressistas em torno de um governo que propôs a ruptura com o passado conservador e a defesa da saúde pública de qualidade.

Por outro lado, a gestão de Amália Amorim deparou-se com uma disputa política pela Secretaria de Saúde, que não teve como centralidade a defesa da saúde como direito de todos. O CES/AL tomou posição de fortalecer a gestão, apoiando, tomando partido pela permanência da gestora no cargo, porém não teve

força política suficiente para influenciar o Governo quanto à necessidade de sua permanência à frente da Secretaria Estadual de Saúde. E, assim, o Governo, para não perder completamente a Secretaria de Saúde, manteve a sua direção política vinculada ao seu partido o PSB, como também a Secretaria de Educação. No entanto, nesse processo, o Governo Ronaldo Lessa perdeu, para o grupo dos 14 da Assembléia Legislativa, áreas estratégicas do setor e outras secretarias, numa tentativa de construir uma coalizão favorável ao Governo.

Em relação à participação social no CES/AL, a gestão concebeu-a como aliado fundamental na afirmação de sua legitimidade na direção da Política de Saúde, entendendo o CES/AL como uma dimensão da gestão do SUS, em que a presença ativa, propositiva e autônoma de seus segmentos permitia o necessário controle social sobre o que é público. O CES/AL, em nenhum momento, foi considerado como expressão de dificuldades, de obstáculo à execução das ações de saúde, mas um componente constitucional a ser respeitado. Para tanto, buscou-se obter as condições necessárias à sua efetivação, por meio de capacitações, de acesso a informações, de infra-estrutura que viabilizasse seu trabalho, organização de comissões, assessoria técnica, entre outras. Pode-se destacar que, nesse período, o CES/AL enfatizou a defesa do direito à saúde, na busca da qualidade e do acesso aos serviços de saúde e na cobrança do papel fundamental do Estado em garantir saúde para todos.

4.1.2. Gestão de Jurandir Bóia (PSB) – outubro de 1999 a maio de 2001

Durante a 10ª Reunião Ordinária (R.O.) do CES/AL, em novembro de 1999, o médico Jurandir Bóia (PSB) foi apresentado como seu novo presidente e gestor da saúde estadual, e já possuía, por parte do CES/AL, o reconhecimento público de sua trajetória de compromisso com as lutas sociais e de resistência à ditadura militar. Porém, mesmo reconhecendo sua relevância como homem público em Alagoas, o CES/AL apresentou sua discordância em relação à forma como o Governador procedeu à substituição da gestora anterior, cedendo *“às pressões políticas sem*

considerar a mobilização²⁶ da sociedade pela permanência da Dra. Amália na SESAU”.

Ainda nesta reunião, a assessoria técnica do CES/AL – permaneceu o mesmo grupo técnico até novembro de 1999 – fez uma intervenção de caráter educativo, chamando a atenção para o papel daquela instância como responsável pela formulação e definição da Política de Saúde, que não podia ser delegado à CIB/AL, tendo em vista o reduzido número de deliberações tomadas pelo CES/AL, como um indicador do lugar onde estão sendo tomadas as decisões do setor, afirmando que, *“se o Conselho está deliberando, ele ocupa um espaço de decisão política”*. A ata dessa reunião indica, a partir daí, uma participação mais ativa dos segmentos dos trabalhadores e usuários de saúde nas discussões no CES/AL.

A gestão Jurandir Bóia estabeleceu como prioridades a média e a alta complexidade, com ênfase na resolução imediata de problemas da Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (U.E.) e da Maternidade Santa Mônica, esta última destinada às gestantes de alto risco; na organização do sistema estadual e municipais, com a habilitação de municípios nas várias modalidades de gestão; e, ainda, na ênfase da discussão sobre os recursos financeiros (AIH), especialmente para os prestadores de serviços, tema proposto pela representação dos prestadores privados para debate nas reuniões do CES/AL.

O período Bóia caracterizou-se por assumir uma posição de coordenação e de mediação entre o governo e o CES/AL, buscando tão-somente responder aos questionamentos postos pelos conselheiros em relação às posições tomadas pelo Governador Ronaldo Lessa, que mostrava uma tendência de afastamento dos compromissos assumidos no processo eleitoral, junto ao setor saúde, dentre eles, a realização de concurso público, a recuperação da rede, especialmente a Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (U.E.), e a priorização da política de saúde.

As atas revelam que, durante as reuniões do CES/AL, o gestor pouco propôs ou deu condução ao processo de definição da Política de Saúde, recorrendo, por diversas vezes, à representação do prestador privado, na busca de apoio para a solução de problemas do setor. Suas posições eram mais reativas do que propositivas, ao mesmo tempo que fazia o papel de mediador nas discussões. Sua

²⁶ Mobilização de entidades representativas dos trabalhadores do setor saúde (sindicatos, conselhos etc.) que exerceram pressão, junto ao Governo do Estado, pela permanência de Amália Amorim à frente da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas.

agenda indica muito mais o atendimento das exigências do Ministério da Saúde (MS) e da iniciativa dos técnicos da SESA, do que uma direção política da gestão.

Bóia difere de Amorim por uma clara ausência de projeto para o setor. Enquanto Amorim colocava-se claramente em seus pontos de vista, em relação à concepção de saúde e à defesa do SUS, inclusive ante o setor privado – conduzindo o processo, levando proposições para a discussão do CES/AL –, Bóia apenas administrava as dificuldades, buscando apoio no setor privado. A posição desse gestor estadual é de defesa do Governo, afirmando o seu interesse pela melhoria da qualidade da saúde no Estado e a crença de que, apesar do acordo firmado com o grupo dos 14 deputados, mantém sua autonomia e compromisso com o projeto de governo pelo qual foi eleito, uma vez que *“não há motivo para os municípios se preocuparem, o Governador precisa ter uma maioria na Assembléia para serem aprovados os seus projetos de reforma, contudo, ele não vai ceder para transformar este Estado em um retrocesso administrativo e político”* (Ata da 12ª R.O., 5/1/2000).

O segmento do prestador privado continuou a incidir sua intervenção na defesa de seus interesses, especialmente no tocante aos recursos financeiros destinados à média e à alta complexidade, tornando-se tema recorrente a distribuição de AIHs para o Estado. Nesse sentido, toda a sua intervenção indica um grande conhecimento sobre o financiamento do SUS, da situação da saúde estadual, dos investimentos das três esferas de governo e, ainda, sobre a tramitação da PEC 29, destacando-se entre os demais conselheiros em seu poder de argumentação, devido ao acúmulo de conhecimentos nesse campo. Desse modo, esse segmento consegue colocar suas propostas fundamentadas por dados, sendo muitas vezes aprovadas pelo CES/AL, demonstrando competência no trato das questões de saúde, com base em seus interesses corporativos (Ata 11ª R.O., 1/2/2000).

A representação dos prestadores privados teve importante desempenho nas questões analisadas na Comissão de Planejamento, Orçamento e Gestão, da qual participava, e onde se discutiam todos os processos de gestão do sistema: Programação Pactuada Integrada (PPI), prestação de contas, relatório de gestão, dentre outros. Merece destaque, ainda, seu protagonismo na elaboração e apresentação do ‘Relatório sobre as distorções na distribuição dos recursos financeiros para a assistência hospitalar e ambulatorial do SUS’, que foi apresentado

no CES/AL, na Assembléia Legislativa, em sessão especial, e no Seminário sobre controle social, causando forte impacto pela consistência e pela seriedade do seu conteúdo, em que retratava as discrepâncias na destinação de recursos do Ministério da Saúde para a região Nordeste em comparação com as demais regiões do País. O referido relatório chamava a atenção para a necessidade de um aumento na tabela do SUS, relativa à assistência hospitalar e ambulatorial.

A capacidade técnica e especializada da representação dos prestadores privados através de sua atuação em defesa dos interesses de seus representados aproxima-o da visão de intelectual orgânico, vinculado aos grupos fundamentais na produção [classe]. A esse intelectual era atribuída a função organizativa e diretiva nas superestruturas, *“tendo em vista a necessidade de criar condições favoráveis à expansão da própria classe”* (GRAMSCI, 2000a, p.15-16). Nesse aspecto, essa representação desempenhou a função de ‘preposto’ [especialista] dos prestadores privados em defesa de um SUS que atendesse aos interesses do segmento por ele representado.

O segmento dos trabalhadores de saúde passou a ter uma participação mais intensa na defesa por melhores condições de trabalho no setor saúde, com ênfase na urgência e emergência. Sua principal crítica residia na questão dos recursos humanos como um grande problema para a saúde, mesmo antes do Programa de Desligamento Voluntário (PDV), quando deu ênfase à distorção de carga horária, ao número elevado de profissionais em serviços prestados, aos salários atrasados, como também ao sucateamento dos hospitais públicos e à superlotação da U.E., denunciando que *“a U.E. está se transformando em um grande ambulatório, e as unidades e os postos da periferia estão deixando de atender os pacientes porque fica mais fácil entrar no pronto-socorro para drenar para o hospital privado”* (Ata 13ª R.O., 2/2/2000). Paralelamente, o gestor questionou o convênio firmado entre a SESA, a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e hospitais privados, com o objetivo de distribuir os pacientes internados naquela unidade de emergência para a rede hospitalar privada.

Essa situação indicava a forte disputa dos recursos destinados à assistência à saúde, especialmente nos serviços que compõem a média e a alta complexidade, em detrimento do necessário investimento da rede pública. As estratégias de superação das dificuldades no setor apresentavam uma tendência em privilegiar os

interesses dos prestadores de serviços do SUS, e não o fortalecimento da rede pública, aprofundando, deste modo, a sua dependência do setor privado.

Os trabalhadores de saúde levavam para o CES/AL denúncias e agenda de lutas voltadas à situação de precarização do trabalho temporário no SUS, a questão da contratação sem concurso público, como é no caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que conseguiram colocar na pauta de discussão do CES/AL e mobilizar o Ministério do Trabalho e a Associação dos Municípios Alagoanos (AMA), buscando a construção de alternativas para o trabalho protegido dos ACS nos municípios (Ata 14 R.O., 1/3/2000). Traz, também, à pauta de discussão do CES/AL, em várias reuniões, a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) dos trabalhadores da saúde, como reivindicação histórica. Cabe destacar que, em dezembro de 2000, a capacidade organizativa claramente corporativa da categoria médica do setor saúde, junto ao Executivo e ao Legislativo, consegue a aprovação, pela Assembléia Legislativa, da Lei nº 6.160, de 20/6/2000, que institui a Gratificação de Atividade Médica (GAMED), rompendo com o Movimento Unificado dos Trabalhadores da Saúde em sua luta.

A representação dos usuários voltou a sua atuação para a defesa de ações preventivas de saúde, com participação da população através do atendimento de suas demandas, apresentadas no CES/AL. Foram feitas diversas denúncias sobre funcionamento dos serviços de saúde e sobre a rede hospitalar, como também da situação de água contaminada em municípios alagoanos, e, ainda, sobre irregularidades em concursos públicos nos municípios. Cabe destacar, ainda, denúncias de outra natureza, advindas de conselheiros municipais de saúde, que revelavam as constantes interferências do Poder Legislativo nas questões internas dos Conselhos Municipais de Saúde; a irregularidade do seu funcionamento; e o cerceamento da participação popular, dentre outras. Uma reivindicação recorrente diz respeito às condições necessárias ao funcionamento e trabalho do CES/AL, tais como transporte, espaço físico e outras. Deste modo, os usuários tinham sua atuação marcada pela denúncia, pela reivindicação, utilizando o espaço do Conselho para publicizar as precárias condições de saúde da população e exigir providência, por parte do poder público.

Neste período, tem início, de forma mais sistemática, o trabalho de acompanhamento do CES/AL aos Conselhos Municipais de Saúde no Estado, a partir de demandas colocadas por estes, no tocante a problemas relativos ao seu

funcionamento, à constatação de irregularidades na gestão, às dificuldades na relação com o gestor, ao descumprimento de suas deliberações e na interferência do Poder Executivo nas questões internas, dentre outras. Tal ação passa a se constituir numa forma de fortalecimento do controle social nos municípios, onde se constata a tensão presente na relação entre Conselhos Municipais de Saúde e Poder Público. Os Conselhos Municipais de Saúde passam a identificar no CES/AL uma autoridade e um poder capaz de ‘barrar’ os desmandos e o autoritarismo, que fazem parte do cotidiano de conselheiros de saúde que buscam exercer o controle social da Política de Saúde em municípios ainda dominados pelo poder do mando e pelo coronelismo.

Entre o ano de 2000 a maio de 2001 – período que correspondeu à gestão de Bóia à frente da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) –, o CES/AL publicou apenas 5 (cinco) resoluções, enquanto a CIB/AL publicou 50 (cinquenta). Merecem destaques as resoluções do CES/AL relativas ao cumprimento da EC 29/2000, pelo Estado, e a não-homologação da resolução da CIB/AL que havia habilitado o Município de Rui Palmeira, segundo a NOAS-SUS/2000. Essa não-homologação decorreu de irregularidades na gestão do SUS naquele município, constatadas pelo CES/AL por ocasião de visitas ao referido município. As comissões do CES/AL procederam a uma cuidadosa investigação, que resultou na elaboração de relatório e sua posterior apresentação para apreciação na plenária do CES/AL. A análise da situação constante em relatório foi confirmada pela auditoria realizada pelo Setor de Controle, Avaliação e Auditoria da SESAU, e após diversas discussões, envolvendo COSEMS, gestor municipal, políticos da região, o CES/AL decidiu pela desabilitação do município, passando a gestão de seus recursos para o Estado e estabelecendo prazos para a efetivação das mudanças necessárias à retomada de sua condição de gestão pleiteada no SUS. Para os conselheiros, tal decisão teve um significado político para um Estado como Alagoas, dominado pelo medo e pelo mandonismo.

A decisão do CES/AL foi acatada parcialmente pela CIB/AL, que elaborou uma nova resolução na qual determinava novos prazos para que o município se justificasse. O CES/AL não aceitou tal posição, mantendo o veto ao enquadramento do município, com a proposta de que o processo fosse encaminhado à CIT/MS, com a ressalva de que o CES/AL não referendava a resolução da CIB/AL, destacando, ao mesmo tempo, que as Comissões Intergestoras Bipartites *“são fóruns de negociação pactuada entre os gestores e prestadores de serviços do SUS, além das*

decisões da Bipartite serem sempre por consenso e submetidas à deliberação do CES/AL” (Ata 18ª R.O., 5/7/2000).

Diante disso, o município, orientado pelo COSEMS, recorreu à Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS), que aprovou o pleito sem considerar o parecer do CES/AL. Tal decisão gerou tensão entre este, a CIB/AL e o COSEMS, no que se refere ao poder de arbitrar sobre a questão e sobre a postura de cada um, no encaminhamento da situação, fazendo-se necessária a realização de uma reunião extraordinária do CES/AL (6ª R. E., 23/5/2001), que contou com a presença da gestora daquele município. Os conselheiros reagiram à decisão da CIT/MS e questionaram o papel exercido pelo COSEMS – orientar o município a recorrer à CIT/MS –, e ao convocar seu representante a prestar esclarecimentos, este afirmou que em face da decisão do CES/AL em não homologar a resolução da CIB/AL, *“o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), tomou a decisão de encaminhar para a CIT, isso foi uma decisão do Colegiado, não houve desrespeito”*. Em face de tal posição e das reflexões desenvolvidas no debate entre os conselheiros e na presença da gestora municipal, o CES/AL deliberou que se solicitasse ao Ministério Público uma representação contra a posição do Ministério da Saúde, do COSEMS e da CIB/AL.

Este foi um confronto muito intenso entre CES/AL e CIB/AL que tensionou as relações entre as instâncias e trouxe para o CES/AL a preocupação do papel de cada um e o poder de cada espaço na definição da Política de Saúde do Estado, reafirmando, em diversas reuniões, o seu papel de deliberar, e o da CIB/AL de pactuar nos limites da operacionalização, visto que, de acordo com a NOB-SUS/01/1996, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foram reafirmadas como fóruns de negociação entre os gestores dos sistemas de saúde, onde são *“apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem como pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governos”*.

Esse fato evidenciou claramente uma correlação de forças na disputa por hegemonia entre duas instâncias importantes para o SUS: o Conselho de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite, na disputa por espaços, competências e papel dentro do Sistema Estadual de Saúde. De um lado, a CIB/AL, como uma instância de pactuação, integrada por gestores e técnicos altamente especializados nas questões concernentes ao setor. Desse modo, a CIB/AL contava com uma

composição que aliava capacidade técnica e força política, na busca de autonomia de suas resoluções, que até aquele momento se encontravam subordinadas à aprovação do CES/AL. Por outro lado, o CES/AL, como uma instância legal e legítima de poder deliberativo, era composto também por representações de movimentos sociais vinculados à luta pela saúde que realizavam um trabalho de militância. Naquele momento, desempenhavam uma nova tarefa: a de conselheiros de saúde. Sem contar com uma assessoria especializada que pudesse ajudá-los em seu trabalho, e com pouco acesso às informações, estabeleceu-se uma correlação de forças desigual, levando o CES/AL a um desgaste político decorrente da ofensiva desencadeada pelos gestores públicos na defesa de uma maior autonomia da CIB/AL para decidir sobre as resoluções que deveriam passar pela homologação do CES/AL.

Apesar da pouca capacidade de deliberação constatada através de suas resoluções, o CES/AL promoveu a discussão de importantes temáticas para o setor saúde, publicizando a grave situação que ainda persistia na rede estadual. Nesse sentido, promoveu a cobrança dos gestores e do Estado no cumprimento da EC 29/2000, como também dos compromissos de campanha assumidos junto aos trabalhadores de saúde, especialmente o de elaboração do PCCS da saúde como um tema sempre colocado em discussão nas reuniões pelos trabalhadores de saúde, em que participa efetivamente através da inserção de seus conselheiros na comissão formada para a sua elaboração. A luta pela abertura de concurso público para cobrir as carências da rede, sobretudo em urgência e emergência, situação que se agravou após o Programa de Demissão Voluntária (PDV) promovido pelo Governo anterior, exigiu a regularização da situação dos trabalhadores contratados como serviços prestados.

O CES/AL também buscou acompanhar e fiscalizar as condições de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), denunciando irregularidades na forma de contratação, no regime de trabalho, e, ainda, com respeito às perseguições políticas e demissões injustificadas. Outra temática que mobilizou o CES/AL em sua discussão foi a sua reestruturação em decorrência das exigências colocadas pela Resolução 33/CNS quanto à paridade em sua composição, requerendo a mudança em seu regimento interno.

Em maio de 2001, durante a 6ª reunião extraordinária do CES/AL, o gestor estadual comunicou aos conselheiros o seu afastamento da SESA. Nesse

momento, o Governo Ronaldo Lessa estabeleceu uma nova aliança com o PSDB, buscando alargar a sua capacidade de negociar junto ao governo federal, e também um maior apoio do Legislativo, mudando a estratégia política de conduzir a gestão na saúde, notadamente com o CES/AL, visto que a gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) seria conduzida por um técnico indicado pelo PSDB, distanciando-se, desse modo, da perspectiva política assumida, até então, pelos gestores vinculados ao PSB, na mudança proposta para Alagoas. No entanto, Bóia alegou como motivo para a sua saída o acúmulo das funções de secretário da saúde e presidente do PSB, justificando que o governador, ao buscar um apoio maior no âmbito federal decidiu afastá-lo. Tranqüilizou os conselheiros em relação à sua saída, afirmando que *“as propostas e políticas desenvolvidas em sua gestão não irão mudar e que o motivo dessa mudança foi em prol do melhor para Alagoas”*.

4.1.3. Gestão de Álvaro Machado (PSDB) – junho de 2001 a dezembro de 2002

O Governo Lessa promoveu a terceira mudança na gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), ainda em seu primeiro mandato, trazendo a força política do PSDB como aliado importante no cenário político nacional e estadual, capaz de contribuir com a articulação de setores do governo federal fundamentais para que Alagoas encontrasse saídas para a crise em que vivia, visto que o Presidente da República (FHC) e o Ministro da Saúde (José Serra) integravam o PSDB enquanto força política hegemônica naquela conjuntura. Além de reforçar sua base política, na Assembléia Estadual, com essa aliança. O novo secretário, Álvaro Machado, era funcionário da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com destacada atuação no Ministério da Saúde, indicado pelo senador Teotônio Vilela Filho (PSDB). Foi, também, o gestor estadual que permaneceu o maior tempo à frente da SESAU e o responsável por posições no CES/AL que incidiram sobre o poder de decisão, dessa instância, na Política de Saúde Estadual.

O novo gestor assumiu a SESAU definindo como prioridade a redução da mortalidade infantil no Estado. Para tanto, estabeleceu algumas metas que

considerava fundamentais, tais como: a expansão do PSF, com cobertura de 100% do Estado; a investigação de óbitos maternos e infantis; a humanização do parto e do nascimento; a implementação do Programa Bolsa Alimentação; a ênfase na atenção básica; a criação de um programa de triagem neonatal; a Iniciativa Hospitalar Amigo da Criança; a implantação do Fundo Especial para o Registro Civil (FERC); e a capacitação para a assistência ao recém-nascido. Sua gestão foi voltada para a implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Alagoas, em consonância com as exigências da NOAS-SUS/2001, voltada à organização da média e da alta complexidade no Estado. E, ainda, buscou atender às determinações dos programas e ações definidas pelo Ministério da Saúde, como a implantação do Cartão SUS; o pacto de indicadores da atenção básica; e as campanhas nacionais de vacinação.

