

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

JINADIENE DA SILVA SOARES

**Os Conselhos de Saúde em Alagoas:
uma análise teórica e conjuntural**

Maceió, 2008

JINADIENE DA SILVA SOARES

**OS CONSELHOS DE SAÚDE EM ALAGOAS:
uma análise teórica e conjuntural**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Paniago

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito complementar para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, área de Concentração: Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas

Maceió, 2008

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

| | |
|-------|--|
| S676c | <p>Soares, Jinadiene da Silva. Os conselhos de saúde em Alagoas : uma análise teórica e conjuntural / Jinadiene da Silva Soares. – Maceió, 2008. 124 f.</p> <p>Orientadora: Maria Cristina Soares Paniago. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2007.</p> <p>Bibliografia: f. 116-124.</p> <p>1. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). 2. Controle social. 3. Sociedade civil. 4. Neoliberalismo. 5. Estado. 6. Conselho Estadual de Saúde (Alagoas). I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 364:614</p> |
|-------|--|



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - MESTRADO

Membros da Comissão Julgadora de Defesa de Dissertação da mestranda **JINADIENE DA SILVA SOARES**, intitulada: **“OS CONSELHOS DE SAÚDE EM ALAGOAS: uma análise teórica e conjuntural”**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 27 (vinte e sete) de fevereiro de 2008, às 9h00 na sala 01 do FSSO.

COMISSÃO JULGADORA:

Maria Cristina Soares Paniago
Profa. Dra. Maria Cristina Soares Paniago
Orientadora – FSS/UFAI

Belmira Rita da Costa Magalhães
Profa. Dra. Belmira Rita da Costa Magalhães
FCS/UFAI

Maria Valéria Costa Correia
Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia
FSS/UFAI

Dedico este trabalho a minha pequena Sophia Maria, que sem querer e muito menos sem entender, participou de toda esta jornada desde o ventre. A ela, que passou comigo por todos os atropelos e aflições, sendo testemunha das angústias e dos momentos de desespero, ajudando-me a continuar e, agora, sendo tão vitoriosa quanto eu na finalização desta etapa.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, que me deu todas as condições para chegar lúcida até o final desta batalha.

À minha mãe, Irena Luiza, que forneceu as condições objetivas e muitas das subjetivas para que eu continuasse sempre me segurando na hora em que eu tendia a tombar.

A meu pai, Jinaldo, e meus irmãos, Junior, Fernanda e Fernandes, que souberam me ajudar nos momentos de aflição em que era necessário o isolamento.

Ao Klayson, que nunca permitiu que eu abandonasse meus sonhos para segui-lo.

Às Coordenadora e Vice-Coordenadora da Pós-Graduação em Serviço Social da UFAL, que aceitaram a minha transferência após o início do curso na Federal de Pernambuco.

À Cristina Paniago, que nunca se furtou à orientação e que, devido à sua cautela, minuciosidade e exigência, me permitiu atingir o olhar crítico de pesquisadora para analisar a realidade a partir do que ela nos mostra, sem ser mascarada por nossos desejos.

À Valéria, que há muito deixou de ser apenas professora, sendo também uma grande amiga, fornecendo material e lendo várias vezes esta dissertação, na intenção de ajudar a esclarecer alguns pontos obscuros.

Às colegas de trabalho, que sempre me permitiram levar as discussões desta dissertação às reflexões do nosso cotidiano com os conselhos gestores de saúde de Maceió, fazendo compreender os reais determinantes da atuação destes órgãos.

À Adriana Calado, que também se constituiu num termômetro no avanço desta dissertação e que, mesmo receosa, nunca deixou de dar sua opinião a respeito dos meus escritos.

À Suely, também pesquisadora na área do controle social na saúde, que atravessou a madrugada fazendo a leitura e observações deste trabalho, como forma de trazer mais subsídios às discussões nele contidas.

Finalmente, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na construção desta dissertação.

RESUMO

Esta dissertação versa sobre a atuação e a efetividade da participação social nos conselhos de saúde, instrumentos legais de controle social da sociedade sobre as ações do Estado. Seu objetivo principal é analisar até que ponto o Estado permite que a sociedade participe das decisões a fim de determinar os rumos da política de saúde. Para alcançar o objetivo estabelecido foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. A análise parte do pressuposto de que as transformações imprimidas às políticas sociais brasileiras, mormente após a adoção do projeto neoliberal a partir de 1989, favorecem a discussão da atuação dos conselhos de saúde. A dissertação está estruturada em três capítulos. O primeiro trata da participação social e do controle social, a partir do estudo da relação Estado e sociedade civil em Gramsci, analisa o Estado brasileiro e as conseqüências da adoção do neoliberalismo. O segundo contextualiza a política de saúde no país, o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária e as conquistas da Constituição de 1988. Discute a mercantilização da saúde, o processo de “universalização excludente” e historiciza o início da participação social institucionalizada na política de saúde brasileira. O terceiro capítulo mostra como vem se dando o funcionamento dos conselhos de saúde, descreve a atual conjuntura alagoana, pesquisas sobre os conselhos, apresentando limites e desafios para essa atuação e as analisa refletindo, mais profundamente, sobre as raízes desses problemas. Conclui que os conselhos, na realidade alagoana, não estão aptos para modificar a relação Estado e sociedade civil, apesar de, potencialmente, se constituírem em formas de resistência nos limites da sociedade capitalista.