Em relação ao Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) o gestor diferenciou-se de seu antecessor por se posicionar claramente em suas reuniões, fundamentado por um projeto de saúde, defendido pelo PSDB, em nível nacional. Esse projeto enfatizava a efetivação de programas dirigidos aos segmentos considerados vulneráveis, a realização de campanhas nacionais, enfim, a definição de políticas mais focalistas, afastando-se da perspectiva universalista do SUS. A vinda de Álvaro Machado para a gestão da SESA, juntamente com um grupo de técnicos também advindos da FUNASA, com experiência na área de saúde pública, e, ainda, o reconhecimento da capacidade de articulação e de trânsito do gestor junto ao Governo Federal – Ministério da Saúde –, junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e à Associação dos Municípios Alagoanos (AMA), gerou expectativas em relação ao desempenho do gestor estadual na condução da Política de Saúde do Estado. Por outro lado, a vinculação política do gestor com o PSDB implicou questionamentos de como seria a relação entre a SESA e o governo estadual, do PSB.

O CES/AL, por sua vez, enfatizou a defesa da melhoria da urgência e emergência no Estado, a luta pela elaboração e a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da área da saúde e buscou uma reestruturação coerente com os princípios da paridade, da democracia e da reafirmação de seu poder na direção da Política de Saúde. Em relação à sua organicidade, o CES/AL discutiu exaustivamente a proposta de Projeto de Lei que dispõe sobre a sua reestruturação, mobilizando seus integrantes em comissões e reuniões para aprofundamento de

questões e posterior deliberação, em que se destacou como polêmica central a questão da eleição direta e entre seus membros titulares – em plenária –, de seu Presidente e Vice-presidente, não contemplada no Projeto de Lei. Os conselheiros reivindicaram, ainda, a destinação de orçamento próprio para o seu funcionamento e para o desempenho de suas atribuições. Neste primeiro ano sob a presidência de Álvaro Machado (junho a dezembro de 2001), o CES/AL emitiu 13 (treze) das 15 (quinze) resoluções aprovadas em 2001.

A temática do PCCS da área da saúde foi permanentemente retomada como ponto de discussão e de cobrança por parte da representação dos trabalhadores, sendo, inclusive, transformada em resolução (nº 007, de 20/6/2001) para que a SESAU agilizasse sua elaboração e implantação. Os trabalhadores de saúde não deixaram de colocar em debate a situação da Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (UE), devido à elevada demanda a ela dirigida, à sua estrutura física deficitária e à insuficiência de pessoal técnico. A atuação do segmento de trabalhadores não deixou de acompanhar o desenvolvimento da situação, tornando públicas, nas reuniões do CES/AL, suas denúncias, proposições e exigindo soluções por parte da gestão estadual. A partir desse ano, o CES/AL passou a analisar e homologar a transferência e o remanejamento de servidores da FUNASA, segundo a Instrução Normativa nº 03, art. 13, para evitar perseguições a servidores por parte de governos municipais e estaduais, a partir de denúncias encaminhadas pelo sindicato da categoria, o Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal de Alagoas (SINTSEP), à exceção das transferências solicitadas pelo próprio servidor.

Dentre as deliberações aprovadas pelo CES/AL encontram-se aquelas que expressam a direção dada à área da saúde pela nova gestão: a Agenda Estadual de Saúde de Alagoas para 2001, com as proposições do gestor; o Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde de Alagoas e o seu correspondente Plano Diretor de Investimentos para a saúde; o Pacto de Indicadores da Atenção Básica para 2001; o Relatório de Gestão da SESAU 1999. Por outro lado, apresentou resoluções em defesa dos interesses dos trabalhadores da saúde, exigindo agilidade por parte da SESAU na elaboração e implantação do PCCS da área da saúde e, ainda, na convocação de reuniões extraordinárias de Conselhos de Saúde nos municípios que foram denunciados ao CES/AL por demitirem trabalhadores de saúde.

A posição tomada anteriormente pelo CES/AL de não aprovar a resolução da CIB/AL, que habilitava o Município de Senador Rui Palmeira, volta a ser discutida durante a 29ª R.O., de 1/8/2001. A discussão girou em torno da reafirmação do CES/AL como uma instância colegiada de poder no SUS e que, segundo representação dos trabalhadores, *“tem por finalidade a formulação de estratégias e o desenvolvimento do controle da execução da política de saúde”*. Em meio à discussão, o gestor fez uma intervenção que convenceu os conselheiros a mudar o procedimento estabelecido na Resolução nº 002 do CES/AL, de 1998, que determinava a relação com a CIB/AL. Sua posição foi justificada com base em sua experiência como Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS), defendendo a liberdade e a autonomia do CIB/AL no desempenho do seu trabalho, deliberando do ponto de vista operacional, afirmando ainda ser um equívoco do CES/AL homologar suas deliberações, argumentando que tal poder transcendia às suas atribuições e reconhecendo ser a CIB/AL:

uma instância que deve ter liberdade, autonomia e poder de deliberação sobre os aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde, no âmbito de cada Estado. Desde a NOB/SUS/96, há um entendimento de que, essas questões de habilitação, são questões operacionais do sistema, o município pode estar habilitado e apesar disso, estar executando uma política municipal de saúde contrária às diretrizes do SUS, sendo necessário, a intervenção do Conselho e se tomar algumas medidas. Afirma que o Conselho Estadual de Saúde não tem a competência de decidir sobre a habilitação ou não dos municípios, mas deve acompanhar a Bipartite no cumprimento de seu papel. Diz que há certo equívoco, no que diz respeito às resoluções da Comissão Bipartite ser remetidas para apreciação e homologação do Conselho Estadual de Saúde. Propõe que a Bipartite deverá se fazer presente às reuniões do CES, para colocar o que foi deliberado, seja em torno de resolução ou não, passando a ter um posicionamento do Conselho (Ata da 29ª R.O., de 1/8/2001).

Em sua 39ª Reunião Ordinária, realizada em 7/11/2001, o CES/AL aprovou uma resolução de ordem geral, com base em uma questão particular – a competência de desabilitar ou não um município –, perdendo o poder de homologar as resoluções da CIB/AL em qualquer questão por ela discutida e pactuada. Que o CES/AL entendesse como questão operacional a habilitação de um município em alguma modalidade de gestão, pode-se até admitir, porém, estender tal entendimento a toda e qualquer pactuação e resolução da CIB/AL, sem dúvida alguma, significou abrir mão da prerrogativa de dar direção à política de saúde e de controlar o que os gestores estão definindo entre eles. Sua Resolução nº 013, de

7/11/2001, art. 2º, preconiza que *“resoluções da CIB/AL [devem ser] remetidas para conhecimento do CES/AL”*. Tal decisão resultou em perda política, visto que transferiu grande parte da pauta de discussão e de decisão da Política de Saúde para a CIB/AL, cabendo ao CES/AL a prerrogativa de, tão-somente, tomar conhecimento de suas decisões. Isso contribuiu para uma correlação de forças desfavorável para o CES/AL na disputa por hegemonia, na formulação e controle social da Política de Saúde em Alagoas, na medida em que o espaço da CIB/AL passou a ser privilegiado pelo gestor, dada a agilidade de sua dinâmica de funcionamento e, também, pela natureza de sua própria composição ser tão somente de gestores. Desse modo, o CES/AL sofreu uma grande perda de poder decisório no âmbito da Política de Saúde, em razão de o gestor, por meio da CIB/AL, tomar decisões concernentes ao SUS e definir os assuntos que são passíveis à homologação do CES/AL.

A CIB/AL publicou, durante o ano, 58 (cinquenta e oito) resoluções voltadas à implementação das prioridades da gestão, consolidada em sua Agenda Estadual de Saúde para 2001, enfatizando a adesão dos municípios ao Programa Bolsa Alimentação; a criação do Fundo Estadual de Assistência Farmacêutica Básica; ampliação de ACS e ESF nos municípios; a adequação dos municípios à NOAS/2001; os tetos financeiros da assistência de média e alta complexidade; estruturação da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, dentre outras. Com base na resolução nº 13, de 7/11/2001, do CES/AL, a CIB/AL passou a apresentar relatório de atividades e resoluções aprovadas naquele fórum para dar conhecimento ao pleno do CES/AL, por meio do gestor estadual, também seu presidente, que não encontrou resistências e/ou questionamentos junto ao CES/AL.

As conseqüências dessa decisão implicaram perda de poder do CES/AL na definição da Política de Saúde, assim como contribuíram para restringir a participação da sociedade civil ali representada em sua formulação e controle público. Nessa correlação de forças o CES/AL terminou por ocupar uma posição de subalternidade em relação à CIB/AL pois esta se caracterizava como uma instância de pactuação, tendo em vista a operacionalidade do SUS

No decorrer do ano de 2002, o CES/AL realizou 2 (duas) reuniões regionalizadas nos Municípios de Arapiraca (5 de junho) e Palmeira dos Índios (6 de novembro), em cumprimento da deliberação da IV Conferência Estadual de Saúde e da IV Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, com o propósito de descentralizar

suas reuniões, possibilitando o intercâmbio com os gestores e Conselhos Municipais de Saúde, tornando o CES/AL mais conhecido e aproximando os conselheiros estaduais das diferentes realidades de saúde no Estado. A definição de sua pauta de discussão seguia a rotina estabelecida no Regimento Interno, porém, naquele momento, abriam-se espaços para reflexões sobre a situação de saúde daquela região e deliberações por parte daquele colegiado.

Em 2002, o Governo Ronaldo Lessa, respaldado na Lei nº 6.311, de 30/4/2002, promoveu uma reforma administrativa na SESAU, apresentando um novo formato em seu modelo de gestão pública, que atingiu a gestão e colocou desafios a serem enfrentados pelo CES/AL, especialmente no tocante ao PCCS da área da saúde. O gestor informou sobre a reforma administrativa durante a 36ª R.O. (8/5/2002) ao CES/AL que cobrou do Governo a ampla participação das entidades representativas dos trabalhadores da saúde, do gestor estadual e do próprio CES/AL nas discussões para elaboração do Projeto de Lei que trata da carreira e subsídios dos trabalhadores da saúde. Cabe destacar que, em 2002, Ronaldo Lessa iria disputar a reeleição ao Governo de Alagoas, e os conselheiros analisaram que este era um momento favorável à negociação, visto ser um ano eleitoral. Por outro lado, a reforma atingiu, também, os trabalhadores dos hospitais públicos estaduais Portugal Ramalho, Maternidade Santa Mônica e Hospital de Doenças Tropicais, que passaram a integrar a Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). O CES/AL se posicionou no sentido de promover o seu debate, esclarecer as questões e, acima de tudo, colocou-se ao lado do trabalhador de saúde para que este não fosse mais destituído em seus direitos, através do debate entre seus representantes, os gestores da SESAU, UNCISAL e governo do Estado.

Nesse momento, estabeleceu-se uma clara disputa pelo controle da gestão dos hospitais em questão, entre a SESAU e a UNCISAL. Para o gestor estadual, esses hospitais, porque eram de referência estadual, pertenciam à estrutura administrativa da SESAU, e, portanto, deveriam permanecer sob a sua gerência, apesar de salientar que *“sua posição não significa disputa de poder, nem de recursos, mas, o fortalecimento das duas instituições e, conseqüentemente, da Política Estadual de Saúde”* (Ata da 41ª R.O., de 10/10/2002), enquanto o gestor da UNCISAL defendia a sua vinculação àquela universidade por sua natureza de hospital-escola, atendendo às exigências do Ministério da Educação (MEC). Para o segmento dos trabalhadores, o essencial era a situação funcional dos que atuavam

naquelas unidades e o desempenho de suas funções, destacando a urgência de elaboração do PCCS como *“a forma mais abrangente de resguardar a vida funcional do trabalhador de saúde”*.

O ano de 2002 foi marcado pela tensão com o gestor estadual, provocada pela análise e parecer das comissões do CES/AL em relação ao Relatório de Gestão 2001. O Relatório foi analisado por 4 (quatro) comissões: Planejamento, Orçamento e Gestão; Legislação e Normas; Recursos Humanos; e Ação à Saúde, apresentando parecer baseado em uma análise fundamentada, expressando um amadurecimento político do CES/AL em relação ao desempenho de sua atribuição legal de avaliar a Política de Saúde. No decorrer de sua 40ª R.O., de 13/9/2002, o relator geral expôs o processo de trabalho das comissões, por meio de reuniões, consultas, documentação etc., e constatou *“existirem discrepâncias entre o que foi apresentado no Relatório de Gestão 2001 e o Relatório de Gestão Financeira 2001”*. Foi solicitado que a SESAU complementasse as informações de vários itens, estabelecendo um prazo de 30 dias para esclarecimento das pendências indicadas, especialmente nos itens folha de pagamento; incentivo a servidores; medicamentos; e equipamentos ortopédicos, dentre outros. Cabe destacar que a ata reproduziu integralmente o Relatório geral das comissões do CES/AL, como também os esclarecimentos dados pelo gestor. Ressalte-se, ainda, a contribuição da representação do prestador privado, na condição de relator-geral das comissões do CES/AL, para a análise e parecer do Relatório de Gestão 2001 através de um parecer minucioso que suscitou questionamentos ao gestor sobre pontos considerados obscuros, que posteriormente foram esclarecidos e depois aprovados pelo CES/AL, com várias recomendações a serem encaminhadas (Ata 40ª da R.O., de 13/9/2002).

Para o CES/AL todas as solicitações e recomendações feitas pelas comissões foram prontamente atendidas pelo gestor estadual, como também os esclarecimentos prestados pelas áreas técnicas da SESAU em suas várias reuniões, destacando que esta era a primeira vez que o CES/AL desenvolvia um trabalho de avaliação com tantos desdobramentos. Após os devidos esclarecimentos, as comissões apresentaram uma proposta de recomendação ao Relatório de Gestão 2001, que prontamente foi aprovada pelo seu Pleno. O parecer das comissões condicionava a aprovação do Relatório de Gestão da SESAU 2001 ao atendimento a algumas exigências, dentre elas, o empenho no sentido de impedir a redução dos

valores aplicados em saúde, pelo Estado, com recursos próprios, *“uma vez que foram aplicados, no ano de 2000, 10,93% e previstos, para o ano de 2001, 8,59%”* (Ata 40ª R.O., de 13/9/2002). Esse foi um momento bastante festejado e reconhecido por todos aqueles que integravam o CES/AL, pela relevância daquele trabalho e pela capacidade de criação de consensos, visto que o próprio gestor acatou o parecer das comissões, enfatizando que o CES/AL cumpriu o seu papel, considerando ser

motivo de orgulho o fato de pertencer a um conselho capaz de realizar um trabalho dessa natureza, com uma análise exemplar. [...]. Afirma que este Parecer é uma importante contribuição à Saúde Pública de Alagoas e que a partir da análise realizada, mudanças importantes vão acontecer na atuação do CES/AL, da Secretaria Estadual de Saúde, bem como no âmbito das Secretarias Municipais e até no COSEMS (Ata 40ª R.O., de 13/9/2002).

Apesar da posição aparentemente democrática, esse processo evidenciou o quanto a gestão era resistente a uma efetiva fiscalização e controle público sobre a execução das políticas de saúde e a utilização dos recursos financeiros destinados ao setor. O predomínio de uma cultura política marcada pelo autoritarismo e pela centralização das decisões encontrava-se ainda presente nos gestores públicos, que foram obrigados a se curvar perante a força da participação consciente dos setores sociais representados no espaço público do Conselho. O CES/AL, por sua vez, aprendeu uma lição de exercício de independência e de autonomia ante o gestor, assim como de responsabilidade intransferível de controle social da Política de Saúde, em um Estado que ainda não conseguiu superar sua herança oligárquica, autoritária e fisiologista de fazer política e de lidar com o espaço público.

Mereceu destaque, ainda em 2002, o processo de capacitação dos conselheiros de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e Núcleo de Saúde Pública da UFAL. A proposta do Ministério da Saúde para Alagoas atingia 70% dos conselheiros no Estado. O CES/AL buscou sensibilizar o gestor para a importância da formação dos 1.276 conselheiros alagoanos, sendo necessário que a SESAU assumisse os 30% restantes para que esta meta fosse atingida. A assessoria técnica do CES/AL resgatou, ainda, o processo de capacitação vivenciado em 1998, quando foram capacitados 98% dos conselheiros de saúde em Alagoas (Ata 34ª R.O., de 6/2/2002). Frente à reivindicação dos conselheiros, o gestor estadual assegurou recurso financeiro complementar para o desenvolvimento das capacitações em todo o Estado.

O CES/AL conquistou outros avanços em sua organicidade, com a socialização de suas atas na página da SESAU, na internet, incentivando os Conselhos Municipais de Saúde a tomarem a mesma iniciativa em relação aos seus municípios. Foi, também, a partir deste ano, que o CES/AL contou com dotação orçamentária para viabilizar o desenvolvimento de suas atribuições (Ata 36ª R.O., de 8/5/2002). Por outro lado, houve um avanço em sua capacidade de respostas às demandas colocadas pelos Conselhos Municipais de Saúde, por meio da decisão de estabelecer um intercâmbio com estes conselhos, realizando visitas aos municípios com o objetivo de conhecer a organização e a dinâmica de funcionamento, na medida em que considerava importante a presença do CES/AL na discussão sobre o papel dos conselhos em municípios com dificuldades no exercício de práticas democráticas.

Em relação aos seus segmentos, durante o ano de 2002, a intervenção do COSEMS teve uma mudança de posicionamento em relação à pauta do CES/AL. Constatou-se a redução de suas intervenções, diferentemente das gestões anteriores, quando mantinha um protagonismo que contribuía na definição das prioridades da Política de Saúde no Estado. Uma explicação possível para essa mudança pode residir no fortalecimento de um novo espaço de decisão que a CIB/AL passou a constituir no SUS, visto que esta não precisava mais submeter suas decisões ao CES/AL, que agora passou a tomar conhecimento daquilo que foi pactuado entre o gestor estadual e municipal. Assim, o CES/AL deixou de ser percebido, pelo COSEMS e pelo próprio gestor estadual, como o principal espaço de definição da Política de Saúde, sendo enfatizada, por sua vez, a pactuação entre os gestores na CIB/AL, além de negociações diretas nos gabinetes, onde se recorria a práticas políticas de barganha tidas como ultrapassadas pela força da legislação que rege o setor. Dessa forma, o CES/AL perdeu poder na correlação de forças com a CIB/AL na disputa pela hegemonia da Política de Saúde.

Os trabalhadores de saúde mantiveram a reivindicação da agilidade da elaboração do PCCS da área da saúde, como também na denúncia sobre a situação do caos vivido pela Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (E.U.), referindo que *“os pacientes do 2º andar ficam nos corredores, sem colchões, macas e que já virou enfermaria e não tem recursos humanos suficientes para o atendimento a esses pacientes”* (Ata 42ª R.O., de 6/11/2002), ao tempo que cobraram do gestor a solução daquela situação que comprometia o atendimento à população. Foram eles,

também, que reivindicaram o ponto de pauta sobre a questão dos medicamentos excepcionais, que teve desdobramentos futuros para a gestão. Fizeram a defesa dos trabalhadores em regime de prestação de serviços, que, a partir da realização do concurso público, caso não fossem aprovados, poderiam perder seus empregos, o que causaria um grande impacto sobre a vida daqueles trabalhadores precarizados e desprotegidos.

A atuação da representação dos usuários incidiu sobre problemas de saúde e de prestação dos serviços públicos deficitários, apresentando as demandas de suas bases pelo acesso à rede pública. Teve, ainda, uma atuação importante no cumprimento das regras estabelecidas coletivamente pelo CES/AL, em seu regimento interno, com relação à forma de votação das matérias discutidas em suas reuniões, expondo, de forma clara, as propostas e o posicionamento dos conselheiros ante elas.

O gestor estadual procurou manter sua liderança à frente do setor saúde através da promoção de diversas ações de impacto na sociedade e no governo, pela utilização da mídia, na divulgação de inaugurações de serviços de saúde, na realização de campanhas nacionais e, ao mesmo tempo, buscando legitimidade no CES/AL, inclusive pressionando-o para que este elaborasse uma moção de apoio à sua gestão e que fortalecesse sua posição dentro do governo. O CES/AL aprovou essa moção de apoio, ainda que a despeito do questionamento de alguns conselheiros (Ata 43ª R.O., de 11/12/2002).

Em relação à capacidade propositiva do CES/AL, no ano de 2002, das 18 (dezoito) resoluções aprovadas, 50% referiam-se à aprovação de liberação de servidores da FUNASA, apesar de manter uma pauta expressiva de temáticas relativas à saúde, e posteriormente deliberadas, como: o Plano Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário; o Concurso Público para a SESA e UNCISAL, como resultado de um longo processo de luta das categorias dos trabalhadores de saúde e pauta constante de discussão no CES/AL; como também o Relatório de Gestão 2000 e 2001, que gerou momentos de tensão entre o gestor estadual e o CES/AL. Assim, apesar de temáticas relevantes, das demandas e denúncias advindas da sociedade, o CES/AL pouco interferiu nos rumos da Política de Saúde no ano de 2002.

Em contrapartida, a CIB/AL teve um número de 57 (cinquenta e sete) resoluções publicadas que tratavam de questões fundamentais para a saúde, como

o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador e a Rede Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador; o contrato de prestação de serviços no SUS; a relação de medicamentos essenciais; a criação da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física; o Projeto Piloto de Microrregionalização da Saúde no Estado, dentre outras, mantendo uma posição hegemônica na definição da Política de Saúde.

4. 2 - O Conselho Estadual de Saúde no Governo Ronaldo Lessa – 2º mandato: 2003-2006

4.2.1. Gestão de Álvaro Machado (PSDB) – janeiro de 2003 a maio de 2005

A gestão de Álvaro Machado à frente da SESAU foi mantida no novo mandato de Ronaldo Lessa, após sua reeleição ao governo de Alagoas, enquanto em outras secretarias foram necessárias mudanças para atender às coalizões articuladas e aos compromissos assumidos durante a campanha eleitoral. O gestor estadual manteve-se fortalecido no governo, através da aliança com o PSDB, com o apoio de suas lideranças no Congresso Nacional.

O ano de 2002 havia sido marcante para o CES/AL em relação ao amadurecimento político no cumprimento do seu papel de controle social da Política de Saúde em Alagoas. Dois fatos contribuíram para o progresso de sua caminhada de forma determinante, especificamente, na atuação dos conselheiros de saúde, durante o ano de 2003: primeiro, o processo de intercâmbio com os Conselhos Municipais de Saúde, o que o aproximou da realidade de saúde em suas particularidades e do exercício do controle social nas diferentes regiões do Estado. O segundo fato foi representado pelo forte impacto produzido na consciência dos conselheiros estaduais no seu papel de fiscalização da Política de Saúde, em decorrência do processo vivenciado durante a análise do Relatório de Gestão 2001. Esse processo – também de caráter formativo – promoveu uma qualificação dos

conselheiros no que se refere às análises dos relatórios de gestão subseqüentes, visto que acumularam conhecimentos a partir da experiência vivida no momento anterior, promovendo uma mudança na postura do próprio gestor, quando este considerou aquele momento como um marco na história do SUS em Alagoas, o que pode ser ilustrado pela sua fala na abertura da primeira reunião do CES/AL no ano de 2003, em que ele afirma que está *“junto do CES/AL não só para fortalecer as ações que estão dando certo, mas também para corrigir. O que não está sendo realizado corretamente, sendo essa, a responsabilidade dos gestores”* (Ata 44ª R.O., de 12/2/2003).

Em relação ao trabalho de intercâmbio com os Conselhos Municipais de Saúde, o CES/AL recebeu diversas denúncias relativas à falta de condições para o funcionamento dos conselhos, à falta de apoio do gestor, do desrespeito às suas deliberações, à ingerência política e à não-observação do princípio da paridade em sua composição, dentre outras, exigindo um posicionamento do CES/AL ante essas situações. O CES/AL buscou, ainda, acompanhar os conselhos em suas dificuldades, averiguar as denúncias, recomendar e orientar os gestores no que toca à sua relação com os conselhos de saúde, quando necessário. Uma das formas de atuação mais utilizada foi a visita aos municípios, quando alguma denúncia era encaminhada e/ou quando solicitada a presença de conselheiros no município e, ainda, quando da realização de conferências municipais de saúde.

Durante o ano de 2003, o CES/AL acompanhou mais de 10 (dez) municípios e seus conselhos de saúde para averiguar denúncias de irregularidades, deixando claro o seu caráter educativo e não punitivo, ou seja, o objetivo era *“conhecer o CMS e o sistema de saúde local, mas não com a intenção de punir, ao contrário, prestar apoio para o seu funcionamento”* (Ata 45ª R.O., de 12/3/2003). A partir das visitas, o CES/AL começou a construir alternativas metodológicas para o acompanhamento aos municípios, com o objetivo de dar respostas às suas demandas, envolvendo, nesse trabalho, as áreas técnicas da SESAU em seu diagnóstico e em sua resolução.

Com esse trabalho, o CES/AL objetivava constituir-se como uma referência consolidada de controle social da Política de Saúde para os conselhos municipais e para os movimentos da sociedade, sem deixar de lado a preocupação com a violência, tão presente em Alagoas, notadamente no campo das lutas sociais, com reflexos na prática dos conselheiros de saúde. Bem a propósito da discussão, foi

lembrado o assassinato do prof. Paulo Bandeira²⁷ por ter denunciado os desvios dos recursos do FUNDEF, enfatizando que a crueldade de sua morte soava como um alerta para todos aqueles que lutam por justiça, em seu trabalho junto aos municípios. O representante dos usuários advertiu que *“a cada dia as questões vão se acentuando e que daqui pra frente, os conselheiros vão ter que ser mais diplomáticos e mais ponderados para poder realizar o seu trabalho e ao mesmo tempo não ter medo, porque vem ‘chumbo grosso’ para os Conselhos, da mesma forma que está acontecendo no FUNDEF”* (Ata 49ª R.O., de 9/7/2003). Tal depoimento expressou, com clareza, o risco de se fazer política numa sociedade, como a alagoana, marcada por uma cultura de violência, de intolerância com os diferentes e com os opositores, onde não existe espaço para o debate democrático. Aos movimentos sociais colocava-se o desafio de fortalecer os espaços públicos existentes e de construir novas alternativas capazes de promover uma real socialização da política. Nesse cenário, os conselhos de saúde constituíam um espaço privilegiado de socialização da Política de Saúde, trazendo à cena sujeitos coletivos até então alijados do processo decisório – os movimentos dos trabalhadores –, confrontando o poder de uma minoria que persiste teimando em manter sua hegemonia no Estado de Alagoas.

Em relação ao Relatório de Gestão 2002, o trabalho de análise e elaboração de parecer, pelas comissões do CES/AL, constituiu-se, uma vez mais, não só como um momento de tensão em face da gestão, mas também de crescimento político dos conselheiros na defesa dos interesses públicos na disputa do SUS, tendo como cenário o CES/AL, em seu papel de fiscalizador da Política de Saúde. Mesmo tendo sido aprovado o seu Relatório de Gestão, o gestor estadual recebeu do CES/AL um crédito de confiança para o restabelecimento das condições irregulares indicadas no parecer, estipulando prazos, atitudes e ações por parte da SESA. Durante a 50ª reunião ordinária de 6/8/2003, a relação entre o gestor estadual e a comissão que procedeu à apreciação do referido Relatório ofereceu indicações de tensão, em face das solicitações da comissão à gestão, que cobrou esclarecimentos. Segundo o gestor, as informações solicitadas pela comissão *“foram de uma infinidade nunca*

²⁷ O professor Paulo Bandeira foi assassinado em 2/6/2003, depois de ter denunciado desvios de verbas do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (FUNDEF) na cidade de Satuba/AL e o envolvimento do então prefeito Adalberon de Moraes. Este foi apontado como mandante do assassinato do professor e encontra-se foragido. O assassinato do professor Paulo Bandeira foi transformado numa bandeira de luta contra a impunidade e violência sofrida por aqueles que lutam por direitos e justiça em Alagoas. Cf. www.gazetaweb.com.br.

antes vista na história da SESAU e que, inclusive, o Setor Financeiro e Contábil está totalmente empenhado no levantamento de todas as informações que envolvem a análise de mais de 25 mil processos de todo o ano de 2002”.

Na 51ª Reunião Ordinária (R.O.) do CES/AL, em 24/9/2003, o gestor promoveu uma contra ofensiva à Comissão, levando para o seu Plenário um relatório intitulado “Resposta da SESAU às solicitações da Comissão Mista do CES/AL que analisou o Relatório de Gestão da SESAU ano 2002”. Nesse relatório foram apensados 19 (dezenove) anexos entregues à Secretaria Executiva do CES/AL. A reação da Comissão foi imediata, demonstrando estranheza em relação à atitude do gestor em encaminhar o relatório à apreciação do Plenário e não à Comissão responsável pela análise. O relator esclareceu que a Comissão vinha trabalhando há dois meses na análise do Relatório de Gestão, contando com os técnicos da SESAU, e que o CES/AL *“vem prestando um serviço de relevância ao SUS em Alagoas, referendado a partir da análise do Relatório de Gestão 2001”*. O gestor justificou sua atitude afirmando que sua intenção era dar conhecimento aos conselheiros em sessão plenária, daí por que essas informações deveriam ser remetidas à Comissão Mista, para que *“sejam dirimidas quaisquer dúvidas e seja agendada uma data para que o Relatório de Gestão seja apreciado e a Secretaria Executiva da Saúde possa aprimorar sua gestão administrativa”*.

O parecer sobre o Relatório de Gestão 2002 foi colocado para apreciação do Plenário do CES/AL em sua 53ª R.O., de 12/11/2003, após a renúncia do então relator-geral – representante dos prestadores privados –, decorridos dois meses de trabalho, sendo substituído por um conselheiro representante dos trabalhadores de saúde, que só havia participado de 2 (duas) reuniões do CES/AL. O ex-relator se colocou diante do plenário justificando a sua decisão, por entender que *“ele dispunha de dois ou três pareceres, mas que se esforçou para chegar àquelas conclusões e que não conseguia se sentir à vontade para alterar aquele Parecer”*. A Comissão colocou em votação dois pareceres: um redigido durante o trabalho do relator anterior e pedindo a sua aprovação na íntegra, e um segundo parecer, com modificações promovidas pelo atual relator, orientando os conselheiros para a sua aprovação, mediante as seguintes recomendações:

- Que, no menor tempo possível, sejam corrigidos os dados do SIOPS com o devido encaminhamento das planilhas corrigidas ao DATASUS, com cópia para o CES/AL;

- Encaminhar ao CES/AL a conclusão do inquérito administrativo sobre medicamentos excepcionais e quais as providências tomadas;
- Refazer, no prazo de 60 dias, o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) firmado entre a SESAU e o município de Maceió;
- Agilizar as gestões necessárias junto ao Governo do Estado, para garantir o cumprimento da EC 29/2000 com o percentual mínimo de 12% (doze por cento) de recursos próprios, no ano de 2004;
- Apresentar ao CES/AL as Programações Anuais;
- Submeter à aprovação do CES/AL as modificações na aplicação dos recursos financeiros da Programação Anual da SESAU (Ata 53ª R.O., de 12/11/2003).

O conselheiro que havia desenvolvido anteriormente a função de relator posicionou-se perante o CES/AL deixando claro que, mesmo com a tensão existente e as pressões sofridas durante a sua realização, aquele trabalho constituiu-se em um processo de aprendizado para os conselheiros, embora considerando que *“este ano foi traumático para alguns Conselheiros e também para o Presidente do CES/AL. Todos os momentos em que a Comissão Mista e o CES/AL se reuniram, foi no sentido de contribuir para construção do SUS melhor para Alagoas”*. Finalizou seu pronunciamento afirmando que aprovaria o Parecer atual como um crédito de confiança ao Governo, mas que os conselheiros deveriam *“cobrar do Governo do Estado maiores investimentos para a saúde e que os recursos destinados pelo Governo Federal para as ações de saúde, sejam aplicados naquilo que foi definido”*. Para o gestor esse processo foi muito traumático para a SESAU, que passou por momentos difíceis em sua gestão. Enfatizou que, *“durante esse período, que trouxe muitos problemas para a SESAU e toda a equipe, surgiram deturpações de que o CES/AL teria constatado irregularidades/ desvios na aplicação de recursos. Todo esse aprendizado se refletirá em uma melhor estruturação da SESAU”*²⁸. Ao término da discussão, o plenário do CES/AL aprovou o parecer sobre o Relatório de Gestão da SESAU 2002, apresentado pelo segundo relator-geral de sua Comissão Mista.

Embora todo esse processo de discussão tenha proporcionado um crescimento político ao CES/AL, especialmente no exercício de sua função de fiscalização dos recursos destinados à saúde, não conseguiu manter uma posição organizada e permanente para a conquista de mais espaço político no SUS. Mesmo se contrapondo ao gestor público quando suas ações ameaçavam subsumir sua

²⁸ As irregularidades foram constatadas pela Comissão de Sindicância Administrativa instalada pela SESAU, e o Ministério Público Estadual apresentou denúncia junto à Polícia Federal, indiciando os envolvidos.

função deliberativa, o CES/AL ainda teria um longo aprendizado para tornar-se força hegemônica. Segundo Gramsci (2000b, p.46), faz-se necessário entender que *“o elemento decisivo de cada situação é a força permanentemente organizada e há muito preparada, que se pode fazer avançar quando se julga que uma situação é favorável”*.

Além do Relatório de Gestão 2002, as temáticas mais discutidas e de maior relevância para o CES/AL, durante o ano de 2003, foram o PCCS, a dispensação de medicamentos excepcionais, a reestruturação do CES/AL e a situação da urgência e emergência no Estado. Em relação ao PCCS da área da saúde, após sua elaboração por uma comissão formada pelo governo – com participação de representação das categorias do setor –, o CES/AL, considerando a importância desse momento para os trabalhadores, manteve a discussão em suas reuniões e, em especial, a convocação de uma reunião extraordinária (19/3/2003) com a finalidade de apreciar o Anteprojeto de Lei que dispõe sobre as carreiras dos profissionais da SESAU.

Para a representação dos trabalhadores da saúde este foi um momento importante para o setor, devendo contar com a participação das entidades e do CES/AL na efetivação do PCCS, porém com a clareza de que era preciso manter o espírito de luta, considerando que seriam indispensáveis os esforços de todos para a sua implantação, *“sendo necessário que os trabalhadores sejam agentes de divulgação desse Plano para se conseguir em menor espaço de tempo a sua implementação”*. O CES/AL referendou o PCCS da SESAU e da UNCISAL e constituiu uma comissão para o acompanhamento de sua tramitação até a sua aprovação pela Assembleia Legislativa. Contudo, em sua 49ª R.O. (9/7/2003), a representação dos trabalhadores de saúde expôs a sua insatisfação com a falta de interesse do Governo no encaminhamento do PCCS, visto que o entendimento dos trabalhadores era diferente daquele dado pelo Governo, no que se refere aos trabalhadores do setor em atividade considerada ‘meio’, ou seja, é a compreensão do governo de que a *“atividade meio não pode ser contemplada no plano, então os servidores da área administrativa que trabalham na saúde não são considerados da saúde e qualquer modificação que contemple esses servidores, deve ser ampliada para todo Estado”*. A posição da representação dos trabalhadores foi em defesa da isonomia para os trabalhadores de saúde no PCCS, tornando pública a defesa do

seu segmento e afirmando que *“não está existindo reciprocidade por parte do governo, que até o momento não se posicionou”*.

Em relação à sua reestruturação o CES/AL buscou contribuir, efetivamente, com proposições a serem incorporadas ao texto legal e que possibilitassem o atendimento às suas preocupações, no tocante a aspectos importantes, tais como: a forma de escolha de seus componentes, a composição, o mandato, a forma de deliberação, a modalidade de eleição de seu presidente, e do vice, entre outras. Esses pontos foram consubstanciados no Projeto de Lei nº 2000/19767/2001, que só em 2005 seria transformado na Lei nº 6.577, de 19/1/2005. Naquele momento, existiu todo um empenho dos conselheiros em construir um instrumento legal que pudesse nortear sua intervenção no SUS. Posteriormente, porém, o CES/AL questionou a versão que se encontrava na Assembléia Legislativa, visto que não contemplava uma de suas mais caras deliberações em relação à proposta de lei: a eleição direta e entre seus membros titulares de seu presidente e vice-presidente, ressaltando que a proposta defendida no CES/AL é a de que *“o Presidente do Conselho será eleito entre os membros e que, inclusive tem sido defendido nos municípios onde a Comissão do CES/AL vem realizando visitas”* (Ata da 52ª R.O., de 8/10/2003)²⁹.

O tema da dispensação de medicamentos excepcionais foi trazido ao CES/AL por um usuário do programa de Assistência Farmacêutica do Estado, em sua 48ª R.O., de 6/6/2003, indicando que *“o grande problema são as filas quilométricas que pessoas vindas do interior são obrigadas a enfrentar, com condições físicas e ambientais adversas para receber a informação da falta de medicamentos indispensáveis para manutenção da vida desses pacientes”*. Solicitou que o CES/AL seja um canal aberto para que esses usuários *“denunciem qualquer problema de atendimento e/ou falta de medicamentos”*. Cabe ressaltar que essa era uma das pendências constatadas no Relatório de Gestão 2002, com recomendação para o seu equacionamento, e que foi motivo de constantes cobranças dos conselheiros ao gestor durante as reuniões do CES/AL.

A temática sobre a Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (U.E.) – sempre colocada em discussão pela representação dos trabalhadores de saúde no

²⁹ Em 19/1/2005 foi instituída a Lei nº 6.577, que dispõe sobre a finalidade, competência, estrutura e recursos do Conselho Estadual de Saúde (CES/AL), entretanto, não define a forma de escolha da presidência e vice-presidência dessa instância do SUS.

CES/AL – foi convertida num importante ponto de pauta em sua 48ª R.O., de 6/6/2003, contando com a participação de seu diretor para prestar esclarecimentos sobre a difícil situação de superlotação e de sobrecarga de trabalho das equipes, por diversas vezes denunciada. Segundo o seu diretor, aquele era um hospital de grande rotatividade, de atendimento aos grandes traumas e de referência no Estado. Entretanto, em face da falta de assistência à saúde da população, tornou-se *“a única porta aberta do sistema, pois frequentemente pacientes são encaminhados sem contato prévio e muitas vezes o cidadão não tem local para ser socorrido, independente de ser emergência”*. Deste modo, a U.E. tem suprido a demanda por assistência, e mesmo ambulatorial, da população da capital, do interior e até de outros Estados. Muitos desses pacientes não constituíam casos de urgência, apresentando-se quatro causas mais comum de internação: o AVC agudo, o infarto, a insuficiência cardíaca e o diabetes. O CES/AL determinou a formação de uma Comissão paritária para estudar e propor alternativas para superar a situação vivida pela U.E. Desse modo, o CES/AL era considerado como um espaço de denúncia, de apresentação de demandas e de cobranças, ao gestor, sobre questões de sua responsabilidade, assim como de discussão de soluções dirigidas para a atenção à saúde.

Durante o ano de 2003, o CES/AL publicou 84 (oitenta e quatro) resoluções, aumentando assim a sua capacidade propositiva ante a definição da Política de Saúde e o debate político, tendo em vista a busca de alternativas para enfrentamento dos problemas de saúde, identificados por seus segmentos. Dentre as resoluções aprovadas, destacaram-se aquelas relativas ao Anteprojeto de Lei sobre carreiras da SESA e UNCISAL; o Serviço Residencial Terapêutico, para usuários do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy; a realização de conferências municipais e estadual de saúde; a Implementação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência do Estado de Alagoas (SAMU – 192), segmento Maceió; a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), vinculada ao CES/AL. No entanto, cabe ressaltar que das 84 (oitenta e quatro) resoluções, 46 (quarenta e seis) referiam-se à celebração de convênios entre a SESA e o Ministério da Saúde, encaminhados *ad referendum* do Conselho de Saúde pelo gestor, que os colocou em pauta, para serem aprovados em bloco. Restou ao CES/AL apenas, aprovar, para não ser responsabilizado pela falta de recursos advindos desses projetos para a saúde (Ata da 51ª R.O., de 24/9/2003).

Já a CIB/AL aprovou 77 (setenta e sete) resoluções, mantendo o CES/AL informado daquilo que foi pactuado entre os gestores logo no início de suas reuniões ordinárias pelo próprio gestor, o que ocorreu em apenas 2 (duas) das onze (11) reuniões realizadas durante o ano. Com isso, aumentava a autonomia da CIB/AL perante o CES/AL, que, por sua vez, não questionou e/ou se pronunciou acerca da ausência daquela em suas reuniões, para dar conhecimento sobre as resoluções ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde.

Em 2004, a gestão de Álvaro Machado elaborou o Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2004-2007, referenciado no Plano Plurianual dos governos federal e estadual, organizado em torno de três grandes programas: o “Programa A Saúde Mais Perto de Você”, considerado prioritário por abranger as ações de saúde em seus diversos níveis – atenção básica, operacionalização da média e alta complexidade –; vigilância em saúde; operacionalização da política de medicamentos; desenvolvimento da política de recursos humanos para o SUS; fortalecimento do planejamento e gestão para a saúde; infra-estrutura; Programa de Administração, que tratava da estrutura organizacional da SESA, incluindo o CES/AL, que se encontrava vinculado ao Gabinete do Secretário de Saúde; e, por fim, o Programa de Projetos Especiais, criado para tratar dos precatórios judiciais.

As diretrizes básicas contidas no Plano Estadual de Saúde 2004-2007 foram: a redução da mortalidade infantil; a garantia da atenção básica em todos os municípios, tendo como principal estratégia o modelo saúde da família; a definição e implementação do modelo de regionalização de atenção à saúde, com ênfase no atendimento de emergência; a garantia de acesso aos medicamentos básicos; o fortalecimento da gestão municipal e a melhoria na qualidade da informação (Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2004-2007).

Cabe destacar que para a sua apresentação, apreciação e aprovação pelo CES/AL, para que fosse posteriormente encaminhado à Assembleia Legislativa, tornou-se necessário que se realizassem 3 (três) reuniões (54ª, 55ª e 57ª R.O.), que tiveram como ponto de pauta sua análise e aprovação, assim como a análise de sua Programação Orçamentária para o exercício de 2004. Para os conselheiros, foi um momento de grande relevância no desempenho de suas atribuições na definição da Política de Saúde, visto que o Plano de Saúde *“é um instrumento que possibilitará aos conselheiros acompanhar e fiscalizar as implementações das ações da SESA”* (Ata 55ª R.O., de 04/02/2004). Entre os questionamentos levantados no momento de

sua discussão, merece destaque o item relativo aos recursos destinados aos medicamentos excepcionais e o necessário cumprimento, por parte do Estado, de acordo com as determinações da EC 29/2000, que estabelecem o percentual de 12% do seu orçamento, no mínimo, destinado às ações de saúde. O gestor, por sua vez, assumiu o compromisso de cumprir as deliberações do CES/AL no tocante à programação orçamentária, afirmando que, após a sua aprovação, o documento *“será a ‘Bíblia’ da SESAU e qualquer solicitação só será autorizada, se estiver na programação, registrando que enquanto permanecer na gestão da SESAU, essa programação será um instrumento de gerência”* (Ata 57ª R.O., de 7/4/2004).