PALAVRAS-CHAVES: Conselhos de Saúde, Controle Social, Estado, Sociedade Civil e Neoliberalismo

ABSTRACT

This thesis is about the performance and effectiveness of social participation in the health councils, society legal instruments of control over the actions of the State. Its main objective is to analyze to which extent the state allows society to participate in decisions to determine the directions of health policy. To achieve the goal set literature and documentary research were used. The analysis starts from the assumption that the changes made to Brazilian social policies, especially after the adoption of neo-liberal project since 1989, encourage discussion of the role of health councils. The thesis is divided into three chapters. The first deals with social participation and social control, from the study of Gramsci's State and civil society relation, analyzes the Brazilian state and the consequences of the adoption of neo-liberalism. The second gives a general view of the health policy in the country, the emergence of the Movement for Health Reform and the achievements of the 1988 Constitution. It discusses the commercialization of health, the process of the "excluding globalization" and historically shows the beginning of the institutionalized social participation in Brazilian health policy. The third chapter expresses how the health councils are working, describes the current conjuncture in Alagoas, researches about the boards, presenting limits and challenges for this performance and analyzes them reflecting, more profoundly, on the roots of these problems. Concludes that the councils, in the reality of Alagoas, are unable to change the State and civil society relation, despite the fact that, potentially, they constitute themselves in forms of resistance within the limits of capitalist society.

Key-Words: Health Councils, Social Control, State, Civil Society and Neo-liberalism.

Não há na história, na vida social, nada de fixo, de enrijecido, de definitivo. E não existirá nunca. Novas verdades aumentam o patrimônio da sabedoria; necessidades novas superiores são suscitadas pelas novas condições de vida; novas curiosidades intelectuais e morais pressionam o espírito e o obrigam a renovar-se, a melhorar.

Antônio Gramsci

SUMÁRIO:

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1 - ESTADO E SOCIEDADE CIVIL: UM DEBATE TEÓRICO..... | 15 |
| <i>1.1. O ESTADO E A SOCIEDADE CIVIL EM GRAMSCI</i> | <i>16</i> |
| <i>1.2. O ESTADO E A SOCIEDADE CIVIL NO IDEÁRIO NEOLIBERAL.....</i> | <i>22</i> |
| <i>1.2.1. O NEOLIBERALISMO E O ESTADO BRASILEIRO.....</i> | <i>27</i> |
| 2 – O CONTROLE SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA..... | 33 |
| <i>2.1. A POLÍTICA DE SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DE 1988.....</i> | <i>33</i> |
| <i>2.2. A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E O PROCESSO DE “UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE”</i> | <i>42</i> |
| <i>2.3. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....</i> | <i>47</i> |
| <i>2.4. OS CONSELHOS DE SAÚDE COMO INSTRUMENTOS DE CONTROLE SOCIAL.....</i> | <i>53</i> |
| 3 – OS CONSELHOS DE SAÚDE EM DEBATE..... | 62 |
| 3.1. A REALIDADE ALAGOANA E AS POSSÍVEIS INFLUÊNCIAS SOBRE O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL..... | 63 |
| 3.2. ANÁLISE DAS PESQUISAS SOBRE OS CONSELHOS DE SAÚDE EM ALAGOAS..... | 68 |
| <i>3.1.1. SOBRE OS CONSELHOS GESTORES DE SAÚDE.....</i> | <i>68</i> |
| <i>3.1.2. SOBRE OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....</i> | <i>79</i> |
| <i>3.1.3. SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ.....</i> | <i>92</i> |
| <i>3.1.4. SOBRE O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE ALAGOAS.....</i> | <i>101</i> |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 108 |
| REFERÊNCIAS..... | 116 |

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo a análise da participação social a partir da atuação dos conselhos de saúde enquanto instrumentos legais de controle social, definidores dos rumos da política de saúde.

O controle social da sociedade sobre as ações do Estado no sistema de saúde brasileiro foi garantido pela Constituição Federal de 1988. Tal controle se originou de um longo processo de mobilização de profissionais de saúde e de toda a sociedade civil organizada em torno da luta pela garantia do direito universal à saúde, reivindicado pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Esse sistema de saúde prevê a existência de conselhos nas esferas nacional, estadual, municipal e local, através de legislação específica (Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142/90 e Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde). A atuação desses conselhos foi propugnada na perspectiva do controle social enquanto *“atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas”* (CORREIA, 2005), sendo estes uma via para que a formulação desse sistema se dê efetivamente, devendo refletir, portanto, o real poder da população em modificar planos políticos, atendendo aos interesses da coletividade.

Aqui está se partindo do pressuposto de que as transformações sofridas pelas políticas sociais brasileiras, neste caso, pela política de saúde, principalmente após a adoção do projeto neoliberal no país a partir de 1989 — que se constitui em uma das formas do capital para o enfrentamento de mais uma de suas crises e cujo objetivo é assegurar a

expansão da taxa de lucratividade do mercado —, estimulam a discussão sobre as instâncias colegiadas deliberativas legalmente constituídas, cuja dinâmica, em princípio, poderia ser fundamental para a consolidação de uma modificação na relação entre Estado e sociedade.

A partir do exposto, há que situar o problema a ser investigado: qual a influência dos conselhos no direcionamento da política de saúde em Alagoas? O Estado permite uma participação social que possa vir a mudar os rumos da política de saúde, no intuito de melhorar as condições de vida da coletividade?