A discussão em torno da Programação Orçamentária da SESAU 2004 também mobilizou o CES/AL em sua discussão, especialmente em relação à dotação orçamentária destinada ao seu funcionamento, considerada insuficiente para suprir as necessidades de deslocamentos, capacitação, local de trabalho da secretaria executiva e de suas comissões, que naquele momento dividia um espaço pequeno com os técnicos da CIB/AL. O CES/AL havia elaborado o seu Plano Operativo 2004, elegendo suas necessidades e prioridades com vistas ao pleno desenvolvimento de seu trabalho. Em sua 61ª R.O., de 2/9/2004, o CES/AL aprovou o parecer de sua Comissão Mista que recomendou a aprovação do seu Plano Operativo 2004, com a exclusão de dois itens até então defendidos pelos conselheiros e considerados essenciais para o desenvolvimento de seu trabalho: a aquisição de veículo destinado ao trabalho de articulação e o aluguel de um imóvel para funcionamento de sua equipe técnico-administrativa e para as reuniões de suas comissões.

Outro momento marcante para o setor saúde foi o desvio de recursos financeiros da SESAU, denunciado pelo próprio gestor, envolvendo funcionários da própria Secretaria de Estado da Saúde e funcionários de agências bancárias a ela conveniadas, que se converteu em um grande escândalo, com manchetes em jornais e na mídia, o que enfraqueceu o comando no setor. A questão foi posta em discussão em reunião extraordinária (27/7/2004) do CES/AL, convocada pelo próprio gestor, que buscava explicá-la e conseguir apoio político em face do seu desgaste público. O ponto de pauta tratava dos desvios de recursos da Assistência Farmacêutica que compunham o Fundo Estadual de Assistência Farmacêutica. O gestor fez uma exposição detalhada dos fatos aos conselheiros, deixando claro que os funcionários envolvidos constavam *“da cota de cargos comissionados indicados*

pelo Governador do Estado” (Ata da 10ª R.E., de 27/7/2004), apresentando as providências que foram tomadas junto à Polícia Federal, Ministérios Público Federal e Estadual, Auditoria do Ministério da Saúde e, naquele momento, junto ao CES/AL.

Os conselheiros prestaram solidariedade ao gestor por sua iniciativa e apoio às medidas tomadas, porém resgataram o processo de análise do Relatório de Gestão 2003, quando a Comissão Mista solicitou uma série de documentos que não foram repassados, dentre eles, a prestação de contas de 2003, assim como o Relatório de Gestão 2003, afirmando que *“se o material tivesse sido fornecido ao CES/AL no momento em que foi solicitado, seria mais uma argumentação em favor de todos do setor saúde que, indiretamente, estão envolvidos e talvez fosse possível identificar algum lançamento de crédito ou débito diferente do normal”* (Ata da 10ª R.E., de 27/7/2004). Ainda nesta reunião, o CES/AL aprovou uma moção de apoio às medidas adotadas pelo gestor para a apuração dos fatos, tornando-os públicos.

A questão voltou a ser discutida em sua 61ª R.O., de 2/9/2004, como ponto de pauta, também por solicitação do gestor estadual. Na ocasião, o gestor solicitou ao Plenário a aprovação de uma resolução para garantir celeridade no ressarcimento dos recursos desviados, pelas agências bancárias envolvidas. Os conselheiros argumentaram já ter sido aprovada uma moção de apoio e, naquele momento, consideraram mais prudente o CES/AL não se manifestar, visto que *“pode haver alterações no valor do ressarcimento até a conclusão do inquérito e que a celeridade deve ser cobrada dos responsáveis pelo inquérito”*. Em resposta, o gestor resolveu retirar a proposta, esclarecendo que sua solicitação deveu-se à preocupação pela devolução urgente daqueles recursos públicos, comprometendo-se em manter o CES/AL informado até a conclusão do inquérito. Assim, o gestor estadual não encontrou o respaldo político que buscou no CES/AL, o que era considerado muito importante em face do desgaste sofrido dentro do Governo, fragilizando a aliança PSB/PSDB.

O relatório final da Comissão de Sindicância Administrativa da SESAU para apuração do desvio de recursos de sua conta foi apresentado pelo gestor na 63ª R.O., de 3/11/2004, destacando que 70% dos recursos foram ressarcidos pelas agências bancárias e que o Ministério Público Estadual entrou com uma ação, indiciando 56 (cinquenta e seis) pessoas físicas e jurídicas. Diante dos acontecimentos, os conselheiros exigiram a contratação de uma assessoria contábil durante a análise do Relatório de Gestão 2003, para que pudessem exercer o seu

trabalho com segurança, visto que estavam se considerando *“lesados em virtude dos conselheiros não terem conseguido perceber esses desvios”*.

Uma decisão do gestor estadual mobilizou o CES/AL: o remanejamento de sua equipe técnica e administrativa, por parte do gestor estadual, sem consulta prévia aos conselheiros e sem apresentar nenhuma justificativa para essa mudança. Diante dessa decisão, os conselheiros solicitaram a convocação de uma reunião extraordinária, tendo sido realizada no dia 28/4/04, por entender que de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003, que define as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, *“a Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão”* (Resolução CNS nº 333/2003, 4ª diretriz, inciso III). A mudança foi decorrente da postura assumida pela equipe técnica do CES/AL, por entender que sua função era garantir o repasse das informações necessárias aos conselheiros de saúde, durante a realização do trabalho da Comissão Mista, que analisou o Relatório de Gestão 2001 e 2002. No entendimento do gestor a equipe técnica, apesar de prestar serviços ao CES/AL, era vinculada à gestão, devendo com isso atender às necessidades e aos interesses da SESAUI.

A reunião não contou com as presenças do presidente e do vice-presidente, que encaminharam uma Nota Técnica de sua Assessoria Jurídica visando esclarecer que o CES/AL não tinha competência para discutir uma questão de caráter administrativo, com base no entendimento de que os integrantes da equipe técnica são *“servidores públicos, estão hierarquicamente subordinados, repita-se, ao Secretário Executivo da Saúde e ao Chefe do Poder Executivo, posto que integrantes do quadro de pessoal do Poder Executivo”* (Ata da 9ª R.E., 28/4/04), chamando a atenção para a construção de uma boa relação, que deveria ser meta entre o controle social e gestor, afirmando, no final, que o CES/AL, apesar do seu poder deliberativo no SUS, *“não dispõe de competência legal para avaliar atos de competência exclusiva e de pertinência legal da direção superior da SESAUI”* (Idem).

Mesmo diante desses fatos, os conselheiros decidiram manter a reunião, elegendo o presidente da sessão entre seus membros e deliberando pela formação de uma comissão paritária para audiência com o gestor, a fim de intermediar a questão e tentar resolvê-la, com a indicação de permanência de sua equipe. Nesse sentido, os conselheiros expressaram a concordância com uma possível ampliação

da equipe técnica do CES/AL, reafirmando que a vinculação da Secretaria Executiva ao seu Plenário visa coibir arbitrariedades e perseguições, freqüentes em Alagoas.

O processo de negociação e entendimentos com o gestor pela manutenção da equipe técnica e administrativa teve sua resolução anunciada na 58ª R.O., de 19/5/04. Na ocasião, o gestor procurou esclarecer os conselheiros sobre a atitude tomada, explicando que toda a polêmica em torno da questão deveu-se a *“uma falha de comunicação”* e que a sua pretensão era realizar um *“rodízio de técnicos, ou seja, uma troca entre as Secretarias Técnicas da CIB e Executiva do CES, mas esta proposta não foi bem aceita, resultando num consenso compor uma equipe única”*. Entretanto, destituiu a secretária executiva do CES/AL de sua função, substituindo-a por uma técnica da CIB/AL, advinda da FUNASA e pertencente ao mesmo grupo técnico-político do gestor, e que gozava da confiança deste, passando, deste modo, a coordenar as duas equipes. Contudo, em decorrência da pressão exercida pelos conselheiros junto à gestão, a secretária executiva afastada pôde continuar compondo a equipe técnica do CES/AL, como reconhecimento do trabalho por ela desenvolvido junto aos conselheiros, sendo merecedora de sua confiança e da necessária autonomia da atuação do CES/AL ante a gestão, e entendendo que, embora os técnicos fossem funcionários públicos estaduais, estes se encontravam subordinados ao pleno do CES/AL.

Em relação aos seus segmentos, constatou-se um aumento no número de pontos de pauta solicitados por outros segmentos, que não o gestor, haja vista que em sua 56ª R.O., dos 6 (seis) pontos de pautas previstos, 3 (três) foram apresentados por usuários de saúde. Este segmento também teve papel importante em levar para o CES/AL reivindicações e denúncias, utilizando-se do momento de informes gerais nas reuniões, mesmo que a questão não estivesse contemplada como ponto de pauta, transformando o Conselho em um importante espaço de publicização e de lutas por suas demandas.

O segmento dos trabalhadores de saúde focalizou sua intervenção na defesa dos direitos dos trabalhadores de saúde, em especial daqueles que trabalham em urgência e emergência, como também daqueles que trabalham sob o regime de contratação temporária, denunciando a exclusão dos trabalhadores da área administrativa do PCCS da Saúde (Ata 55ª R.O., de 4/2/2004). Esse segmento apresentou como bandeira de luta, dentro do CES/AL, para sua discussão e posicionamento, a questão dos medicamentos excepcionais e de alto custo

alegando que *“a situação da farmácia de dispensação está caótica, não no aspecto do atendimento por parte dos profissionais, que vem envidando esforços para prestar um bom atendimento aos usuários, mas na forma de organização dos serviços”* (Ata 56ª R.O., de 3/3/2004).

Na reunião subsequente, a questão retornou mais uma vez em forma de denúncia, sendo, nesse momento, o enfoque voltado para a falta de medicamentos, em decorrência das reclamações de usuários, que levaram ao conhecimento dos trabalhadores que estariam aguardando medicamentos há quatro meses (Ata 57ª R.O., de 7/4/2004). O gestor alegou dificuldade para manter o programa e que a perspectiva era de que a SESAU *“terá que priorizar quais os pacientes que deverão receber medicamentos e quais os que serão excluídos”*, justificando serem insuficientes os recursos destinados pelo Ministério da Saúde, diante das necessidades do Estado. Dessa forma, constata-se que a focalização das ações de saúde foi se configurando como uma tendência que se afastou dos princípios da universalização e da integralidade preconizados pelo SUS. A representação dos trabalhadores reafirmou o direito à saúde e a obrigação do Estado em promovê-la, visto que a questão financeira não pode se sobrepor à saúde, devendo ser resolvida para a efetivação do acesso desses serviços para todos: *“a questão financeira deve ser resolvida de alguma forma, porque o não atendimento pode acarretar processo judicial e até cadeia”* (Ata 57ª R.O., de 7/4/2004).

Em relação à sua capacidade de intervenção na Política de Saúde, o CES/AL publicou 53 (cinquenta e três) resoluções durante o ano de 2004, e a CIB/AL um total de 79 (setenta e nove), relativas ao mesmo período. Dentre as resoluções que expressam a participação do CES/AL na definição da Política de Saúde em Alagoas, merecem destaque: a discussão do Plano Estadual de Saúde 2004-2007; a realização das etapas estaduais e municipais das Conferências de Saúde Bucal, e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; a implantação do Conselho Gestor da Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (U.E.); o Projeto de reforma do Laboratório Industrial e Farmacêutico (LIFAL); e a Instalação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS (MENP/SUS).

Na última reunião ordinária do CES/AL (Ata da 64ª R.O., de 29/12/2004), a Comissão Mista, responsável pela análise e parecer sobre o Relatório de Gestão 2003, contando com a assessoria contábil de docentes da UFAL, apresentou o seu relatório à apreciação do Plenário, constatando uma melhoria nos indicadores de

saúde, em especial, em relação à mortalidade infantil e materna, na implantação do SAMU – 192 e na implantação da Unidade de Emergência do Agreste, em Arapiraca. No entanto, indicou a não-observação do princípio da paridade na composição do CES/AL, a não-aplicação de recursos do orçamento do Estado para a saúde, de acordo com a EC 29/2000, que naquele ano atingiu apenas 8,96%, como também que as recomendações feitas durante a aprovação do Relatório de Gestão 2001 e 2002 foram atendidas em 67%, o que demonstra que *“o CES/AL está atento ao cumprimento de todas as suas recomendações”*.

A Comissão Mista orientou o Plenário para a aprovação do Relatório de Gestão 2003, condicionando-a ao atendimento das seguintes pendências: a reformulação dos Termos de Compromissos entre Entes Públicos; o cumprimento da EC 29/2000; o cumprimento do Decreto nº 1.232, de 30/8/1994, que estabelece o repasse regular fundo a fundo; e a conclusão do processo dos desvios de recursos da saúde, promovido pelo Ministério Público Estadual e pela Polícia Federal, propondo o adiamento de sua aprovação para o início de 2005.

O gestor, apesar de acatar o parecer da Comissão Mista, destacou que o seu conteúdo deveria se constituir na agenda da SESAU para 2005, argumentando que *“das quatro pendências apontadas pela Comissão, três não dependem da SESAU, reafirmando que a não aprovação traz prejuízos, visto que a celebração de convênios é exigida o R.G. [Relatório de Gestão] aprovado”*, repassando para o CES/AL o ônus da saúde estadual por sua não-aprovação, com o atraso de recursos tão necessários, propondo a sua aprovação com o seguinte adendo: *“Exigir que o Secretário Estadual de Saúde a cada Reunião Ordinária do CES/AL, forneça as informações sobre o andamento do processo acerca dos desvios, bem como das medidas adotadas para a conclusão do mesmo”*. O Plenário, ante as pressões e o peso de ser responsabilizado por quaisquer prejuízos causados à população, aprovou o parecer da Comissão Mista, com a reformulação proposta pelo gestor estadual.

Após a aprovação do Parecer, o gestor afirmou que não houve *“vencidos, nem vencedores, visto que a essência do relatório foi mantida, parabenizando mais uma vez a comissão”* (Ata da 64ª R. O., de 29/12/2004), anunciando que estava em discussão sua possível saída da pasta da saúde, sem, no entanto, relacionar esse processo à perda de seu prestígio político, em face do desgaste sofrido pelos

desvios dos recursos financeiros da SESAU em sua gestão. Informou, ainda, que não sabia se estaria presente à primeira reunião do CES/AL em 2005.

Cabe considerar que, no período de Álvaro Machado à frente da SESAU, embora o CES/AL tenha alcançado importante desenvolvimento no exercício de seu papel de controle social, particularmente na análise dos relatórios de gestão e no estabelecimento de exigências ao gestor, condicionando a sua aprovação, tal postura não se deu por concessão e/ou permissão por parte do gestor estadual, mas como consequência da capacidade técnica e política desenvolvida pelos conselheiros de saúde. Porém o CES/AL perdeu espaço na disputa pela hegemonia da Política de Saúde para a CIB/AL, quando permitiu que esta determinasse que assuntos de sua pauta de discussão deveriam ser submetidos à aprovação do CES/AL.

Diferentemente do que ocorreu na gestão de Amália Amorim, quando o CES/AL tomou a defesa de sua permanência à frente da SESAU no momento em que o Governo era pressionado para substituí-la, em relação à saída de Álvaro Machado, o CES/AL não envidou esforços para a sua manutenção como gestor da saúde estadual. Nesse momento, o gestor vivenciava uma crise de hegemonia ou de legitimidade, que teve origem desde a análise do Relatório de Gestão 2001, durante o ano de 2002, e foi aprofundada pelos escândalos de desvios de recursos da saúde em sua gestão. Pode-se dizer que o gestor estadual perdeu o consenso, fracassou em sua função de dirigente, visto que os conselheiros não se identificavam com sua visão de gestão e “não mais acreditavam no que antes acreditaram” (GRAMSCI, 2000b, p.184), passando a questionar a gestão, deixando claro o abalo sofrido na relação com o gestor, antes alicerçada no consenso e legitimadora de encaminhamentos e definições propostas pelo gestor na formulação da Política de Saúde.

4.2.2. Gestão de Kátia Born (PSB) – junho de 2005 a março de 2006

Kátia Born (PSB) assume a gestão da SESAU após a saída de Álvaro Machado (PSDB), desgastado pelos escândalos dos desvios de recursos financeiros da saúde destinados a medicamentos excepcionais. Born, que integrava o grupo político de Lessa desde a organização do PSB em Alagoas, havia sido secretária municipal de saúde de Maceió no período em que ele era prefeito. Sua gestão trazia a expectativa da retomada de princípios defendidos no primeiro mandato de Ronaldo Lessa para a área da saúde: a valorização do funcionalismo público, o compromisso com o resgate da rede pública de saúde de qualidade e a reafirmação da participação social no SUS.

A primeira reunião do CES/AL (65ª R.O.), em 2005, só foi realizada no mês de junho, quando ocorreu a posse de seus novos membros e de sua presidenta Kátia Born, tendo em vista que, após a aprovação da Lei nº 6.577, de 19/1/2005, voltada à sua reestruturação, foi desencadeado o processo de articulação e escolha, através de eleição, das forças sociais e políticas representativas no setor saúde que passariam a integrar sua nova composição, em consonância com a referida legislação. A Lei, que no ano anterior tinha sido objeto de reivindicação e de disputa dentro do CES/AL e em face das forças políticas conservadoras dentro da Assembléia Legislativa, foi aprovada sem contemplar, no entanto, uma de suas mais preciosas bandeiras: a eleição direta, entre os membros titulares, do presidente e do vice-presidente (cf. ANEXO B).

O CES/AL passou à discussão do seu Regimento Interno (R.I.), elaborado por uma comissão formada por conselheiros e pela equipe técnica de assessoria, sendo apresentada uma proposta durante a 13ª R.E., de 22/6/2005. Os questionamentos levantados incidiram sobre sua estrutura organizacional, considerada verticalizada, sendo proposta a instalação de uma mesa diretora para democratizar sua atuação e conduzir suas reuniões. Porém essa proposta foi inviabilizada pela necessidade de seguir a Lei nº 6.577/2002, que não contempla tal estrutura. Outro ponto polêmico referiu-se à eleição direta, e entre os membros titulares, do presidente e do vice, cujo artigo na referida lei sofreu veto do governador. A questão foi novamente discutida durante a sua 66ª R.O., 6/7/2005, quando os conselheiros afirmaram

jamais ter abdicado da prerrogativa de eleger o presidente e o vice, propondo a elaboração de uma moção de protesto ao governador pelo veto ao art. 5º da Lei. No entanto, o voto de Minerva da gestora reprovou a proposta. Começou aí uma luta permanente dos segmentos do CES/AL, especialmente das representações de trabalhadores e usuários de saúde, numa busca de democratização da dinâmica de funcionamento daquela instância de controle social, que elegeu como bandeira de luta a defesa da composição de uma mesa diretora e a eleição de seu presidente, e vice.

Com o advento de Born à presidência do CES/AL, um aspecto importante a ser considerado foi o retorno das equipes técnicas da CIB/AL e do CES/AL às suas respectivas estruturas e trabalhos específicos, e, ainda, o retorno da técnica destituída de seu cargo à coordenação da Secretaria Executiva do Conselho, passando a assumir suas funções já durante a primeira reunião do ano de 2005, ocasião em que esta conduziu a posse dos conselheiros eleitos, da nova composição do CES/AL. Tal fato deixou bem claro que o seu afastamento pelo gestor anterior representou uma questão política e que a sua permanência na equipe técnica ocorreu por força da vontade dos conselheiros, independentemente da vontade do gestor.

Durante a gestão de Kátia Born, o CES/AL aprovou 27 (vinte e sete) resoluções. Dentre as mais importantes, destacaram-se aquelas relativas à realização das Etapas Estaduais da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Esse fato gerou polêmicas, mobilizando o CES/AL em debate durante 3 (três) reuniões ordinárias (69ª, 70ª e 71ª) e 1 (uma) extraordinária (15ª). A polêmica deu-se em torno do formato de realização das etapas municipais defendidas pelo CES/AL, enquanto o COSEMS discordava dessa orientação, inclusive nacional, sob a alegação de uma sobrecarga de trabalho enfrentada pelos secretários municipais de saúde, como também por uma crise de representatividade sofrida pela entidade. Nesse sentido, o COSEMS esclareceu que *“o Colegiado [COSEMS] vem enfrentando sérias dificuldades em incentivar a participação dos secretários municipais no Colegiado, que conta atualmente com a participação de apenas 50%”* (Ata 15ª R.E., 10/10/2005). A partir desse entendimento, o CES/AL orientou para a

realização das conferências municipais e da Etapa Estadual de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Das 27 (vinte e sete) resoluções aprovadas pelo CES/AL, 14 (quatorze) estão relacionadas à movimentação de servidores da FUNASA, que faziam parte da equipe que havia assumido a gestão anterior da SESAU, de Álvaro Machado, que a ela retornaram após o seu afastamento da gestão do SUS estadual. Cabe salientar, ainda, que o CES/AL terminou o ano de 2005 sem ter analisado o Relatório de Gestão da SESAU 2004.

No mesmo período, a CIB/AL aprovou 67 (sessenta e sete) resoluções, pactuando e discutindo sobre questões relativas à definição de políticas de saúde pertinentes à discussão no CES/AL, como é o caso da Proposta para a reformulação da Política da Alta Complexidade em Alagoas e a extinção do Fundo Estadual Tripartite de Assistência Farmacêutica, que nem sequer foi colocado como ponto de pauta ou de informe junto ao Plenário do CES/AL.

O CES/AL, também sob a presidência de Born, experimentou a pressão exercida pela gestão em ser responsabilizado pelo ônus gerado pela não-aprovação de projetos, planos, pactos e pareceres, quase sempre apresentados sob a alegação de caráter de urgência, com prazos curtos para o encaminhamento às instituições, expressando uma visão utilitarista do conselho, numa ótica de fiador das ações dos gestores que não permitia a discussão e o questionamento dos projetos apresentados como fundamentais para a saúde da população.

O CES/AL reagiu a esse tipo de pressão quando da apresentação de um projeto, ao término do ano, que já havia sido pactuado na CIB/AL, mas cujos recursos a ele destinados apenas seriam liberados após sua aprovação por aquela instância, na afirmação da representação dos trabalhadores de que aquele colegiado não podia continuar a ser considerado como *“assinante de cheques” e que defende que as áreas da SESAU se aproximem mais do CES, para que nenhuma matéria passe sem a apreciação do pleno*” (Ata 71ª R.O., 21/12/2005). No entanto, com receio de serem responsabilizados pela perda de recursos financeiros para um Estado pobre como o de Alagoas, os conselheiros acabaram aprovando o projeto, alertando a gestora para a necessidade de se evitar tal conduta, deixando claro o campo de poder das instâncias na gestão e controle social do SUS, visto que *“se criou uma cultura – ‘a CIB aprovou’, no entanto, ela não está acima do CES, que é a instância máxima de deliberação do SUS. Que o objetivo não é prejudicar a*

gestão, mas defende que todos os projetos que envolvam verbas federais têm que ser aprovados pelo CES, lembrando que o mesmo tem caráter permanente e deliberativo, podendo ser acionado a qualquer momento” (trabalhador de saúde) (Ata 71ª R.O., 21/12/2005).

Em relação à atuação dos segmentos do CES/AL durante a gestão Born, cabe destacar a representação dos usuários, que teve sua intervenção voltada para o debate da situação dos pacientes transplantados, assistidos pelo SUS em Alagoas. A representação referida exigiu da gestão que fosse regularizada a situação de distribuição de medicamentos excepcionais, visto que o atraso no seu repasse colocava em risco a vida das pessoas que deles necessitavam, principalmente os pacientes que residiam no interior do Estado. Tais discussões tiveram papel importante na apresentação de denúncias advindas das bases sobre irregularidades em relação ao funcionamento de Conselhos Municipais de Saúde, em pelo menos 3 (três) municípios, como também as denúncias relativas às deficiências de serviços de saúde, que prejudicam o atendimento à população.

Já a representação dos trabalhadores da saúde deu ênfase à melhoria das condições de trabalho, ao cumprimento da data-base, e à reformulação do PCCS, que excluiu os trabalhadores da área administrativa da saúde. Cobrou do gestor a prestação de contas e a liberação de recursos para operacionalização do trabalho do CES/AL. E, ainda, apresentou denúncias sobre hospital público que exigia o pagamento de insumos para realização de exames complexos por pacientes considerados externos àquela unidade hospitalar. O CES/AL convocou o diretor da unidade, que prestou esclarecimentos ao seu pleno, justificando que o hospital passava por dificuldades, visto que não recebia complementação do SUS, solicitando, igualmente, a mudança da posição do Conselho Estadual de Saúde para que, *“ao invés de só reivindicar, pressione o MS para aumentar os valores da tabela do SUS, afirmando que os pacientes do SUS perambulam de unidade em unidade e só encontram abrigo no hospital...”* (Ata 67ª R.O., 3/8/2005). Os conselheiros refutaram tal procedimento, mesmo considerando a situação de dificuldade dos hospitais públicos. No entanto, enfatizaram que não existia no SUS a categoria usuário interno e externo, *“devendo prevalecer o princípio da universalidade”*. Kátia Born permaneceu na gestão da SESAU até março de 2006, quando se afastou para disputar o cargo de deputada federal pelo PSB.

4.2.3. Gestão de Jacy Quintella – abril a dezembro de 2006

Em abril de 2006 assumiu a gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) a médica e ex-secretária municipal de saúde de Maceió, Jacy Quintella, também do PSB, que permaneceu até dezembro de 2006, quando o seu grupo político perdeu, para o PSDB, a eleição para o Governo do Estado, depois de 8 (oito) anos no poder. Enquanto presidenta do CES/AL, participou de apenas 2 (duas) reuniões ordinárias, delegando ao chefe de gabinete e vice-presidente a tarefa de conduzir as reuniões. Sua ausência constante reacendeu o debate em torno da necessidade de democratizar a condução do CES/AL e da eleição entre seus membros do presidente e vice-presidente, reivindicada pelos segmentos dos trabalhadores e dos usuários de saúde, em diversas ocasiões.

Nesse período, cabe destacar o trabalho de suas comissões, especialmente o da Comissão de Legislação e Normas, em relação à apuração das denúncias apresentadas ao CES/AL sobre vários problemas, tais sejam: fechamento de hospitais públicos municipais; irregularidades no funcionamento de conselhos municipais de saúde; resistência dos gestores municipais em aceitar o poder da participação social na definição da Política de Saúde por meio da inserção de suas representações nas instâncias de controle social do SUS; dentre outras. Durante todo o ano, os conselheiros estaduais empreenderam viagens aos municípios para averiguar denúncias e emitir pareceres, com o intuito de orientar a solução dos problemas apresentados.

A dispensação de medicamentos excepcionais e de alto custo, pela SESAU, foi trazida ao debate público pela representação dos usuários de saúde, mobilizando o CES/AL na busca de soluções para essa questão de enorme gravidade para aqueles que deles necessitavam como condição de sobrevivência. O debate ocorreu em virtude dos atrasos em seu repasse aos usuários, colocando em risco suas vidas, exigindo do gestor as providências necessárias à sua solução e solicitando do CES/AL *“um posicionamento a fim de solucionar os problemas que estão causando pesadelos aos renais crônicos”* (Ata 74ª R.O., 12/4/2006). O tema retornou como ponto de pauta na 75ª reunião ordinária (10/5/2006), quando o gestor informou sobre os encaminhamentos para assegurar os medicamentos, através de processo

emergencial da SESA; na 76ª (7/6/2006), por ocasião da formação de uma comissão de conselheiros para averiguar as condições de funcionamento da Farmácia do Estado (FARMEX); na 77ª (12/7/2006), quando foi apresentado o relatório da comissão, constatando-se as precárias condições físico-estruturais, prejudicando o atendimento aos usuários. Nesse momento, os conselheiros foram informados pelo gestor da aprovação prévia de processo emergencial para garantir a distribuição de medicamentos durante 120 dias. Por último, durante a realização da 81ª R.O. (29/11/2006), a questão da dispensação de medicamentos foi incluída na pauta pela força da pressão exercida pelos usuários. A denúncia, mais uma vez, referia-se à falta de medicamentos e à cobrança ao gestor de sua regularização, enfatizando que

os pacientes transplantados não podem continuar só esperando, tendo em vista que sonharam com o transplante, conseguiram e agora se deparam com o pesadelo da falta de medicamentos, tendo em vista que os pacientes transplantados só sobrevivem se tiverem seu medicamento assegurado, não dá mais para ficar sem saber o que vai acontecer com esses pacientes que, de forma geral, estão abandonados pelas autoridades, apesar da legislação assegurar o direito aos medicamentos.

O representante dos usuários lembrou ainda que, em audiência ocorrida em julho de 2006, o governador assumiu o compromisso pela manutenção dos medicamentos até fevereiro de 2007, reiterando a necessidade de uma nova audiência para cobrar os compromissos assumidos, bem como a cobrança ao Ministério Público de um parecer final sobre a ação movida pelos transplantados para regularização do repasse e a criação de uma comissão de conselheiros do CES/AL para acompanhar esse processo. Em face da gravidade da situação e da ausência de respostas efetivas do gestor e do Governo para a resolução do problema, o CES/AL deliberou pela suspensão imediata da 81ª R.O. (29/11/2006), e seus conselheiros seguiram em direção à sede do Governo, a fim de provocar uma audiência com o Chefe do Executivo para cobrança dos compromissos firmados junto aos renais crônicos e transplantados, na manutenção de seus medicamentos. Em seguida, conselheiros de saúde e usuários transplantados dirigiram-se à sede do Governo Estadual, sendo recebidos, em audiência, pela assessoria do governo, e em decorrência foi agendada uma reunião com o governador do Estado para o dia 12/12/2006. Na ocasião, o governador, em exercício, Luís Abílio de Sousa Neto comprometeu-se com o repasse imediato dos recursos destinados aos

medicamentos para os transplantados, nos últimos 12 (doze) dias úteis que lhe restavam à frente do governo do Estado, para que, em janeiro de 2007, a distribuição dos medicamentos estivesse regularizada. Com esse movimento, o CES/AL, junto aos usuários transplantados, conseguiu a regularização na distribuição dos medicamentos desde aquele momento.

O CES/AL terminou o ano de 2006 com algumas pendências sua tarefa de avaliar a Política de Saúde em Alagoas, particularmente no tocante à análise e parecer sobre o Relatório de gestão 2004, que se encontrava na Comissão de Orçamento e Programação. Esta julgou necessária uma assessoria contábil que a ajudasse no seu entendimento, visto que *“foram identificadas muitas falhas, que o CES/AL só pode emitir Parecer, de posse das informações, questionando por que a SESAU não propiciou as condições para a Comissão”* (Ata 76ª R.O., 7/6/2006). Diante desse fato, a gestão se comprometeu em prestar esclarecimentos sobre as questões pendentes colocadas pela Comissão, em relação ao Relatório de Gestão, para que este pudesse ser submetido à apreciação do CES/AL. O plenário, porém, não procedeu à análise e parecer, visto que a solicitação de assessoria solicitada pelo CES/AL não foi atendida. A gestão, por sua vez, não havia encaminhado o Relatório de Gestão da SESAU 2005 ao CES/AL até o término do ano.

Durante o ano de 2006, a CIB/AL publicou 53 (cinquenta e três) resoluções; já o CES/AL aprovou 21 (vinte e uma) resoluções, dentre as quais se destacam aquelas relacionadas à reafirmação de seu poder, enquanto instância de controle social da Política de Saúde Estadual, na luta pela democratização de seu funcionamento, além das deliberações em defesa da dispensação de medicamentos excepcionais destinados aos pacientes transplantados e renais crônicos. Em relação à democratização na sua condução, cabe destacar a Resolução nº 013, de 9/8/06 que aprovou o parecer da Comissão de Legislação e Normas que trata da eleição de seu presidente e vice-presidente, recomendando ao governador que torne reversível o veto ao §2º do art. 5º da Lei nº 6.577/90, para assim poder realizar a escolha entre seus membros titulares.

Por fim, cabe salientar que, durante esse período, a defesa da vida representada na luta pela garantia de medicamentos excepcionais e de alto custo destinados aos usuários do SUS, e ofertada pelo Estado, converteu-se em uma das temáticas com maior capacidade de mobilização dos segmentos do Conselho. O CES/AL assumiu a direção desta luta, como a afirmação do direito à saúde e à vida

de usuários transplantados que dependiam dos remédios para continuar vivendo. A representação dos usuários manteve a temática como ponto de pauta nas reuniões do CES/AL, além da participação de grupos de transplantados, e de renais crônicos, que ali se fizeram presentes para apresentar suas demandas e, ao mesmo tempo, exigir do CES/AL um comprometimento voltado para a resolução de suas reivindicações.

A urgência colocada pela situação movimentou o CES/AL, que passou a assumir a direção da luta, na busca de estratégias, junto ao movimento de usuários transplantados e renais crônicos, até que a situação fosse resolvida pelo governo. O CES/AL terminou o ano de 2006 com uma grande e significativa vitória: a regularização no repasse dos medicamentos, pela SESA, aos seus usuários, mantendo-se vigilante à execução do processo de dispensação de medicamentos e dos recursos necessários à garantia desse direito.

4.3. O Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) enquanto dirigente da Política de Saúde

As análises realizadas permitem considerar que o CES/AL apresentou um processo de desenvolvimento político na Política de Saúde em Alagoas, enquanto espaço de apresentação e discussão de demandas por saúde, de definição de prioridades e de defesa do direito à saúde. Entretanto, a direção da referida Política tem sido deslocada para outros espaços de decisão, requerendo das forças que defendem o SUS e têm assento no CES/AL a necessária retomada de posição de dirigente, de formulador e de controle social no âmbito da Política de Saúde. Cabe, ainda, considerar a relevância desse processo coletivo de constituição e funcionamento dessa instância de poder colegiado na particularidade alagoana.

Nesse sentido, considera-se que o CES/AL, no período de 1999 a 2006, manteve em sua pauta de lutas e de demandas algumas temáticas essenciais para a afirmação do direito à saúde e à participação e, dentre elas, destaca-se a afirmação das conferências de saúde como fórum privilegiado de controle social,

defendida pelo CES/AL, em vários momentos de sua história. Essa defesa ocorria sempre que os gestores quisessem restringir esse direito, sob o argumento da falta de recursos, de grande volume de trabalho e/ou da excessiva quantidade de conferências temáticas que deveriam ser realizadas. Nesse sentido, os segmentos de usuários e de trabalhadores de saúde se destacaram pela defesa da participação da sociedade nas Conferências de Saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional, responsabilizando o poder público pela garantia das condições necessárias à sua realização. Desse modo, o CES/AL reconhecia a importância histórica do Estado de Alagoas no processo de construção e de fortalecimento do SUS, evocando a participação de sanitaristas alagoanos na emblemática VIII Conferência Nacional de Saúde que, na década de 80, desencadeou o processo da construção do SUS em Alagoas.

Outra temática relevante diz respeito à defesa de Emenda Constitucional nº 29/2000, como relevante expressão da luta do CES/AL pela garantia do direito à saúde, no período 1999-2006, que remonta a quando ainda se configurava a defesa de proposta de emenda constitucional que exigia do Estado sua imediata aplicação, tão logo fosse aprovada pelo Congresso Nacional.

A luta por melhores condições de atendimento dos usuários e de condições de trabalho para os servidores de saúde, nas áreas de urgência e emergência, configurou-se como bandeira de luta do CES/AL, apresentando, freqüentemente, como ponto de pauta, a situação da Unidade de Emergência Armando Lages (U.E.) e da Casa Maternal Santa Mônica, assumindo o compromisso de lutar pela sua melhoria.

O Plano de Carreira, Cargo e Salário (PCCS), para os trabalhadores do setor saúde, permaneceu como pauta de luta durante o período estudado, sendo freqüentemente apresentado como temática de discussão e de reivindicação por parte da representação dos trabalhadores da saúde e assumida pelos demais segmentos como questão de fundamental importância para o setor saúde. Embora o CES/AL sempre tenha garantido espaços para sua discussão, como também tomado posição em sua defesa (PCCS), esta ainda é uma bandeira de luta do Movimento Unificado dos Trabalhadores de Saúde³⁰, que na atualidade continua

³⁰ Movimento que articula os diversos sindicatos das categorias profissionais (enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, economista, administradores etc.) que

reivindicando o cumprimento da Lei nº 8.142/90, art. 4º, inciso VI, que afirma, como um dos critérios para o repasse de recursos aos entes federativos, a implantação do PCCS.

Destaca-se, ainda, a luta para que o gestor respeitasse o CES/AL enquanto espaço de definição da Política de Saúde no Estado, superando desse modo a prática ainda recorrente de negociação nos gabinetes, e não nos fóruns competentes. A defesa do CES/AL como instância privilegiada de exercício do controle social na saúde, como um mecanismo de participação na formulação, no acompanhamento e no controle da Política de Saúde, ficou evidenciada a partir da segunda gestão de Álvaro Machado, quando o CES/AL analisou o Relatório de Gestão 2002. O CES/AL, ao exercitar sua função fiscalizadora, aprendeu que se faz necessário afirmar, cotidianamente, o Conselho de Saúde como um espaço de poder colegiado que chame a atenção dos gestores que subestimarem o processo decisório da Política de Saúde.

Ainda nesse período, o CES/AL teve de reafirmar o seu poder deliberativo ante a outras instâncias que integram o SUS, a exemplo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL), visto que por reiteradas vezes foi utilizado como pólo legitimador das decisões do gestor que, após pactuar na CIB/AL, recorria ao CES/AL para a sua aprovação, em decorrência dos condicionamentos legais. Deste modo, essa recorrente afirmação constituiu-se em forte defesa dos conselheiros, através da pressão exercida para que a discussão das temáticas de interesse da CIB/AL, no seu pleno, ocorresse com a devida antecedência, permitindo o aprofundamento e sua posterior deliberação.

O CES/AL, no período entre 1999 e 2006, empreendeu uma luta permanente por melhores condições estruturais para o seu funcionamento, e de suas comissões de trabalho. Entretanto, em 2003, o CES/AL teve seu espaço físico reduzido, em virtude da transferência de suas instalações para a sede da SESAU, sob a argumentação da necessidade de uma maior proximidade com o gestor. Ocorre que a equipe técnica do CES/AL, e suas comissões, encontraram dificuldades para desenvolver suas atividades em face das precárias condições de trabalho a que ficaram submetidas. Além de compartilhar o espaço físico com a equipe técnica da CIB/AL, já que as duas equipes haviam sido unificadas por decisão do gestor, as

fazem parte do setor saúde, com exceção do Sindicato dos Médicos, que dele se retirou por razões corporativas.

equipes não conseguiram desenvolver um trabalho conjunto, ocorrendo, inclusive, uma sobrecarga do pessoal técnico envolvido com a assessoria ao CES/AL, em virtude do volume de demandas decorrentes das decisões por ele tomadas. A atuação do CES/AL imprimiu uma dinâmica de trabalho que tornava necessária uma agilidade no encaminhamento de suas deliberações, exigindo uma maior demanda de profissionais envolvidos no assessoramento, como também estruturas físicas e organizacionais que respondessem às suas exigências.

Durante a gestão de Amália Amorim, o CES/AL obteve o devido reconhecimento por parte da gestora, de sua importância para o setor saúde, tanto do ponto de vista estratégico, no sentido de manutenção do poder pelo grupo dirigente – que tinha no CES/AL um forte aliado na construção de uma proposta de saúde pública para o Estado –, como também do ponto de vista da participação popular na gestão pública, possibilitando a sua transparência e controle social. Todavia, nas demais gestões, o CES/AL correu o risco de ser transformado numa instância apenas obrigatória, em seu conteúdo legal e formal, visto que a aprovação de ações, de serviços e de recursos para a saúde era condicionada ao seu pleno funcionamento. Em todo esse período o CES/AL, por diversas vezes, teve de chamar a atenção dos gestores para o seu papel e lugar no SUS, enquanto instância maior de formulação e de deliberação da Política de Saúde. Essa nova postura não foi facilmente assumida por aqueles gestores, que até bem pouco tempo, no Brasil e em Alagoas, detinham a exclusividade do poder decisório das políticas públicas.

Mesmo assim, durante o período em análise, constatou-se um crescimento da capacidade dos segmentos de trabalhadores e usuários de saúde no estabelecimento de uma interlocução com os demais segmentos do CES/AL na defesa de seus interesses. Essa prática política passou a exigir dos gestores, enquanto dirigentes, uma atitude de respeito ao processo colegiado de tomada de decisões da Política de Saúde. Tal processo envolveu a capacidade de estabelecer um debate político sobre as demandas e necessidades de saúde, através de discussões, por vezes polêmicas, que resultaram em posições que deviam ser assumidas por todo o colegiado. Entretanto, as representações de trabalhadores e de usuários de saúde no CES/AL ainda tratavam das questões de saúde numa perspectiva corporativa, ou seja, ainda não conseguiam atingir o momento das relações de forças em que, ao superar os interesses corporativos, ligar-se-iam às lutas e à organização de outros grupos, momento este identificado por Gramsci

como “*fundamentalmente político*” (GRAMSCI, 2000b, p. 41). Nesse sentido, a constituição de interesses de caráter mais coletivo e de propostas menos corporativas no debate sobre as questões de saúde pública pode favorecer a unificação das forças sociais e políticas que defendem o SUS e seus princípios.

As temáticas que compuseram as pautas do CES/AL, de 1999 a 2006, indicaram ser este Conselho um expressivo pólo de debates em torno da Política de Saúde. Entretanto, o CES/AL, mesmo tendo discutido sobre vários aspectos fundamentais ao setor saúde, apresentou pouca capacidade propositiva. Assim, suas discussões nem sempre resultaram em proposições que pudessem ser transformadas em resoluções capazes de traçar estratégias e definir políticas para o setor. A respeito desta questão é importante ressaltar que, no ano de 2000, o CES/AL publicou apenas 3 (três) resoluções, e a CIB/AL publicou 35 (trinta e cinco). Já em 2003, o CES/AL superou o número de resoluções da CIB/AL, de 84 (oitenta e quatro) para 77 (setenta e sete), em razão da apresentação de 46 projetos, pelo gestor, para aprovação do seu Plenário. Ressalte-se que, durante o período 1999-2006, a CIB/AL chegou a publicar o dobro (472) do número de resoluções do CES/AL (231), demonstrando, com isso, uma capacidade propositiva bem maior do que o CES/AL, inclusive em detrimento de seu papel enquanto instância de formulação e de controle social da Política de Saúde.

Em relação à pauta de discussão do CES/AL, o estudo demonstrou a existência de um equilíbrio em sua definição, no que se refere às proposições apresentadas pelo gestor (56%) e à soma das proposições apresentadas pelos demais segmentos (44%), expressando uma correlação de forças equilibrada, na composição da pauta de prioridades definidas (cf. ANEXO C). No entanto, como foi acima exposto, nem sempre o debate das temáticas advindas de seus segmentos resultou em deliberações que influenciassem a definição de políticas de saúde. Como também, muitos dos pontos de pauta propostos pelo gestor careciam da aprovação do CES/AL para o seu encaminhamento a outras instâncias do SUS, a exemplo do Ministério da Saúde.