Daí abstrai-se o seguinte objetivo geral: analisar até que ponto o Estado permite que a sociedade participe das decisões, a fim de que esta possa determinar os rumos da política de saúde. E, como objetivos específicos: identificar as determinações impostas pelo Estado brasileiro que interferem diretamente no exercício do controle social na saúde e analisar as dificuldades e limites enfrentados pelos conselhos de saúde na busca da efetivação do controle social.

A análise da participação social a partir da atuação dos conselhos de saúde exige uma reflexão teórica no que diz respeito à influência dessas instâncias colegiadas na condução da política de saúde no Estado Brasileiro — este, fortemente marcado pela subordinação às exigências do capital internacional. Tal reflexão não deve perder de vista os determinantes macrossocietários inseridos na definição das políticas sociais.

No intuito de entender a realidade estudada, nesta dissertação optou-se pela teoria crítica, a qual assinala que as condições jurídicas não são auto-explicativas, como consideram os defensores dos procedimentos estritamente normativos, que propagam uma idéia de justiça que seria autônoma no que diz respeito às condições objetivas, independentemente dos modos de organização da produção e reprodução social. Qualquer análise sobre instituições no plano do direito, na abordagem definida para esta dissertação, implica articular os direitos às

condições reais de existência, fundamentando-se nas relações econômicas e sociais que condicionam, no limite, os fenômenos jurídicos e políticos.

Para alcançar os objetivos definidos utilizou-se a pesquisa bibliográfica. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa para subsidiar a análise do objeto de pesquisa. Para tanto, foi construída uma base teórica acerca da relação Estado e sociedade civil com o objetivo de qualificar a expressão controle social, baseada em Gramsci, do qual foram extraídas as categorias de análise utilizadas neste trabalho.

A pesquisa bibliográfica abrangeu, também, leituras e análises sobre a configuração do capitalismo contemporâneo no Brasil e sua influência nas políticas públicas, além de resultados de pesquisas sobre a atuação e a efetividade da ação dos conselhos, contidos em artigos de revistas, livros, relatórios de pesquisas, monografias, dissertações e teses que tratavam dessa questão, primária ou secundariamente.

A análise das pesquisas realizadas sobre a participação social a partir da atuação dos conselhos permitiu a aproximação aos reais determinantes da política de saúde brasileira, observando como vem se dando a dinâmica desses órgãos colegiados no que diz respeito à melhoria da referida política.

Como já exposto, há um elevado número de trabalhos e estudos de caso sobre conselhos de saúde nas esferas nacional, estadual e municipal, enfocando a descentralização político-administrativa, a representatividade dos conselheiros ou o controle dos recursos financeiros da saúde; no entanto, o diferencial deste estudo se caracteriza pela tentativa de analisar o porquê de esses conselhos estarem sempre em debate e, também, de esses estudos sempre apontarem para os mesmos problemas. Esta é uma tentativa de articular as determinações macrossocietárias aos rumos da política de saúde, no contexto de ajuste estrutural do capitalismo a partir do ideário neoliberal.

É importante ressaltar que, diferentemente da maioria das pesquisas sobre conselhos, este trabalho foi realizado por quem assessorou diretamente os conselhos: estadual de saúde de Alagoas (de 2000 a 2001) e o municipal de saúde de Maceió (de 2001 a 2005). Desde maio de 2005 trabalha com o Grupo de Referência em Controle Social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, o qual presta assessoria aos conselhos gestores deste município¹. A aproximação do objeto de estudo se deu não somente através dos relatórios de pesquisas, mas, principalmente, pela observação das reuniões dos conselhos, pela convivência no cotidiano dessas instâncias com os conselheiros dos diversos segmentos, diariamente testemunhando os limites, as perspectivas, as aflições e os conflitos existentes em seu interior e, por isso, podendo analisá-los mais detalhadamente.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro, foi construído um suporte teórico para qualificar a participação social e o controle social, a partir do estudo da relação Estado e sociedade civil em Gramsci, dando consistência teórica ao debate atual sobre os conselhos enquanto instrumentos deste controle. Além disso, há também a análise do Estado brasileiro e as conseqüências da adoção do neoliberalismo como política de administração pública, que irá contribuir para o desmonte das políticas sociais e de suas instâncias deliberativas.

O segundo capítulo consiste na contextualização da política de saúde no país, uma vez que é nesse campo que está inserido o objeto em questão. Conta ainda o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária que culminou nas conquistas legalizadas na Constituição promulgada no final da década de 80; apresenta a discussão sobre a mercantilização da saúde e o processo de “universalização excludente”, além de historiar o início da participação social institucionalizada na política de saúde brasileira através dos conselhos de saúde.

¹ O Grupo de Referência em Controle Social foi criado em 2001, como estratégia de acompanhamento aos Conselhos Gestores de Saúde (CGS), pela Coordenação de Controle Social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. É composto por 54 (cinquenta e quatro) profissionais, dentre os quais 52 são assistentes sociais que dão suporte ao desenvolvimento dos CGS que já existem em 42 (quarenta e duas) das 67 (sessenta e sete) unidades de saúde do município.

O terceiro capítulo realiza uma análise da atual conjuntura alagoana, onde estão localizados os conselhos pesquisados, descreve estudos e pesquisas sobre a atuação dos conselhos de saúde, apresentando limites e desafios em Alagoas, e analisa os resultados apresentados visando refletir, com mais profundidade, sobre as raízes desses problemas, ultrapassando a imediatividade e buscando o nexo com as determinações macrosociais resultantes das exigências do capital no Estado brasileiro.

Finalmente, as considerações finais, que poderão propiciar novos elementos para estimular o prosseguimento das discussões ora presentes sobre os conselhos de saúde, após dezesseis anos de sua implantação no País.