Por outro lado, a regularidade constatada na realização das reuniões do CES/AL, durante todas as gestões de 1999 a 2006, indicou a importância atribuída a essa instância de poder do SUS, em Alagoas, embora nem sempre o gestor estadual tenha presidido as reuniões, as quais contavam, na ausência deste, com a participação do seu suplente. Durante o referido período estudado, foram realizadas

79 (setenta e nove) reuniões ordinárias e 13 (treze) reuniões extraordinárias, perfazendo um total de 92 reuniões. Cabe ressaltar que, no ano de 2005, só ocorreram 7 (sete) reuniões ordinárias, em face da demora em se efetivar o processo de reestruturação do CES/AL, especialmente no tocante à escolha das entidades representativas que passariam a fazer parte da sua nova composição, com base na Lei nº 6.577, de 19/1/2005, que dispõe sobre sua reestruturação.

Cabe destacar que, do ponto de vista quantitativo, houve um crescimento expressivo na capacidade propositiva do CES/AL, quando se constata que em 1999, primeiro ano do período estudado, esta instância havia tido um baixo índice de deliberação, tendo publicado tão-somente, 5 (cinco) resoluções, crescendo nos anos subseqüentes, a exemplo do ano de 2004, quando o CES/AL chegou a publicar 79 (setenta e nove) resoluções (cf. ANEXO D).

CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido teve como objeto de investigação o Conselho de Saúde enquanto mecanismo de controle social na direção da Política de Saúde e a sua configuração como campo de construção de novas hegemonias. A análise buscou responder ao problema central da pesquisa: qual o significado do Conselho Estadual de Saúde (CES/AL) enquanto mecanismo de controle social da Política de Saúde, como também se, no período 1999-2006, esta instância se configura como um campo de construção de novas hegemonias em disputa no setor saúde, em Alagoas. Desse questionamento desdobraram-se outros, como: o Conselho Estadual de Saúde (CES/AL), instituído como mecanismo de formulação, avaliação e controle da Política de Saúde, consegue efetivar a direção da referida Política? O CES/AL pode se constituir em espaço de construção de novas hegemonias, em disputa, no campo da saúde? Ou seja, como se efetiva a luta por hegemonia no setor saúde, no interior do CES/AL, e entre este e outras forças que interferem na direção da Política de Saúde?

A pesquisa formulou a hipótese de que o CES/AL disputa a direção da Política de Saúde em Alagoas com outras instâncias e forças políticas presentes no setor saúde e que, na construção de novas hegemonias, tem encontrado entraves para se constituir como mecanismo de direção da Política de Saúde em Alagoas. Nesse contexto, evidencia-se o peso da cultura política conservadora, que perpassa a relação Estado/sociedade e que se manifesta através do coronelismo, do fisiologismo, do clientelismo e de resistência à efetiva participação social nos processos decisórios. Além disso, a fragilidade dos organismos populares da sociedade civil alagoana expressou-se pela sua dificuldade organizativa, pela fragmentação das demandas, pela dificuldade de articulação em torno de projetos sociais globais, funcionando o Estado e os grupos econômicos hegemônicos como um dos elementos desmobilizadores. É notória, também, a ausência de uma direção ético-política (hegemonia), dada por forças sociais portadoras de um projeto, com capacidade de influenciar na Política de Saúde, como foi o caso do Movimento Sanitário na década de 80, que atuou como um núcleo mobilizador, articulador e de interlocução com o Estado e a sociedade.

Com o propósito de responder ao problema de pesquisa, procedeu-se a uma análise da produção gramsciana que possibilitasse o suporte e a fundamentação teórica substancial ao estudo, identificando, nessa reflexão, o conceito de hegemonia, concebida enquanto direção intelectual e moral exercida por um grupo sobre toda a sociedade, ou, pelo menos, sobre parte significativa desta, e capaz de operar mudanças na totalidade. A categoria ‘hegemonia’ foi tomada como eixo articulador de outras categorias, que com ela se relacionam dialeticamente, particularmente em relação ao conceito de Estado, entendido como uma unidade relacional entre sociedade política e sociedade civil, consideradas essenciais, para o desvelamento do objeto em análise.

Buscou-se, ainda, aprofundar a compreensão sobre os conselhos, especificamente os conselhos de saúde, apresentando uma análise de concepções capazes de privilegiar a visão do conselho como um campo estratégico de disputa por hegemonia na esfera estatal, por meio da direção de suas políticas públicas, sem perder de vista as determinações econômicas, políticas, sociais e culturais que interferem na sua dinâmica de funcionamento, como também as correlações de forças estabelecidas entre as diferentes forças sociais que ali tinham assento. Deste modo, cabe considerar, assim como o fez Gramsci, que a vontade coletiva consciente e operosa joga um papel fundamental nessa disputa, na medida em que ela é o *“elemento perturbador da economia”* (GRAMSCI, 1999, p. 10). Nesse sentido, as diferentes forças presentes nos conselhos podem ultrapassar uma visão corporativa da luta em defesa de seus interesses particulares, para atuar em perspectivas mais coletivas, unificadas pela questão da saúde, consubstanciando-se enquanto um projeto para a sociedade como um todo.

Um aspecto bastante significativo em toda a tese foi a preocupação com a necessidade de contextualizar a particularidade da formação social de Alagoas, permitindo o entendimento do processo político-coletivo vivenciado pelo CES/AL, durante os 8 (oito) anos do Governo Ronaldo Lessa, considerando ainda a expectativa de mudança gerada por esse Governo na sua relação com a sociedade e no modo de conduzir a coisa pública. Deste modo, foram delineadas as razões, os condicionamentos e os determinantes que resultaram nas decisões, nas escolhas, nas estratégias e nas posições tomadas e/ou assumidas pelos sujeitos coletivos que, naquele momento, participaram da Política de Saúde em Alagoas.

O presente estudo buscou também mostrar a atuação do CES/AL na direção da Política de Saúde em Alagoas, considerando cada contexto em que as decisões foram tomadas, o momento político que determinava cada conjuntura e as forças políticas em disputa no seu interior. Levou-se em consideração, ainda, o processo do seu crescimento político, desde a gestão de Amália Amorim, momento em que o CES/AL construía a sua organicidade e a sua identidade, enquanto mecanismo de controle social da Política de Saúde, de um Estado com pouca tradição democrática. Também se considerou que, em Alagoas, a participação ainda é um exercício político de risco, em face da intolerância que predomina entre as classes dominantes alagoanas, no que se refere ao controle do poder político, e numa resistência em abrir o poder de decisão para a participação popular, na gestão das Políticas Públicas.

Apesar do avanço democrático que representou o período do Governo Ronaldo Lessa para Alagoas, fase em que foram criadas estruturas mais democráticas e mecanismos de participação da sociedade na esfera de decisão das políticas públicas estaduais, especialmente no campo da saúde e da educação, ainda foram tímidas as mudanças que se operaram no que se refere à cultura política que domina em Alagoas. Deste modo, o autoritarismo ainda incidia nas práticas institucionais, identificado na relação dos gestores com os demais sujeitos da participação; na persistência em subestimar a capacidade da população de participar dos processos de tomada de decisões, e em assuntos que dizem respeito a toda a sociedade, como, no caso, é a Política de Saúde; na pouca consideração pelas deliberações do CES/AL, pois, para que fossem cumpridas, fazia-se necessário recorrer à ameaça de acionar o Ministério Público, como uma forma de obrigar o gestor público a acatá-las e encaminhá-las.

O que se percebeu ainda presente na relação da gestão com o CES/AL foi a resistência dos gestores às críticas, ao debate político, e a dúvida sobre a capacidade dos conselheiros de saúde, no controle e na avaliação da gestão, particularmente das representações populares. Em grande medida, ainda é o gestor estadual quem delimita a extensão de poder da CIB/AL, visto que, dependendo de sua compreensão em considerar o Conselho de Saúde como, de fato, o espaço maior de tomadas de decisões da Política de Saúde, o gestor estadual define toda a pauta a ser negociada e pactuada com os demais gestores. Desse modo, por vezes, o Conselho Estadual de Saúde se configurou como um pólo legitimador das

decisões do gestor, na medida em que estas estariam sendo tomadas em outra esfera – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL) – que não o CES/AL, sendo a este apresentadas, tão-somente, para conhecimento e respaldo político.

A análise dos segmentos dos movimentos sociais representados na composição do CES/AL, particularmente, trabalhadores de saúde, indicou pouca alteração na natureza de suas representações desde o ano de 1994 – ano de sua criação –, sinalizando que não emergiram novos movimentos sociais como expressão de necessidades ou de defesa da saúde. Portanto, não houve uma renovação significativa dos movimentos sociais ligados à saúde, permanecendo os sindicatos de trabalhadores de saúde e de conselhos de categorias, que se encontravam desde a origem do CES/AL, além das lideranças históricas do Movimento Unificado dos Trabalhadores da Saúde.

Aliado a isso, constata-se em Alagoas um vazio de protagonismo de movimentos sociais, na luta pela defesa do SUS, capazes de mobilizar e unificar os diversos segmentos da sociedade em torno da questão da saúde como direito de todos e dever do Estado. Com relação aos usuários, houve uma diferenciação na representação de seu segmento, com a inserção de movimentos de portadores de agravos/deficiências. Porém, ainda é forte a representação do movimento comunitário no CES/AL.

Entende-se que existe uma desigual capacidade interventiva das forças sociais presentes no CES/AL, em defesa do SUS e de seus princípios, ante práticas fundadas em uma cultura política dominante, pautada no autoritarismo, no clientelismo e na concentração de poder econômico e político. Além desse aspecto, nas relações de disputas internas do CES/AL os interesses corporativos têm prevalecido em contraposição à construção de propostas mais coletivas, voltadas para as necessidades da sociedade. A dificuldade consistiu em superar a condição de subalternidade ainda presente nos usuários de saúde em face do gestor, especialmente na dificuldade de argumentação técnica, exigida por uma intervenção qualificada na formulação e controle da Política de Saúde. Por outro lado, a necessidade de unificar as demandas de usuários e de trabalhadores, para superar a fragmentação na sua apresentação. Nesse sentido, um importante papel que pode ser assumido pelos movimentos sociais representados no CES/AL é o resgate do processo histórico da luta pela socialização da política em Alagoas e a contribuição

dos conselhos de saúde, em um contexto resistente às mudanças e à participação popular.

Deste modo, as dificuldades que as representações dos movimentos sociais enfrentam na defesa e no exercício do controle social sobre as políticas públicas são expressões da força conservadora das classes dominantes, que procuram impedir o avanço das lutas sociais utilizando-se de todos os mecanismos legais, ou não, que desmobilizam os processos organizativos, construídos a duras penas pelos movimentos da sociedade que representam os trabalhadores. Assim, todo esforço empreendido pelos trabalhadores assume um “valor inestimável” (GRAMSCI, 2002, p.135)³¹, visto que, nesse processo de luta, vai se desenvolvendo uma consciência que pode superar uma visão corporativa, e particular, da luta, voltando-se para a perspectiva mais ampla de um projeto de saúde destinado a toda a sociedade, como um direito, e não como privilégio de poucos.

Assim, a questão da saúde pode unificar interesses, práticas e estratégias desses movimentos em torno de um projeto com capacidade de aglutinar os movimentos da sociedade comprometidos com a defesa da vida, pela mediação do direito à saúde. Pode-se afirmar que, hoje, o CES/AL, apesar de todas as suas limitações de ordem política e pragmática, representa uma das mais importantes arenas de defesa do SUS em Alagoas. Embora as demandas dos segmentos mantenham, ainda, um conteúdo corporativo, elas expressam um enfrentamento contínuo e persistente dos trabalhadores, em defesa de direitos conquistados e atualmente ameaçados. As lutas sociais em Alagoas podem ser consideradas como árduas e difíceis trincheiras, que se defrontam com a violência institucionalizada contra lideranças populares, além de cooptações por parte de gestores e políticos profissionais, efetivadas por meio da concessão de empregos e de cargos

³¹ Expressão utilizada por Gramsci em seu estudo sobre a história das classes subalternas, para indicar a dificuldade e a importância da iniciativa autônoma dessas classes ante a ação das classes dominantes. Dirá Gramsci: “A história dos grupos subalternos é necessariamente desagregada e episódica. É indubitável que, na atividade histórica destes grupos, existe tendência à unificação, ainda que em termos provisórios, mas esta tendência é continuamente rompida pela iniciativa dos grupos dominantes e, portanto, só pode ser demonstrada com o ciclo histórico encerrado, se este se encerra com sucesso. Os grupos subalternos sofrem sempre a iniciativa dos grupos dominantes, mesmo quando se rebelam e insurgem: só a vitória ‘permanente’ rompe, e não imediatamente, a subordinação. Na realidade, mesmo quando parecem vitoriosos, os grupos subalternos estão apenas em estado de defesa, sob alerta (pode-se demonstrar esta verdade com a história da Revolução Francesa, pelo menos até 1830). Por isto, todo traço de iniciativa autônoma por parte dos grupos subalternos deve ser de valor inestimável para o historiador integral [...]”.

comissionados, que fragilizam a luta em razão da garantia de sobrevivência, através dessas dádivas.

Apesar da dificuldade de se construir alternativas de fortalecimento do SUS através das lutas sociais que afirmem a saúde como direito de todos e dever do Estado, cabe destacar a existência de iniciativas institucionais que se firmaram como referências de estudos, de pesquisas e de formação de recursos humanos para o setor saúde, como é o caso do Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Alagoas (NUSP/UFAL). O NUSP atua desde a década de 90, desenvolvendo, junto aos gestores de saúde municipais e técnicos das secretarias municipais, um relevante trabalho formativo e de assessoria. Sua atuação tem contribuído para uma formação voltada para o SUS, porém não tem protagonizado uma ação de coordenação e de encaminhamento às lutas em defesa do SUS em Alagoas.

No caso do CES/AL, além de se configurar como um mecanismo de direção e controle social da Política de Saúde, mesmo com fragilidades, se constituiu em um espaço onde se aglutinam as forças sociais que lutam pelo direito à saúde, em contraposição aos interesses privados, que também se encontravam representados no CES/AL. Diante disso, observa-se que se faz necessário o investimento na formação dessas forças, qualificando os segmentos dos usuários e trabalhadores de saúde para interferir na definição da pauta de discussão do CES/AL, para que, de fato, ele responda às necessidades e às demandas da população por saúde. Por outro lado, cabe ressaltar a necessária ancoragem desses segmentos na mobilização permanente de suas bases, na busca de diminuir os riscos de ter sua atuação transformada em mera prática legitimadora das políticas definidas pelo gestor, o que limitaria a sua função deliberativa.

Um outro aspecto a ser considerado, na análise da atuação das representações de usuários e de trabalhadores de saúde no CES/AL, diz respeito aos seus intelectuais orgânicos, que, numa perspectiva gramsciana, exercem uma função ligada aos grupos fundamentais da sociedade, através de uma inserção ativa na formação da vontade coletiva. Constata-se que os gestores públicos contam com os seus intelectuais, que são os profissionais de saúde, com o papel de subsidiá-los técnica e politicamente. Assim como os prestadores privados contam com assessorias próprias voltadas à qualificação de sua intervenção, fornecendo-lhes as informações necessárias. Já os segmentos de usuários e de trabalhadores de saúde contam tão-somente com seu próprio esforço e entendimento para analisar, emitir

pareceres e decidir sobre as questões de saúde, sem dispor de assessoramento especializado. Há, pois, a necessidade de contar com intelectuais orgânicos que subsidiem com informações a tomada de decisões, para que estas sejam pautadas na intervenção qualificada dos conselheiros e capazes de conduzir à unificação de posições, até então dispersas, e corporativas, na perspectiva de construção de propostas que possam contar com a adesão de outras forças presentes no CES/AL, mesmo que em momentos estratégicos e pontuais.

Ressalte-se que o Regimento Interno do CES/AL contempla a constituição de comissões temáticas voltadas para estudos e análises que subsidiem a atuação dos conselheiros estaduais de saúde, podendo ser contratadas assessorias especializadas (cf. § 6º, art. 5º). No entanto, é fundamental que as representações dos usuários e dos trabalhadores de saúde possam contar com os seus próprios intelectuais, que os auxiliem nas análises e na proposição de estratégias de luta, e que considerem a ótica das classes subalternas na disputa pela direção da Política de Saúde.

Certamente, em Alagoas, far-se-á necessário, ainda, um longo e árduo processo de aprendizado democrático, que traduza o respeito às diferenças, de tolerância às oposições, e de compartilhamento do poder de decisão. Pode-se afirmar que, a partir do Governo Ronaldo Lessa, esse processo de socialização da esfera estatal, e da política, ganhou um fôlego que tornou possível a disseminação de diversos espaços e instâncias de controle social que proporcionaram a participação de segmentos representativos da sociedade não só na área da saúde, como também nas mais diferentes políticas sociais do Estado. Isso ocorreu durante os seus dois mandatos, não só em face da observância à norma legal, mas, principalmente, por uma postura determinada por um compromisso de governo voltado para o fortalecimento da participação social nos processos decisórios das políticas públicas no Estado e na criação de condições concretas para o seu desenvolvimento. Tal compromisso era compartilhado e assumido como seu por técnicos, servidores públicos, movimentos sociais e por aqueles que sempre lutaram pela democratização da relação entre Estado e sociedade em Alagoas.

Outros aspectos positivos do governo Ronaldo Lessa foram a manutenção do compromisso de pagamento, em dia, do funcionalismo público estadual; a busca de democratização da gestão das políticas públicas, por meio da criação e fortalecimento de suas instâncias de controle social; a observância do concurso

público como forma de inserção no serviço público, dentre outras iniciativas de caráter inovador, numa sociedade de raízes e vivências ainda autoritárias e conservadoras no trato da esfera pública. Nesse período houve um esforço, através de ações concretas, voltadas para a regularização do funcionamento e da qualidade dos serviços públicos ofertados à população.

Também foi determinante a atuação dos movimentos sociais, voltada para a efetivação dessas instâncias de controle sociais, particularmente na Política de Saúde, a exemplo do Movimento Unificado dos Trabalhadores da Saúde, através de seus sindicatos e conselhos de categorias profissionais. Em sua atuação, esses movimentos sociais ocuparam esses espaços e, permanentemente, fizeram a sua defesa. No entanto, embora tenham buscado a constituição de espaços autônomos de controle social independentes do poder público, como fóruns, plenárias, por exemplo, os movimentos sociais não conseguiram construir novas alternativas de mobilização e de organização da sociedade em defesa da saúde em Alagoas.

Por outro lado, em face da situação de dependência do Estado de Alagoas à União, através das transferências de recursos financeiros federais para a prestação de serviços públicos à população, gerou-se uma quase incapacidade de formular políticas sociais próprias que extrapolassem o âmbito de ação preconizado pelos programas nacionais, dirigidos a Estados e Municípios. Nesse contexto, Alagoas pouco conseguiu inovar e/ou formular no que concerne a políticas sociais próprias, visto que a contrapartida de recursos estaduais para o setor saúde, definida na EC 29/2000, jamais foi aplicada em sua plenitude pelo Governo Ronaldo Lessa.

Assim, em decorrência da dívida de Alagoas para com a União, que comprometia grande parte de sua receita, aliada à falta de investimentos no setor produtivo e à restrita capacidade de geração de emprego e renda, a população alagoana encontrou no poder público federal, estadual e municipal o seu maior empregador, o que inviabilizou a formulação de políticas públicas, de caráter estadual, capazes de promover impacto na qualidade de vida e de saúde da população.

Em virtude desses determinantes, o CES/AL teve sua atuação muito mais dirigida para a defesa do direito à saúde, buscando garantir a oferta de serviços e ações de saúde de responsabilidade do Estado, expressa por meio de suas lutas; dentre elas, destacam-se: a melhoria do atendimento de urgência e emergência; a regularização da dispensação de medicamentos excepcionais, e de alto custo,

essenciais para os transplantados e portadores de agravos; e, especialmente, a exigência do cumprimento da EC 29/2000 por parte do governo estadual. Tais posições representaram bandeiras imprescindíveis à garantia do direito à saúde, empreendidas pelo CES/AL nesse período, sendo mantidas em sua agenda de luta como forma de afirmação intransigente do direito de todos à saúde, e a obrigação de Estado em garanti-la. Mesmo em meio a tantas limitações de ordem política, econômica e cultural, o CES/AL manteve a determinação na defesa do direito à saúde, envidando esforços no sentido de que a população não fosse mais ainda prejudicada, em decorrência da situação vivenciada naquele momento pelo Estado, em virtude da atuação de governos, anteriores a 1999, que não tiveram a capacidade de gerenciar a coisa pública, nem de se pautar pelos princípios da transparência administrativa e do controle público.

As representações que integram os segmentos do CES/AL continuam a identificá-lo como um espaço importante na direção da Política de Saúde, haja vista que os conselheiros participam efetivamente de sua dinâmica de funcionamento, sem abrir mão do assento de sua representação nesse colegiado. Mesmo a representação do COSEMS, que conta com a CIB/AL enquanto instância de pactuação do SUS, tem buscado estar presente nas discussões do CES/AL, para influenciar, acompanhar, intervir e participar das decisões que ali são tomadas. Os trabalhadores de saúde e os usuários encontram no CES/AL um espaço de apresentação e de publicização de suas lutas e de suas demandas, ao tempo que têm encontrado nesse Conselho um forte aliado na defesa de seu direito por saúde. O prestador privado jamais abriu mão de sua participação no CES/AL, pois manteve sua representação com assento assegurado desde a instalação dessa instância.

No tocante ao exercício do poder no interior do CES/AL, cabe considerar que seus segmentos, particularmente os trabalhadores e usuários de saúde, avançaram na direção de uma atuação mais autônoma em relação ao gestor, buscando definir pautas que expressassem as suas demandas e reivindicações perante o poder público, assim como a tomada de posição, cada vez mais firme e fundamentada, na defesa de seus interesses. Porém, tais segmentos necessitam superar uma atuação de caráter mais reivindicador e *assembleístico*, na busca de uma atuação mais propositiva e fundamentada em dados e informações que dêem consistência aos seus argumentos. Mesmo considerando a importância da crítica e da reivindicação, presentes nesses segmentos, faz-se necessário desenvolver uma competência

técnica no trato com as questões que estão na pauta de discussão do Conselho, aliada a uma competência política, a fim de que sejam tomadas as decisões que atendam às demandas sociais por saúde.

Constata-se a pouca capacidade do CES/AL para acompanhar a efetivação das suas resoluções que, por princípio, deveriam ser encaminhadas pelo gestor estadual. Com isso, muitas vezes, chegam ao Plenário reivindicações não atendidas de diversos setores da sociedade. Existe um desconhecimento do CES/AL sobre o andamento de suas deliberações, ou seja, de como elas estão, e se estão sendo efetivadas. Em consequência, o CES/AL não conseguiu manter a rotina por ele definida, em que a CIB/AL daria conhecimento de suas resoluções e apresentaria um relatório de atividades, mensalmente, em sua reunião ordinária. Nesse sentido, coloca-se como necessário que o CES/AL acompanhe a efetivação de suas deliberações e controle o que está sendo pactuado na CIB/AL, na medida em que esse exercício do controle social dá-se, também, mediante a capacidade de garantir que as decisões tomadas por esse colegiado sejam transformadas em ações.

O CES/AL, enquanto mecanismo de formulação e acompanhamento da Política de Saúde, tem sido objeto de disputa das forças sociais e políticas que se encontram ali representadas em relação à definição de prioridades e de recursos destinados à saúde, através das representações do setor privado, público, trabalhadores e usuários de saúde. Essas forças entendem a importância dessa instância do SUS, para a incorporação de suas demandas e interesses na agenda de prioridades do setor saúde em Alagoas. Por outro lado, o CES/AL disputa com outras instâncias a hegemonia do setor, e, especialmente, com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL), estabelece uma correlação de forças pela direção 'intelectual e moral' da Política de Saúde, na qual o CES/AL tem buscado sua afirmação enquanto locus de decisão da Política de Saúde alagoana.

Com base no período analisado, a CIB/AL, concebida legalmente como instância de pactuação entre gestores no âmbito da operacionalização dos sistemas de saúde no Estado, foi ampliando sua intervenção no setor, chegando a decidir sobre questões que compõem o escopo de temáticas relacionadas à definição da Política de Saúde. A discussão de muitas dessas temáticas nem sequer passou pelo pleno de CES/AL, assim como não foram submetidas à sua deliberação, especialmente aquelas relacionadas aos recursos financeiros, a exemplo das resoluções aprovadas pela CIB/AL, relativas: à transferência de recursos de

Assistência Farmacêutica do Fundo Estadual de Saúde para o LIFAL – Laboratório Industrial e Farmacêutico de Alagoas (2001); ao Contrato gestor/prestador de serviços no SUS (2003); ao remanejamento de AIHs (2003); à distribuição de valores do TFECD para SESAU e municípios (2004); à reformulação da Política de Alta Complexidade em Alagoas (2005); e à distribuição de recursos disponíveis para a Rede de Alta Complexidade Auditiva em Alagoas (2006).

Nesse sentido, a CIB/AL, ao longo desse período (1999-2006), foi sendo transformada, pelos gestores estaduais e municipais, em um espaço de decisão e de encaminhamento da Política de Saúde, especialmente pela agilidade decorrente da dinâmica de funcionamento da CIB/AL. Desse modo, esta passou a atender às necessidades da gestão nas respostas aos desafios por saúde, aliadas à possibilidade de encaminhar questões do interesse do gestor, sem ter de submetê-las ao poder deliberativo do CES/AL, a menos que seja requerido o referendo do Conselho para que sejam aprovados projetos e políticas pelo Ministério da Saúde. Assim, o CES/AL corre o risco de ter sua atuação de controle social desconsiderada e reduzida a avalista dos atos e decisões do gestor, no momento em que este busca legitimidade no Conselho.

O CES/AL enfrentou dificuldades para o efetivo controle social da Política de Saúde em Alagoas, que continuam sendo desafios a ser superados. Uma delas refere-se à pouca capacidade de articulação das representações sociais com sua base – a necessária ancoragem nos movimentos que representam –, que teria dificultado a mobilização na defesa de suas propostas no CES/AL. Este aspecto expressa uma fragilidade na relação orgânica com seus representados. Desse modo, a definição da pauta do Conselho de Saúde tende a não expressar as demandas advindas da sociedade por meio de seus representantes.

Outro desafio diz respeito à dificuldade de dar visibilidade às deliberações do CES/AL para o conjunto da sociedade representada. Nesse sentido, mesmo contando com um *site*, o CES/AL divulga muito pouco sua finalidade e ações, que permanecem, em grande parte, desconhecidas pelos usuários do SUS. Nesse contexto, as representações de trabalhadores e usuários de saúde, por meio de suas entidades, podem contribuir de forma efetiva para uma maior visibilidade do trabalho do CES/AL junto aos movimentos sociais e aos municípios. Todavia, a publicização do CES/AL precisa atingir o cidadão comum, aquele que depende dos

serviços públicos de saúde, para que, ao tomar conhecimento de sua luta, adira a esta, considerando-a como sua.

Embora se reconheça a fragilidade dos movimentos sociais no Estado de Alagoas em sua capacidade interventiva na cena pública, que tem como fator condicionante a cultura de violência institucionalizada, a punir exemplarmente aqueles que ousam disputar o poder político, cabe também reconhecer o papel fundamental exercido pelas suas lideranças históricas comprometidas com a luta há muitos anos no Estado. Entretanto, nos últimos anos, pouco se constatou de renovação das representações sociais com assento no CES/AL, configurando-se, deste modo, a necessária emergência de novos e consistentes movimentos interessados, e capazes de disputar sua inserção na composição daquele Conselho.

Mesmo em meio às dificuldades e obstáculos de ordem política, econômica, social e cultural presentes na particularidade alagoana, o CES/AL conseguiu aglutinar sujeitos coletivos importantes da sociedade civil, especialmente na representação dos trabalhadores e dos usuários que atuam na defesa de um projeto de saúde pública identificado com a concepção e com os princípios do SUS. O CES/AL manteve em sua agenda de discussão e de luta a defesa do fortalecimento do SUS, através da exigência da aplicação da EC 29/2000 pelo Estado; na denúncia da grave situação em que se encontravam os serviços de urgência e emergência; na luta pelo PCCS para os trabalhadores da saúde.

As considerações feitas permitem a identificação de alguns aspectos fundamentais que o CES/AL já vem desenvolvendo, porém torna-se necessário o seu aprofundamento num direcionamento maior, para o fortalecimento do exercício do controle social na saúde, tendo em vista a afirmação do direito à participação e à saúde. Nesse contexto, seria necessário que fosse promovido um fortalecimento do vínculo orgânico dos movimentos sociais ali representados com a Política de Saúde. As representações populares podem aproximar suas bases do CES/AL, mantendo-as mobilizadas para o acompanhamento da execução de ações promovidas pelo gestor, tendo em vista o atendimento de suas demandas, na medida em que são seus porta-vozes.

Deste modo, os movimentos da sociedade poderão assumir como suas as prioridades do CES/AL, unindo-se em torno da defesa da saúde como direito. A questão da saúde apresenta um potencial articulador de forças sociais, em torno de um projeto político coletivo, na área da saúde, personificado pelo SUS. Assim, o

Conselho Estadual de Saúde pode se constituir em um espaço onde a atuação dos conselheiros pode ultrapassar o nível de vontades particulares, como expressão de interesses dos seus segmentos, em prol da construção de uma vontade coletiva que tenha como núcleo articulador a defesa do SUS e o direito à saúde.

A estratégia assumida de forma mais efetiva pelo CES/AL, durante o processo de luta pela garantia da dispensação de medicamentos pelo Estado, destinados aos renais crônicos e transplantados, foi a parceria com o Ministério Público Estadual. Esta integração buscou fortalecer a efetivação das deliberações do CES/AL, voltada à garantia do exercício livre e autônomo dos conselheiros. Desse modo, o Ministério Público Estadual pode se constituir, cada vez mais, em um reforço junto ao CES/AL, na defesa do direito à saúde e à participação, na medida em que as ações e serviços de saúde são considerados pela Constituição Federal de 1988 como de relevância pública (art. 197), competindo ao Ministério Público zelar para que o direito à saúde seja assegurado (art. 129, inciso II). Nessa luta pelos direitos dos usuários de saúde, a parceria do CES/AL com o Ministério Público Estadual é fundamental à garantia da efetivação das deliberações do CES/AL, em defesa do SUS, particularmente em um Estado como o de Alagoas, em que as classes hegemônicas ainda resistem em dividir o poder político e em aceitar, como legítima, a participação da sociedade na definição das políticas públicas, e ainda por ser este um Estado onde fazer política e lutar pelos direitos sociais eram e continuam sendo uma atuação de risco.

As condições necessárias ao processo de construção da hegemonia do CES/AL na direção da Política de Saúde podem ser encontradas na chamada 'guerra de posição', indicada por Gramsci como estratégia para o Ocidente. Esses fundamentos podem subsidiar a atuação no interior do CES/AL, e na sua relação com outros espaços, na perspectiva de seu fortalecimento no setor. No âmbito interno, isso pode ocorrer através da ação organizada e consciente das forças sociais que defendem o SUS e seus princípios, na disputa de propostas com vistas ao seu fortalecimento, e à qualificação da intervenção de usuários e dos trabalhadores de saúde. Ao mesmo tempo, faz-se necessária, a construção de alianças com representantes de outros segmentos que sejam capazes de respaldar suas posições em momentos estratégicos da disputa política, na conquista de espaços e definição de uma agenda de discussão, com base em demandas legítimas da sociedade. Do ponto de vista das relações com outros setores e

instâncias de poder no SUS, coloca-se como necessidade promover, de fato, uma mudança na correlação de forças com outros sujeitos políticos, pela direção intelectual e moral da Política de Saúde. Deste modo, o CES/AL pode incorporar em sua luta a estratégia gramsciana de 'guerra de posição', que traz a hegemonia e a aliança entre setores aliados como questões centrais.

De acordo com esse ponto de vista, a disputa por hegemonia na direção da Política de Saúde, no período analisado, apresentou uma correlação de forças desfavorável ao CES/AL, em que os gestores tenderam a privilegiar a CIB/AL como espaço de pactuação das prioridades da gestão, e em detrimento do poder deliberativo do CES/AL. As temáticas discutidas e pactuadas na CIB/AL passaram a ser apresentadas ao CES/AL apenas quando se constituíam numa exigência legal de apreciação e aprovação por esta instância. O CES/AL, por seu lado, apesar de em alguns momentos ter se posicionado no sentido de reafirmar o seu poder deliberativo, e de não admitir ter a sua atuação reduzida a mera legitimação das decisões do gestor, não conseguiu consolidar uma agenda de prioridades capaz de produzir um impacto na Política de Saúde. Contudo, cabe ressaltar a relevância de temáticas que foram discutidas e assumidas como um compromisso do CES/AL, pela sua efetivação, como a questão da dispensação de medicamentos excepcionais e a aplicação da EC 29/2000 pelo Estado.

Fica evidente que as forças sociais que defendem o SUS e que têm assento no CES/AL possuem um papel importante na construção de estratégias que permitam avançar na conquista de posições de poder no SUS, e que afirmem, de fato, a efetivação do seu papel de deliberar sobre a Política de Saúde. Para tanto, destaca-se como fundamental o investimento na formação permanente dos conselheiros de saúde, para que desenvolvam uma intervenção qualificada e articulada com as demandas e necessidades de saúde dos setores que representam. A publicização do debate produzido no interior das reuniões do CES/AL pode se constituir em um componente legitimador de sua atuação ante a sociedade, para que a população identifique como suas as proposições ali elaboradas, e que, por meio de seus representantes, possa propor temáticas a serem incorporadas na agenda de prioridades do CES/AL.

A definição da Política de Saúde corre o risco de passar ao largo do CES/AL, através da transferência de sua formulação para outras instâncias de poder, dentro do SUS, como no caso da CIB/AL. Desse modo, coloca-se como fundamental o

controle permanente sobre o que está sendo pactuado entre os gestores na CIB/AL, para que esta não extrapole a sua função de pactuar sobre a operacionalização do SUS e passe a assumir o papel do CES/AL na formulação das políticas de saúde. Para tanto, faz-se necessária a apresentação sistemática, ao CES/AL, do conteúdo das pautas e de resoluções, assim como a cobrança ao gestor de uma postura de respeito ao CES/AL, como instância máxima de deliberação, marcando sua posição na Política de Saúde.

Desse modo, com base no resultado da pesquisa empírica desenvolvida, pode-se afirmar a tese central aqui defendida: o CES/AL, enquanto mecanismo de formulação, de avaliação e de controle da Política de Saúde em Alagoas, durante o período de 1999 a 2006, disputou a sua direção com outras instâncias do SUS, em particular, com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AL), tendo a sua atuação limitada por entraves significativos à construção de sua hegemonia na Política de Saúde, expressos nas contradições de uma cultura política que se confronta entre o velho e o novo modo de gerir a coisa pública; na fragilidade dos organismos populares da sociedade civil; e na ausência de uma direção ético-política que articule as forças sociais em torno de um projeto de saúde pública, concretizado no SUS.

Mesmo em face desses entraves, a atuação do CES/AL tem assumido um grande significado político na luta pela socialização da Política de Saúde, com reflexos na sociedade alagoana, tão resistente às mudanças e à partilha do poder. Nesse sentido, o CES/AL apresenta-se como um campo de possibilidades de construção de novas hegemonias, em disputa com outras forças políticas, pela direção da Política de Saúde, na perspectiva de afirmação do direito à saúde e à participação da sociedade no SUS, em Alagoas.

Nesse contexto, é de suma importância que as forças sociais e políticas que defendem o SUS e que têm assento no CES/AL mantenham uma postura de vigilância e possam superar interesses corporativos e particulares, na perspectiva de elaboração de propostas mais coletivas que atinjam a população ali representada. Desse modo, é procedente a reflexão desenvolvida por Gramsci sobre a necessidade de se manter um processo permanente de organização das forças, que promova a formação da vontade coletiva. Para tanto, o pensador define que a tarefa essencial *“consiste em dedicar-se de modo sistemático e paciente a formar esta*

força, desenvolvê-la, torná-la cada vez mais homogênea, compacta e consciente de si”(GRAMSCI, 2000b, p. 45).

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. A relação entre o Estado e a sociedade civil – A questão dos conselhos de direitos e a participação do serviço social. **Revista Serviço Social e Movimentos Sociais/UFMA**. V. 1, n. 1. São Luís: EDUFMA, p. 61-76, 1999.

_____. O controle social e a mediação da Política de Assistência Social na sociedade brasileira na atualidade – indicações para o debate. **Revista de Políticas Públicas**, v. 6, n. 1. São Luís: EDFMA, p. 126-154, 2002.

ALAGOAS. **Atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas**. Exercício 1999 a 2000. Maceió: CES/AL; SESAU/AL.

ALAGOAS. **Resoluções do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas** relativo ao período de 1999 a 2006. Maceió: CES/AL; SESAU/AL.

ALAGOAS. **Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas**. Maceió: CES/AL; SESAU/AL, 2005.

ALAGOAS. **Relatórios Técnicos da Comissão Intergestores Bipartite de Alagoas (CIB/AL)**, referente ao período de 1999 a 2006. Maceió: CIB/AL; SESAU/AL.

ALAGOAS. **Resoluções publicadas pela CIB/AL** no período de 1999 a 2006.

ALAGOAS. **Plano Estadual de Saúde 2004-2007**. Maceió/AL: SESAU/AL, 2004.

ALAGOAS. **Relatório de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU)**, exercício 1999. Maceió/AL: SESAU/AL.

ALAGOAS. **Relatório de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU)**, exercício 2000. Maceió/AL: SESAU/AL.

ALAGOAS. **Relatório de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU)**, exercício 2002. Maceió/AL: SESAU/AL.

ALAGOAS. **Relatório de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU)**, exercício 2003. Maceió/AL: SESAU/AL.

ALAGOAS. **Gabinete Civil do Governo de Alagoas.**
<http://www.gabinetecivil.al.gov.br>. Acesso em 20/11/2007.

ALMEIDA, Leda Maria de. **Rupturas e permanências em Alagoas:** O 17 de julho de 1997 em questão. Maceió: Edições Catavento, 1999.

BARROS, Elizabeth. As idas e vindas do financiamento da saúde. In. ROCHA, Denise e BERNARDO, Maristela (orgs.). **A era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: INESC, p. 153-183, 2004.

BATISTA, Francisco. A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, à práxis democrática. In. **Revista Radis** nº 53, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.13-21, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda dos direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. O Plano Plurianual do governo Lula: um Brasil de todos? In. FREIRE, Lúcia M.B., FREIRE, Silene de Moraes, CASTRO, Alba Tereza Barroso de (orgs.). **Serviço Social, política social e trabalho:** desafios e perspectivas para o século XXI. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, p. 139-157, 2006.

BITTENCOURT, Sidney A. Implicações da não aprovação da Lei Complementar, a que se refere o §3º do Art. 198 da Constituição Federal (EC nº 29/00) nos gastos federais com a saúde. **Nota Técnica nº 08/2007.** Brasília: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. <http://www.camara.gov.br>. Acesso em 28/08/2007.

BOBBIO, Norberto (et al). **Dicionário de Política**, volumes 1 e 2, 8ª ed.. Brasília: Editora da UnB, 1995.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde: Um Pacto Pela Saúde No Brasil (PNS). Portaria nº 2.607, de 10/12/2004. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. **Ouvidoria Geral do SUS.** Decreto nº 4.726, de 9/6/2003. Portal da Saúde – www.saude.gov.br . Acesso em junho de 2006.

BRASIL. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde:** resgate histórico do controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** In: Coletânea de Normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**: Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90. In: Coletânea de Normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução nº 333**, do CNS, de novembro de 2003. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução CNS nº 322/2003**. Aprova as diretrizes acerca da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. In: Coletânea de Normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2ª ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **IX Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. **X Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **XI Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **A prática do controle social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Série Histórica do CNS, n.1 MS, CNS. Reimpressão Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal**: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. MS, 2001.

BRASIL. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série **Pactos pela Saúde** 2006, volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília/ DF: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Ministério da Saúde (MS), 2006.

BRASIL. **Painel dos Indicadores do SUS**. Brasília/DF: Ministério da Saúde (MS); Organização Pan-Americana (OPAS), 2006.

BRASIL. **Sistema de Vigilância em Saúde**. Relatório de Situação: Alagoas. Brasília/DF: Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde, 2006. <http://www.saude.al.gov.br>. Acesso em 06/03/2007.

BRASIL. **Vigilância em Saúde**: dados e indicadores selecionados. Brasília/ DF: Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Indicadores e dados básicos para a saúde**: IDB 2005 Brasil. RIPSA, OPAS, MS, 2005.

BRASIL. Nota Técnica nº 02-B/2007 – SIOPS/DES/SCTIE/MS. <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 13/8/2007.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS)**, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. **Resultados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2007. <http://www.conselho.saude.gov.br/web.cadastro/regiao Nordeste.doc>. Acesso em 7/7/2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara Amazoneida P. (orgs.). **Política social e democracia**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, p. 43-65, 2002.

_____. & MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Mª Inês Souza & PEREIRA, Potyara A. P. (orgs.). **Política social e democracia**. 2ª ed., São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, p. 197-215, 2002.

_____. As Políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: **Capacitação em serviço social e política social**, módulo 3: Política social. Brasília: UnB, CEAD, p. 103-115, 2000.

_____ e SOUSA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de Saúde e Serviço Social**. [http:// www.assistentesocial.com.br](http://www.assistentesocial.com.br). Acesso em 10/8/2005.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.

_____ e SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: **Ser Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Depto de Serviço Social -, nº 10, Brasília: UnB, p. 57-92, 2002.

_____. Política Nacional de Saúde no governo Lula. In: **Cadernos Especiais** nº 6, 2005. <http://www.assistentesocial.com.br>. Acesso em 08/01/2006.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, ABEPSS, p. 88-110, 2006.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. In. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 78, São Paulo: Cortez, ano XXV, julho, p. 48-68, 2004.

CABRAL, Luiz Antonio Palmeira. **Planos de desenvolvimento de Alagoas 1960-2000**. Maceió: EDUFAL: SEPLAN/AL: Fundação Manoel Lisboa, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. In. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 87, São Paulo: Cortez Editora, ano XXVI, p. 132-146, 2006.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, Cícero Péricles de. Modelo socioeconômico é preciso e deve ser rompido. Artigo publicado no **Jornal Gazeta de Alagoas**. Maceió, 15/09/2002, p. A12.

_____. **Discutindo uma proposta para Alagoas**. Alagoas: PT, 2001.

_____. **Alagoas. 1980-1992: a esquerda em crise**. Maceió: EDUFAL/LUMEN/ENGENHO, 1993.

_____. **Economia popular: uma via de modernização para Alagoas**. Maceió: EDUFAL, 2005.

CARVALHO, Gilson. Legislação financeira e responsabilidade sanitária e solidária. XXIII **Congresso Nacional de Secretários de Saúde**, Joinville, 2007. <http://www.conasems.pr.gov.br>. Acesso em 01/08/2007.