Atingindo o objetivo proposto, o êxito desta dissertação consistirá no fato de que sua reflexão seja apropriada pelos principais sujeitos do controle social como ferramenta para a elucidação da sua atuação, com vistas à democratização da gestão pública e, principalmente, à transformação dessa sociedade em outra mais justa e igualitária.

1 - Estado e Sociedade Civil: um debate teórico

O objetivo deste capítulo é apresentar a concepção teórica que fornece base ao debate sobre o controle social. Para isto, faz-se necessário o estudo da relação Estado e sociedade civil.

Deve-se deixar claro que a discussão no Brasil concernente ao controle social tal como é concebido neste trabalho, ou seja, o controle da sociedade civil sobre o Estado, é recente (CARVALHO, 1995).

Será examinada a concepção de Estado e sociedade civil em Gramsci — autor marxista cujos fundamentos estão na racionalidade inerente à realidade concreta, para se obter os subsídios necessários a essa discussão.

A partir do conceito moderno de sociedade civil inaugurado por Marx², o qual a compreende como esfera de conflitos entre capital e trabalho (TONET, 1989, p.8), distinguindo-a do nível privado da família e das instituições públicas do Estado, é que Gramsci pautará sua teoria sobre a relação entre o Estado e a sociedade civil.

A análise da teoria gramsciana fornecerá subsídios para o desenvolvimento deste trabalho, sendo primordial para que sejam entendidas as conclusões a que chegará o referido estudo.

² É a partir da crítica ao conceito da sociedade civil em Hegel que Marx inaugura essa concepção moderna.

1.1 O Estado e a Sociedade Civil em Gramsci

Observando a conjuntura de sua época, e baseando-se na complexificação das relações entre o Estado e a sociedade, Gramsci formulou o seu conceito de Estado sem romper com o marxismo, porém considerando as novas configurações do capitalismo neste novo contexto histórico.

Segundo Coutinho, Gramsci viveu em uma época e em um meio geográfico muito complexos em relação à atuação do Estado, podendo ver, dessa forma, a intensificação dos processos de socialização da participação política, a qual fez surgir uma nova esfera social dotada de leis e de funções relativamente autônomas e específicas, tanto em face do mundo econômico quanto dos aparelhos repressivos do Estado (COUTINHO, 2003, p.124). Por isso, suas formulações consideraram os aspectos históricos e culturais e os movimentos políticos da sociedade civil uma função decisiva na constituição de uma nova hegemonia³.

De acordo com Gramsci, o Estado não atua apenas de forma coercitiva, mas também exercita o consenso da sociedade para a implementação de suas ações e a consolidação de sua hegemonia através de suas instituições (igrejas, escolas, dentre outros).

Na teoria gramsciana o Estado compreende a sociedade política, que diz respeito ao conjunto dos mecanismos pelos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção; e a sociedade civil, que concerne ao conjunto das organizações encarregadas pela elaboração e difusão das ideologias, compreendendo as escolas, igrejas, partidos políticos, sindicatos, cultura, meios de comunicação de massa, dentre outros (COUTINHO, 2003, p.127).

³ Já Marx se defrontou com países cuja natureza repressiva e ditatorial, como aspecto primordial da dominação da classe trabalhadora, era comum. É nessa época que Marx identifica sociedade civil com base material, com infra-estrutura econômica (Coutinho, 2003, p.124).

Para Coutinho (2003, p.122), “o conceito de ‘sociedade civil’ é o meio privilegiado através do qual Gramsci enriquece, com novas determinações, a teoria marxista do Estado” (grifo do autor).

Ainda de acordo com Coutinho (2003), Gramsci discute a sociedade civil como portadora material da figura social da hegemonia, como esfera de mediação entre a infraestrutura econômica e o Estado em sentido estrito⁴.

Para Gramsci, a democratização das funções do Estado é essencial e imprescindível para a superação do Estado enquanto órgão de coerção e manutenção dos privilégios e desigualdades (SIMIONATTO, 2004, p.73).

A teoria de Estado ampliado em Gramsci apóia-se na descoberta dos aparelhos privados de hegemonia, o que o fez distinguir duas esferas principais no interior da superestrutura: a sociedade política, formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar; e a sociedade civil, constituída pelo conjunto das organizações responsáveis pela difusão das ideologias, a organização material da cultura etc. (COUTINHO, 2003, p.126-7).

Conforme Simionatto, em Gramsci a sociedade civil diz respeito ao “conjunto de relações sociais que engloba o devir concreto da vida cotidiana, (...), o emaranhado das instituições e ideologias nas quais as relações se cultivam e se organizam”. Quanto à sociedade política, a autora esclarece que esta concerne ao “conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante exerce a violência”, onde “ocorre sempre a dominação baseada na coerção” (2004, p.69).

⁴ Concorde-se com Coutinho quando afirma que a “concepção marxista de Estado será mais ampla quanto maior for o número de determinações do fenômeno estatal por ela mediatizadas/sintetizadas na construção do conceito de Estado” e que será “restrita” uma formulação que se concentra no exame de apenas uma ou poucas determinações do fenômeno político-estatal” (apud SIMIONATTO, 2004, p.64).

Essas duas esferas compõem o Estado de forma integral “(*Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção*)” (GRAMSCI, 2000, p. 244), entretanto, possuem materialidade própria. Para Gramsci (1976, p.149), “*numa doutrina que conceba o Estado como tendencialmente passível de extinção, [este] argumento é fundamental*”.

Logo, o Estado em Gramsci reúne a sociedade política e a sociedade civil com seus aparelhos hegemônicos para a manutenção do consenso, ou seja, “*Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não só o seu domínio, mas consegue obter o consentimento ativo dos seus governados*” (GRAMSCI, 1976, p.87). Para essa manutenção, o Estado incorpora, pressionado pelas classes subalternas, as suas demandas.

Para Gramsci, a sociedade civil e a sociedade política (superestrutura), juntamente com a sociedade econômica (estrutura), constituem a totalidade social, estando todas dialeticamente articuladas.

Gramsci ressalta a importância da atividade política na condução da sociedade, seja no plano das grandes e pequenas políticas, seja na determinação dos programas materiais de reforma, isto é, pensar a realidade como uma totalidade produzida pelo enfrentamento das classes. Enfrentamento este que molda o conjunto das relações sociais (COUTINHO, 2003).

Analisando a teoria de Gramsci, Simionatto (2004, p.69) afirma que a explicação da realidade social não é a prevalência das questões políticas, econômicas ou culturais, mas o princípio da totalidade, que considera as especificidades e os determinantes de situações parciais e seus encadeamentos recíprocos. Esta autora ressalta que “*o que confere originalidade ao seu pensamento é o novo nexos que estabelece entre economia e política, entre sociedade civil e sociedade política*”.

A articulação do Estado com a base econômica, ou seja, superestrutura e estrutura, é explicitada por Gramsci (1976, p.96) ao afirmar que

Na realidade, o Estado deve ser concebido como ‘educador’⁵, desde que tende a criar um novo tipo ou nível de civilização. Em virtude do fato de que se atua essencialmente sobre as forças econômicas, reorganiza-se e desenvolve-se o aparelho de produção econômica, inova-se a estrutura, não se deve concluir que os elementos de superestrutura devam ser abandonados a si mesmos, ao seu desenvolvimento espontâneo, a uma germinação casual e esporádica. [...] (grifos do autor)

O termo sociedade civil em Gramsci se diferencia do significado dado por Marx, uma vez que para o primeiro teórico a sociedade civil constitui a superestrutura, lócus de formação do poder ideológico distinto do poder político, constituindo um momento do Estado; para o último, a sociedade civil é concebida como estrutura, a base material das relações de produção.

De acordo com o pensamento gramsciano, a sociedade civil não foi pensada em função do Estado, para o qual tudo deveria ser direcionado, como afirmava Hegel, nem se reduz exclusivamente às relações econômicas burguesas, como salientam algumas interpretações da teoria de Marx, como, por exemplo, Kautski, Plekanov e Althusser, dentre outros⁶.

Analisando alguns aspectos teóricos e práticos do economicismo, Gramsci introduz uma separação entre Estado e sociedade civil, mas adverte que tal distinção é puramente de método, e não orgânica, uma vez que, na realidade esses dois elementos estão fundidos⁷.

⁵ Refere-se “à missão educativa e formativa do Estado, cujo fim é sempre criar novos e mais elevados tipos de civilização, adequar a ‘civilização’ e a moralidade das mais amplas massas populares às necessidades do desenvolvimento continuado do aparelho econômico de produção, portanto, elaborar também fisicamente tipos novos de humanidade” (GRAMSCI, 1976, p.91).

⁶ Para ver mais sobre as teorias deterministas sobre Marx, ler Juarez Guimarães (1998).

⁷ Segundo Coutinho (2003, p.121-22) tal separação não permite, contudo, afirmar, como fazem alguns autores liberais, dentre os quais Bobbio, que, baseando-se em Gramsci, defendem a tese de Estado e sociedade civil

A formulação do movimento da livre troca baseia-se num erro teórico do qual não é difícil identificar a origem prática: a distinção entre sociedade política e sociedade civil, que de distinção metódica se transforma e é apresentada como distinção orgânica. Assim, afirma-se que a atividade econômica é própria da sociedade civil e que o Estado não deve intervir na sua regulamentação. Mas, (...) na realidade fatural sociedade civil e Estado se identificam... (GRAMSCI, 1976, p.32).

Foi a partir do conceito gramsciano de Estado com sua função de manutenção de consenso de uma classe sobre a outra, através dos aparelhos privados da sociedade civil, que se buscou analisar o controle social com sua interpretação mais recente. Este se revela em um dos instrumentos pelos quais as classes disputam a obtenção da hegemonia na sociedade civil e na imposição de seus interesses na condução das ações do Estado.

Do ponto de vista das classes subalternas, o controle social seria a capacidade de essas transformarem a correlação de forças com o objetivo de construir sua hegemonia nas lutas sociais. A partir da correlação de forças é que aparece a possibilidade de as classes subalternas determinarem algum controle sobre as ações do Estado. Dessa forma, fica evidente o aspecto contraditório no terreno do controle social, porque enquanto a sociedade civil se torna um campo de luta de classes na disputa pela imposição de projetos societários diversos para a sociedade, o mesmo controle poderá ser maior por parte de uma classe ou por parte da outra, conforme a capacidade dessas em formar consensos em torno do seu projeto (CORREIA, 2005).

De acordo com este pensamento, a sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais (CORREIA, 2005, p.55). A sua concepção sem o corte classista, sem considerá-la contraditória, tendo-a

como esferas autônomas e que estes não possuem relação entre si, demonstrando, dessa forma, uma apropriação equivocada do pensamento gramsciano .

como homogênea e articuladora de instituições indiferenciadas, “*tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social*” (DIAS, 1996b, p.114).