CAVALCANTE, Margarete Pereira. O papel dos conselhos de saúde na democratização da Política de Saúde. **Anais da II Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, MA: UFMA, 2005.

_____. **Educação e Participação: um estudo dos espaços colegiados de participação social no âmbito da Política de Saúde de Alagoas**. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 1992.

CAVALCANTI, Sônia Maria Souza. **Descentralização das ações e serviços de saúde em três dimensões: o caso de Murici – AL**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2000.

CERRONI, Umberto. **Lessico Gramsciano**. Roma: Editori Riuniti, 1978.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

_____. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social. Recife: UFPE, 2005.

_____. Controle social na saúde. In. MOTA, Ana Elizabete et al (org.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, ABEPSS, p. 111-138, 2006.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 3ª ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

COSTA, Nilson de Rosário. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação:** saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Globo, Vol. 1, 1997.

_____. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (orgs.). **Brasil. Radiografia da saúde.** Campinas: UNICAMP. IE, 2001.

_____. Reforma do Estado e o Setor Saúde: a experiência brasileira da última década. **Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2000, p. 03-20.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política:** a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. **Gramsci:** um estudo sobre seu pensamento político. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. **Gramsci.** Porto Alegre: L&PM, 1981 (Fontes do pensamento político; V.2).

_____. E TEIXEIRA, Andréa de Paula. **Ler Gramsci, entender a realidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Representação do interesse, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (orgs.). **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. 2ª ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 47-60, 1995.

CUNHA, João Paulo Pinto da & CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001, p. 285-304.

DAGNINO, Evelina (org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DIAS, Edmundo Fernandes. A liberdade (im) possível na ordem do capital: reestruturação produtiva e passivização. **Textos Didáticos** nº 29, São Paulo: IFCH/UNICAMP, 1997.

_____. **Gramsci em Turim: a construção do conceito de hegemonia**. São Paulo: Xamã, 2000.

_____. Cidadania e racionalidade de classe. In: **Revista Universidade e Sociedade** nº 11, São Paulo: ANDES-SN, p.130-139, 1996.

_____. O possível e o necessário: as estratégias das esquerdas. **Outubro** nº 3, Revista do Instituto de Estudos Socialistas. São Paulo: Xamã, p. 77-83, 1999.

_____. Projeto democrático-popular. **Revista Universidade e Sociedade** nº 8, São Paulo: ANDES-SN, p. 5-10, 1995.

DINIZ, Tânia Maria Ramos et alli. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social**. São Paulo: PUC/NEPI, 1994.

DRAIBE, Sônia Miriam. A nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas públicas: os conselhos nacionais de políticas setoriais. **Caderno de Pesquisa** nº 35. São Paulo: NEPP/ UNICAMP, 1998.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. 14 ed., São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1996.

EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 181-192, 1995.

_____ e BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 83-119, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do Governo Lula. In: ROCHA, Denise e BERNARDO, Maristela (orgs.). **A era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: INESC, p. 33-59, 2004.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato brasileiro**. 11ª ed., São Paulo: Globo, 1997. Vol. 1.

FARIAS, Francisco Pereira de. Clientelismo e democracia capitalista: elementos para uma abordagem alternativa. **Revista de Sociologia e Política**, nº 15. Curitiba, p. 49-65, 2000.

FILHO, Fernando Molinos Pires. O financiamento da saúde no governo Lula: à saúde o que é da saúde. **Revista Universidade e Sociedade** nº 32, Brasília: ANDES/SN, ano XIII, março, p. 111-123, 2004.

GALLO, Edmundo e NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 91-118, 1995.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. In: **Cadernos de Saúde Pública** v. 20, n. 6, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. <http://www.scielo.org.br>. Acesso em 21/11/2006.

_____. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOHN, Maria da Glória. **Conselho Gestores e participação sociopolítica**. São Paulo, Cortez, 2001 (Coleção questões da nossa época; v. 84).

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, vol. 1: Introdução ao estudo da filosofia**. A filosofia de Benedetto Croce. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. **Cadernos do Cárcere, vol. 2: Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a.

_____. **Cadernos do Cárcere, vol. 3:** Maquiavel: Notas sobre o Estado e a Política. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b.

_____. **Cadernos do Cárcere, vol. 4:** Temas de cultura. Ação católica. Americanismo e Fordismo. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. **Cadernos do Cárcere, vol. 5:** O Risorgimento. Notas sobre a história da Itália. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Cadernos do Cárcere, vol. 6:** Literatura. Folclore. Gramática. Apêndices: variantes e índices. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Cartas do Cárcere; vol. 1 e 2.** Tradução de Luiz Sérgio Henriques; orgs. Carlos Nelson Coutinho e Luiz Sérgio Henriques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

_____. **Escritos Políticos, vol. 1;** organização e tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. **Obras escolhidas.** Tradução de Manuel Cruz. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

_____. **A democracia inconclusa:** um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci.** Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

JORGE, Elias Antonio. A Emenda Constitucional nº 29/2000. **XXIII Congresso Nacional de Secretários de Saúde**, Joinville, 2007. <http://www.conasems.prg.br>. Acesso em 1/8/2007.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia Trindade et alli (orgs.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 353-383, 2005.

LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** Trad. Rodrigo Leon Contrera. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LINDOSO, Dirceu. **Interpretação da província**: estudo da cultura alagoana. 2ª ed. revisada e ampliada, Maceió: EDUFAL, 2005.

LIRA, Fernando José de. **Formação da riqueza e da pobreza de Alagoas**. Maceió: EDUFAL, 2007.

_____. **Realidades, desafios e possibilidades**: pensando em saídas para a crise em Alagoas. Maceió: EDUFAL, 1998.

_____. **Crise, privilégio e pobreza**: Alagoas no limiar do terceiro milênio. Maceió: EDUFAL, 1997.

LOSURDO, Domenico. Conflito social, questão nacional e internacionalismo em Gramsci: uma releitura de seu pensamento. In. **Revista Serviço Social e Movimento Social**, v. 1, nº 1, São Luís: EDUFMA, p. 45-60, 1999.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel Therezinha. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (org.). **Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, p. 131-152, 1994.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. SUS e a Seguridade Social: em busca do elo perdido. In. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 14. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, p. 39-49, 2005.

MARX, Karl. **Introdução à Crítica da economia política**. Trad. Edgard Malagodi. Coleção Os Pensadores, São Paulo: Nova Cultural, 1996.

_____. e ENGELS, F. **A ideologia alemã** (Fenerbach) 9ª ed., São Paulo: Hucitec, 1993.

.

_____. **A questão judaica**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. **Descentralização da política de saúde e transferência de poder em Alagoas**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 16ª ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MONDAINI, Marco. **Gramsci e a “subida ao sótão” da filosofia da práxis**. Especial para Gramsci e o Brasil. <http://www.artnet.com.br/gramsci>. Acesso em 11/10/2007.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da política**: idéias para a reforma democrática do Estado. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

_____. A dialética Estado/sociedade e a construção da seguridade social no Brasil. **I Congresso Nacional de Seguridade Social**. Porto Alegre, 2000.

_____. **Lula, um ano e meio depois: moderação sem projeto**. <http://www.artnet.com.br/gramsci>. Acesso em 8/1/2007.

_____. **Brasil: os anos futuros**. <http://www.artnet.com.br/gramsci>. Acesso em 8/1/2007.

_____. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tomaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In. MOTA, Ana Elizabete et al (org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, ABEPSS, p. 218-241, 2006.

_____. e PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública** v. 20, n. 3, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. <http://www.scielo.org.br>. Acesso em 21/11/2006.

OLIVEIRA, Evelina Antunes F. de. **As associações comunitárias em Alagoas**. Série Apontamentos 19. Maceió: EDUFAL, 1997.

OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araújo e TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im) previdência social: 60 anos de Previdência Social no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

PÁDUA, Elisabete M. M. de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. São Paulo: Papirus, 1996.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reconstruindo um novo Estado na América Latina**. Texto para discussão. Brasília: ENAP, 1998.

RAICHELIS, Raquel. Desafios da gestão democrática das políticas pública. In: **Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais**, módulo 03, Política social. Brasília: CEAD, p. 88-102, 2000.

_____. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAMOS, Célia Leitão. Conselhos de Saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUA). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, nº 1, Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 1997.

SALES, Ivandro da Costa. **Os desafios da gestão democrática da sociedade** (Em diálogo com Gramsci). 2ª ed., Sobral, CE: Edições UVA; Recife, PE: Editora da UFPE, 2006.

SELLTIZ, Jahoda et alli. **Método de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Editora Herder, 1967.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e a sociedade civil: cultura e educação para a democracia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SETUBAL, Aglair Alencar. **Pesquisa no serviço social: utopia e realidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22 ed. revisada e ampliada de acordo com a ABNT. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, Nádia Rodrigues da. e MOURA, Tereza Cristina Vidal de N. **Organizações não-governamentais e movimentos sociais e populares em Alagoas**. Série Apontamentos nº 17. Maceió: EDUFAL, 1997.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. Os conselhos de saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 55, ano XVIII, novembro, São Paulo: Cortez, p. 156-173, 1997.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social. Florianópolis: Ed. Da UFSC; São Paulo: Cortez, 1995.

_____. O social e o político no pensamento de Gramsci. In. AGGIO, Alberto (org.) **Gramsci**: a vitalidade de um pensamento. São Paulo: Editora UNESP, 1998.

_____. **Reforma do Estado ou modernização conservadora?** O retrocesso das políticas sociais nos países do Mercosul. <http://www.artnet.com.br/gramsci>, 2002. Acesso em 8/1/2002.

_____. Estado, sociedade civil e espaços públicos: uma análise do “Plano Plurianual” – 2004-2007. In. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 88, São Paulo: Cortez, ano XXVI, novembro, p. 11-40, 2006.

_____ e NOGUEIRA, Vera Maria R.. Pobreza e participação: o jogo das aparências e as armadilhas dos discursos das agências multilaterais. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 66, ano XXII, São Paulo: Cortez, p. 145-164, 2001.

SINGER, André. Saúde. In. LAMOUNIER, Bolívia e FIGUEIREDO, Rubens (orgs.). **A era FHC**: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, p. 501-535, 2002.

SPOSATI, Aldaíza e LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.8, n.4, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992. <http://www.scielo.org.br>. Acesso em 21/11/2006

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In. DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, p. 47-103, 2002.

TELLES, Vera. Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as (difíceis) relações entre pobreza, direitos e democracia. In DINIZ, Eli et alli (org.). **O Brasil no rastro da crise**. São Paulo: ANPOCS/IPEA/HUCITEC, 1994.

_____. Sociedade civil e espaços públicos. **Publicações Polis** nº 14, São Paulo: Instituto Polis, 1994.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Movimentos sociais e conselhos. **Cadernos ABONG** nº 15. São Paulo: ABONG/ILDEPES, 1996.

_____. Controle social do poder público. **Revista Gaveta Aberta**, n. 10, Recife: EQUIP, p. 25-35, 2003.

TEIXEIRA, Sonia Fleury e MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In. TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2ª ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TRIVINOS, A. Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VARGAS, Soraya Maria. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de saúde Brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários. **Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, p.23-42, 2000.

_____. Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas. Palestra proferida no **11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro-BR: ABRASCO, 21 a 25 de agosto de 2006.

VASCONCELOS, Ruth. **O poder e a cultura de violência em Alagoas**. Maceió: EDUFAL, 2005.

_____. **Os movimentos sociais em Alagoas: aspectos políticos das associações comunitárias**. Série Apontamentos nº 20. Maceió: EDUFAL, 1997.

_____. **Desafios e perspectivas: partidos políticos x movimentos sociais**. Maceió: EDUFAL, 1997.

VERÇOSA, Elcio de Gusmão. **Cultura e educação nas Alagoas: histórias, histórias**. 4ª ed., Maceió: EDUFAL, 2006.

VIANA, Valdilene. **A universalidade do direito à saúde no Governo FHC (1995-2002)**. Tese (Doutorado). Pós-Graduação em Serviço Social. Recife: UFPE, 2004

VIANNA, Luiz Werneck. O inferno e as boas intenções. Rio de Janeiro, 2004. <http://www.artnet.com.br/gramsci>, acesso em 11/3/2008.

VIEIRA, Ana Cristina. Clientelismo e serviços de saúde. **Revista de Políticas Públicas**, v.6, n. 1. São Luís: EDUFMA, p. 9-40, 1995.

ANEXO A

Composição do Conselho Estadual de Saúde de 1999 a 2005

I – Representação da Administração Pública

1. Secretário de Estado da Saúde
José Wanderley Neto (presidente)
2. Secretaria de Saneamento e Energia
Titular – Luiz Dantas
Suplente – José Gildo Rodrigues
3. Secretaria de Educação e Desporto
Titular – Eunice Auto da Silva Nonô
Suplente – Edvaldo Neiva Pires
4. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)
Titular – Silvana Medeiros Torres
Suplente – Amália Maria de Amorim Uchoa
5. Fundação Governador Lamenha Filho (FUNGLAF)
Titular – Alberto Eduardo Cox Cardoso
Suplente – Nadja Tenório Marinho
6. Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
Titular – Nilza Maria Martins Amaral
Suplente – João Macário de Omena Filho
7. Ministério da Saúde em Alagoas
Titular – Ubiratan Pedrosa Moreira
Suplente – Roseane Rodrigues Cavalcante

II – Representação dos Profissionais e dos Prestadores de Serviços de Saúde

1. Entidades Médicas

Titular: Antonio de Pádua Cavalcante

Suplente: Flávio Lima

2. Odontólogos e Farmacêuticos

Titular: Airton Mota Mendonça

Suplente: José Gildo da Silva

3. Enfermeiros e Assistentes Sociais

Titular: Wellington Monteiro da Anunciação

Suplente: Débora da Silva Matos

4. Entidades de Nível Médio da Saúde

Titular: Mario Jorge dos Santos

Suplente: Benedito Alexandre de Lisboa

5. Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Alagoas

Titular: Humberto Gomes de Melo

Suplente: José de Figueiredo Ângelo

6. Misericórdias do Estado de Alagoas

Titular: Marcos Antonio da Rocha

Suplente: Francisco Chagas da Silva

III – Representação dos Usuários

1. Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado de Alagoas

Titular: Maria do Ó do Nascimento

Suplente: Antonio Vitorino da Silva

2. Federação dos Trabalhadores das Indústrias do Estado de Alagoas

Titular: Andreson Charles da Silva Chagas

Suplente: Simon Ricardo Alvides da Silva

3. Sindicato dos Comerciários do Estado de Alagoas

Titular: Severino Pereira da Silva

Suplente: Manoel Romão Neto

4. Portadores de Deficiência do Estado de Alagoas

Titular: Gerônimo Siqueira da Silva

Suplente: João Ferreira Lima

5. Hemofílicos do Estado de Alagoas

Titular: Janete Portela de Holanda Cavalcanti

Suplente: Geneuza Matos

6. Diabéticos do Estado de Alagoas

Titular: Maria Helena dos Santos

Suplente: Marinita Maria do Nascimento dos Santos

7. Associação de Moradores

Titular: José Lourenço das Brotas Neto

Suplente: Valdemir Vieira Santos

8. Associação de Moradores

Titular: Maria Solange Rodrigues

Suplente: Atilane Martiliane da Silva

9. Associação de Moradores

Titular: Rául Carlos Brodt

Suplente: Eládia Gomes dos Santos Rosa

10. Sindicato dos Jornalistas

Titular: Marcelo Firmino Neto

Suplente: Maria de Fátima G. de Almeida

11. Centrais Sindicais (CUT)

Titular: Expedita Maria de Almeida Ferreira

Suplente: Cícero Lourenço da Silva

12. Grupo Conviver

Titular: Helena Soares

Suplente: E neide Andrade

13. Sociedade Civil

Titular: Ib Gatto Falcão

Suplente: Marcos David de Lemos

ANEXO B

Composição do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL) a partir de 2005

I – Representação da Administração Pública

1. Secretaria de Estado da Saúde

Titular: Kátia Born Ribeiro

Suplente: Josefa Petrócia Melo Moraes

2. Secretaria de Educação e Desporto

Titular: Jarbas Alves dos Santos

Suplente: Thiago Alves de Oliveira

3. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)

Titular: José Sival Clemente da Silva

Suplente: Oneide Regina Camilo dos Santos

4. Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

Titular: Rosimeire Rodrigues

Suplente: Ednaldo Francisco de Holanda

5. Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Titular: Ana Dayse Dórea

Suplente: Sebastião Praxedes dos Reis

7. Núcleo Estadual do Ministério da Saúde

Titular: Maria Jeane Alves de Melo

Suplente: Ricardo José Moroni Valença

II – Representação dos Prestadores de Serviços de Saúde

1. Sindicato dos Hospitais de Alagoas
Titular: Humberto Gomes de Melo
Suplente: Glauco Monteiro Cavalcante Manso
2. Entidades Filantrópicas
Titular: Marcos Davi Lemos de Melo
Suplente: Renato Resende Rocha

III – Representação dos Profissionais de Saúde

1. Entidades Médicas
Titular: Wellington Moura Galvão
Suplente: Vera Lúcia Elias Rodrigues
2. Sindicato dos Farmacêuticos/ Conselho Regional de Farmácia
Titular: Alexandre Correia dos Santos
Suplente: José Gildo da Silva
3. Sindicato dos Odontólogos/ Conselho Regional de Odontologia
Titular: Airton Mota Mendonça
Suplente: Carlos Roberto Cerqueira de Menezes
4. Sindicato dos Enfermeiros/ Conselho Regional de Enfermagem
Titular: Wellington Monteiro da Anunciação
Suplente: Tânia Kátia de Araújo
5. Sindicato dos Assistentes Sociais/ Conselho Regional de Serviço Social
Titular: Débora da Silva Matos
Suplente: Jivonete Lima da Silva
6. Sindicato dos Psicólogos/ Conselho Regional de Psicologia
Titular: José Félix Vilanova Barros

Suplente: Theny Mary Viana Fireman

7. Sindicato dos Servidores de Nível Médio da Saúde

Titular: Benedito Alexandre Lisboa

Suplente: Fernando Cândido do Nascimento

8. Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem no Estado de Alagoas

Titular: Mário Jorge dos Santos

Suplente: José Bernardo dos Santos Filho

III – Representação dos Usuários

1. Federação dos Trabalhadores na Agricultura (FETAG)

Titular: Antonio Alves da Silva

Suplente: Rilda Maria Alves

2. Federação dos Trabalhadores na Indústria

Titular: Arnaldo Moura dos Santos

Suplente: Valter Polarpo da Silva

3. Federação dos Aposentados, Pensionistas e Idosos de Alagoas

Titular: Marly Márcia Coelho Vieira

Suplente: Carlos Lima Gomes

4. Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas

Titular: Benedito Roque da Costa

Suplente: José Agostino Filho

5. Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINMI)

Titular: Etelvina Santana da Silva

Suplente: Agamenom do Nascimento

6. Associação Alagoana de Prevenção às Drogas, Atenção à Saúde Mental e Ecologia (ACORDE)/ Projeto Graciliano é uma Graça (PRÓ-GRAÇA)

Titular: Rosa Augusta Oliveira Rodrigues de Melo

Suplente: Marilene Adelino da Silva

7. Associação de Proteção e Assistência Carcerária

Titular: Maria Laura Conrado Silva

Suplente: Maria Helena Mafra Torres

8. Pastoral da Criança

Titular: Maria Borges da Silva Rodrigues

Suplente: Ivone Torres Azevedo

9. Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL)/ Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais (AAPE)

Titular: Luiz Carlos de Oliveira Santana

Suplente: Manuela Medeiros Albuquerque

10. Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)/ Associação dos Pais e Amigos dos Autistas (ASSISTA)

Titular: Maria das Graças Xavier Ribeiro

Suplente: José de Souza

11. Associação dos Renais Crônicos de Alagoas/ Associação dos Hemofílicos em Alagoas

Titular: José Wilton da Silva

Suplente: Vanilson de Lima Coelho

12. Associação de Assistência ao Hipertenso e ao Diabético/ Associação dos Familiares e Amigos dos Doentes Mentais

Titular: Overlac Batista dos Santos

Suplente: Marluce de Souza Melo

13. Núcleo Estadual de Saúde Mental/ Grupo Solidário de Apoio aos Portadores de Hepatite “C” em Alagoas

Titular: Hozana França

Suplente: Maria Regina Tomasi Tartuce

14. Federação das Associações de Moradores de Alagoas (FAMOAL)

Titular: Jade de Albuquerque Rodrigues

Suplente: Severino Angelino da Silva

15. Federação das Associações de Moradores de Alagoas (FAMOAL)

Titular: José Barbosa de Souza Neto

Suplente: Gerônimo Ferreira da Silva

16. Centrais Sindicais (CUT/ CGTB)

Titular: Nélon Lima Rosa

Suplente: Albegemar Cassimiro Costa

ANEXO C**Proposições de pautas advindas do gestor e dos demais segmentos do
CES/AL de 1999 a 2006**

Ano	Gestor	Demais segmentos
1999	21	18
2000	24	17
2001	22	16
2002	21	08
2003	21	28
2004	33	20
2005	19	30
2006	27	14
1999-2006	188	151

ANEXO D**Resoluções publicadas pelo CES/AL e pela CIB/AL no período de 1999 a 2006**

Ano	CES/AL	CIB/AL
1999	05	31
2000	03	35
2001	15	73
2002	18	57
2003	84	77
2004	53	79
2005	27	67
2006	16	53
1999-2006	231	472