A sociedade civil se constitui em um espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de representantes dos interesses das classes dominantes e das classes subalternas, na sociedade civil e no Estado, em busca da hegemonia (CORREIA, 2005).

É justamente nessa concepção que se assentam os conselhos setoriais, particularmente, os conselhos de saúde. Em princípio, tais conselhos possuem, como órgãos deliberativos, a função legal de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, exercendo importante papel na correlação de forças entre as classes sociais. Poderiam se constituir em um meio através do qual as camadas das classes subalternas participariam da gestão das ações do Estado, direcionando-as a seu favor.

Vê-se que, de acordo com a análise de Gramsci, que viveu em uma realidade na qual havia uma sociedade civil forte e, de fato, organizada, “*(...) no Ocidente, havia entre o Estado e a sociedade civil uma justa relação e em qualquer abalo do Estado imediatamente descobria-se uma poderosa estrutura da sociedade civil*”, sua análise é coerente. No entanto, na realidade brasileira, torna-se complicado aplicar sua teoria sem o recorte apropriado. Como afirma Coutinho (2003, p.196s.), a sociedade brasileira só vivenciou revoluções “*pelo alto*” ou revoluções passivas, como denomina Gramsci, ou seja, em vez de os processos revolucionários terem sido resultados de ações de movimentos populares ou da burguesia, foram obras de

acordos entre as frações das classes economicamente dominantes, com a exclusão das forças populares e a utilização permanente de aparelhos repressivos e de intervenção econômica do Estado como as foram a

Independência do Brasil, a Proclamação da República e o Golpe Militar de 1964, dentre outros (COUTINHO, 2003, p.196s.).

Entretanto, Coutinho defende que a sociedade brasileira pode ser considerada ocidental (como conceitua Gramsci), ilustrando essa assertiva através das resistências durante a ditadura militar; contudo, acredita-se que essa ilustração não é suficiente para que a sociedade brasileira seja classificada como ocidental, uma vez que os momentos de revoluções “*pelo alto*” foram mais frequentes na história do País, como bem assinala o próprio Coutinho (2003, p.196).

1.2. O Estado e a Sociedade Civil no Ideário Neoliberal

O neoliberalismo surgiu nos países de capitalismo avançado em 1970, como uma saída a sua mais grave crise. Na América Latina, foi o Chile o precursor deste ideário implementado através da ditadura de Pinochet. No entanto, este ideal nasceu com Friederich Hayek, em meados da década de 40, como uma resposta teórica e política enfática contra o Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* (ANDERSON, 1995, p.9). O ideal neoliberal permaneceu esquecido durante todo o período de prosperidade do capital do pós-guerra e, só a partir de 1970, com a crise mundial do capitalismo, é que ressurgiu com força.

De um lado, este ideário significa um retrocesso ao século XVIII, uma vez que defende a liberdade do indivíduo sobre o coletivo, valor liberal clássico, e a volta ao Estado mínimo. Como analisa Netto (1993, p.77), a essência do paradigma neoliberal consiste na argumentação teórica que restabelece o mercado como instância mediadora elementar da sociedade que não pode ser superado e uma posição política que recoloca o Estado mínimo como a única alternativa e forma para a democracia.

Por outro, a ofensiva neoliberal constitui, no campo político-ideológico, o elemento de justificação em uma forma de manutenção da hegemonia burguesa em face das transformações recentes ocorridas no padrão de acumulação e reprodução capitalista, nas quais se incluem a reestruturação produtiva, os processos geo-políticos e econômicos da globalização e o reordenamento do Estado e de suas relações com a sociedade.

Em termos gerais, na perspectiva neoliberal, cabe ao mercado proporcionar o equilíbrio natural das relações econômicas e sociais. Ao Estado cabe assegurar a liberdade individual, dar liberdade máxima ao capital, garantindo as condições para a sua reprodução. Anderson (1995, p.11) aponta com clareza o significado do Estado mínimo proposto pelo neoliberalismo:

(...) um Estado forte sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis para incentivar os agentes econômicos (...). (grifo do autor)

Sendo assim, para o neoliberalismo não cabem mais as funções de controle e preservação da reprodução da força de trabalho ocupada e excedente, assumidas pelo Estado de Bem-Estar Social. O que importa é um retrocesso no campo dos direitos sociais ou mesmo a desativação dos programas sociais públicos, sob a justificativa de que as políticas sociais são obstáculos ao exercício da liberdade individual, cerceiam a iniciativa privada, favorecem o aumento do poder da tecnocracia estatal e, ainda, constituem desperdício de recursos públicos.

Na verdade, importa à ofensiva neoliberal a redução dos gastos públicos através da privatização dos setores sociais rentáveis para o capital, principalmente a educação e a saúde, e da transferência dos não rentáveis para as organizações não governamentais. Essas questões

de fundo são camufladas pelo discurso de modernização da gestão pública, com ênfase na parceria com a iniciativa privada e no resgate da solidariedade como elemento-chave nas relações sociais.

Em consonância com a política neoliberal são naturalizadas as desigualdades e a tendência à transferência dos problemas sociais à esfera do privado, desresponsabilizando o Estado e repassando à sociedade civil, gradativamente, as funções pertinentes às políticas públicas.

Mais precisamente no que concerne às políticas sociais são três os princípios orientadores do neoliberalismo: a descentralização, a privatização e a focalização.

Sobre a descentralização os teóricos neoliberais defendem que esta seria uma forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, uma vez que aproxima a gestão do cidadão. Assim, aumentaria as possibilidades de interação tanto no nível local quanto nos recursos para o financiamento das políticas sociais, que poderiam ser públicos e não governamentais (DRAIBE, 1993, p.97).

A descentralização se utiliza da justificativa de que a eficácia dos gastos se daria mais facilmente quando o cidadão, maior interessado, pudesse definir como e onde alocar os recursos financeiros transferidos para estados e municípios, para colocar sob a responsabilidade dos munícipes a resolução de todos os problemas enfrentados na gestão, constituindo-se numa via de mão dupla. Isto porque, ao mesmo tempo que aproxima a gestão do cidadão, é utilizada como estratégia do governo para obrigar municípios e estados a assumirem grande parte dos gastos sociais sem o correspondente aumento dos recursos financeiros.

Para Montaño (2001, p.21), o resultado da descentralização político-administrativa

é a clara precarização ou eliminação das respostas estatais às necessidades/demandas sociais, fundamentalmente para os municípios mais pobres, sem recursos, portanto, sem capacidade de financiamento (...) de infra-estrutura urbana, de políticas sociais e de assistência adequadas. (...) Poderíamos afirmar que se trata de uma *focalização geográfica invertida*, nas regiões mais pobres os serviços e a assistência não chegam ou são precários (grifos do autor).

O princípio da focalização diz respeito à compensação da redução dos gastos públicos com o social através da adoção de uma política seletiva assistindo os grupos vulneráveis de forma a garantir a sobrevivência dessa camada social, sem sair do limiar de miserabilidade. Tal seleção não substitui, por exemplo, o salário, ocasionando o empobrecimento relativo da classe trabalhadora. A focalização visa apenas garantir a sobrevivência das classes mais pauperizadas, a fim de minimizar a agudização das refrações da questão social.

Em relação à focalização⁸, Montañó (2001, p.21) afirma que esta

(...) constitui um processo de assistencialização da política social, ao transferir para esta última, características próprias da assistência e substituindo seu caráter preventivo pelo curativo/reparador desta, o caráter *ex-ante* da primeira pelo *ex-post* da segunda, o caráter universal da política social pela focalização própria da atividade assistencial, a perspectiva de longo prazo da primeira pelo imediatismo da segunda.

Um último princípio, que é a privatização, segundo Issuani citado por Draibe (1993, p.97), é apresentado pelos defensores do ideário neoliberal como resposta para aliviar a crise fiscal, racionalizar o uso dos recursos induzido pela gratuidade de certos serviços públicos e aumentar a progressividade do gasto público ao evitar que os setores mais poderosos se apropriem de benefícios não proporcionais à contribuição que realizam para seu financiamento.

⁸ No segundo capítulo pode ser visto como este princípio, juntamente com o da privatização, se aplica à política de saúde no Brasil, através da mercantilização da saúde e da “universalização excludente”.

A privatização das políticas sociais pode se dar pela venda de estabelecimentos públicos; pela diminuição na oferta e qualidade dos serviços; e pela transferência à sociedade civil da prestação de serviços públicos, mediante o repasse de recursos públicos.

A diminuição gradativa da oferta e da qualidade dos serviços públicos levou à compra e venda de serviços pelas camadas da classe trabalhadora que supostamente podem pagar por eles, como, por exemplo, planos de saúde, planos de previdência privada e escolas particulares.

O repasse, pelo Estado, para as organizações não governamentais e outras entidades filantrópicas⁹, da responsabilidade da prestação dos serviços sociais à população carente levou ao crescimento do número de ONGs e outros, desestruturando qualquer indício de assistência social como política pública. O atendimento, conforme preceitua o princípio da focalização, é prestado de forma pontual e precária, desconstituindo qualquer caráter universal, o que significa descompromisso do Estado com as camadas da população que dispõem de recursos para comprar no mercado os bens e serviços de que necessitem, mesmo comprometendo outros aspectos de sua sobrevivência.

Estes princípios favorecem a possibilidade de o Estado transferir os recursos públicos adicionais aos prestadores de serviços privados, tendo como tendência retê-los nas camadas sociais com rendas elevadas e que possuem algum tipo de influência política (POSSAS, 1996, p.50).

As conseqüências de tais princípios são ainda mais trágicas nos países de capitalismo periférico, como é o caso do Brasil, onde não se estabeleceu, um patamar mais elevado de sobrevivência da classe trabalhadora, como será visto a seguir.

⁹ Alguns autores, como Gohn (1998), Rico (1998) e Montañó (1999, 2001), discutem a entrada dessas instituições na prestação de serviços sociais, sob a denominação de Terceiro Setor.

1.2.1. O neoliberalismo e o Estado Brasileiro

No Brasil, país que já nasceu sob o domínio do capital, foi grandioso o empenho dos governos para atender às exigências impostas pelo projeto neoliberal, que se deu através de uma rápida e eficiente readequação de sua economia com o processo de dilapidação do Estado Brasileiro.

Para Francisco Oliveira (1995, p.25), esse processo foi iniciado já na ditadura militar e teve prosseguimento, sem interrupção, com os governos subsequentes. O autor acrescenta que foi o programa dos vários governos civis (Collor e FHC). Pode-se afirmar que tal processo também fez e faz parte do programa de governo de Luís Inácio Lula da Silva.

Foi durante a ditadura que se originou a distinção entre sociedade civil e Estado no Brasil. A fim de diferenciar esse movimento, os militantes dos movimentos sociais utilizavam o termo sociedade civil para caracterizar de onde vinha sua ação. Sociedade civil era tudo o que não fazia parte do Estado. Apesar de ser colocada como se fosse a separação didática nos Cadernos de Gramsci, esta separação na época não trouxe maiores problemas ao pensamento gramsciano, embora tenha mascarado o caráter contraditório das forças sociais que formavam a sociedade civil brasileira.

Entretanto, chegando ao final da década de 80, a ascensão do ideário neoliberal apropriou-se de tal distinção para defender suas conclusões: tudo o que se origina do Estado é prejudicial, e o que advém da sociedade civil não o é. Essas conclusões excluem o caráter de classe da sociedade civil, transformando-a em uma esfera independente do Estado e homogeneizada.

Enquanto isso, para Gramsci, Estado e sociedade civil estão dialeticamente articulados. Além disso, é evidente a contradição entre classes sociais na sociedade civil, mas para os liberais esta aparece como um espaço onde os interesses se apresentam como universais, sendo, dessa forma, abstraído o caráter de classe. A fim de dissimular este caráter de classe, os liberais setorizam Estado e sociedade civil — transformando-os em esferas autônomas e independentes —, compartimentalizando a totalidade social.

Assim, no contexto atual, o Estado é considerado o *primeiro setor*, que é a esfera política, concentrando o público, aparecendo como instância neutra, de manutenção da ordem, através do uso das leis e como árbitro dos conflitos sociais; o mercado é o *segundo setor*, que abrange a parte econômica e cujo desenvolvimento, em épocas de crise, é garantido pelo Estado; e, como *terceiro setor*¹⁰, desponta a sociedade civil, que corresponde ao espaço privado, se constitui em um conjunto de relações sociais as mais diversas entre classes e grupos sociais, absorvendo a responsabilidade pelo trato da questão social (expressão politizada da desigualdade social, que diz respeito ao processo de pauperização relativa determinado pelas necessidades de acumulação capitalista)¹¹.

Com Fernando Collor de Mello, em 1989, a política neoliberal foi implementada no país. Os direitos sociais passaram a ser vistos mais como problema do que como obrigação do Estado. São apresentados às classes subalternas como ameaça à democracia e como empecilho para o saneamento das finanças públicas. As vitórias consagradas na Constituição Federal de 1988 são colocadas em xeque, responsabilizadas pelos excessos que estavam a comprometer a racionalidade do Estado e a prolongar a “injustiça social” (BRAVO e MATOS, 2002). Sua implementação só não foi mais ágil devido ao processo de *impeachment* sofrido pelo então presidente.

¹⁰ Para uma análise aprofundada sobre o terceiro setor, ver Montañó (1999 e 2001), dentre outros.

¹¹ Sua emergência e visibilidade estão organicamente vinculadas à constituição da classe trabalhadora como sujeito sociopolítico coletivo que publiciza a pobreza, expondo a contradição central da relação capital/trabalho presente no antagonismo das condições em que ambas as classes se inserem no processo de produção e usufruto da riqueza socialmente produzida (IAMAMOTO, 2001).

Com a saída de Collor e a posse de seu vice Itamar Franco, ocorreu uma desaceleração na introdução do neoliberalismo, mas sem descontinuar o processo, assumido pelo ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O governo de FHC teve como meta principal a estabilização da moeda. Este processo já havia se iniciado no governo anterior. Fernando Henrique, como ministro da Fazenda, implementou a “fórmula mágica” para o congelamento de preços criando, para isso, a Unidade Real de Valor (URV), ajustada diariamente conforme a cotação do dólar. A medida, que conseguiu controlar a inflação, levou-o ao Planalto Central no ano seguinte.

Eleito, suas medidas continuaram sempre no mesmo sentido: estabilização da inflação e privatização de empresas estatais lucrativas (TELEBRÁS, Vale do Rio Doce, dentre outras).

Em relação ao social, Fernando Henrique criou o Programa Comunidade Solidária, com fins puramente assistencialista, focalista e seletivo, visando o atendimento dos mais pobres entre os pobres.

Enquanto emprestava dinheiro para salvar bancos da falência, FHC colocava a primeira-dama para presidir o maior programa dito de assistência social do seu governo, destituindo, de uma vez por todas, o caráter de política social imprimido pela Constituição Federal.

Já no governo Lula, tido como grande esperança para as políticas sociais, ficou claro em sua primeira gestão que esta foi apenas a continuidade do governo anterior. Lula conseguiu dar prosseguimento às exigências do neoliberalismo, seguindo à risca as orientações do capital estrangeiro. Vários programas sociais foram criados, mas sem perder a orientação daqueles que estavam sendo executados até então.

Nos governos de FHC e Lula a criação de programas sociais engendra um verdadeiro ciclo vicioso. As mulheres se cadastram no Auxílio-gás, programa Bolsa Alimentação (este atende crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses, bem como gestantes e nutrizes), posteriormente matriculam os filhos nas escolas para garantir recursos da Bolsa Escola¹², PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil)¹³, Agente Jovem¹⁴ (esse programa tem como alvo adolescentes entre 15 e 17 anos em situação de risco e preferencialmente egressos de outros programas sociais) e outros que possam existir; depois, seus filhos (agora crescidos) passam mais uma vez por todo esse ciclo, e assim sucessivamente.

Tais programas selecionam os mais pobres dentre os pobres e garantem-lhes o mínimo de sobrevivência. Não há como, através de tais programas, as camadas mais amplas das classes subalternas saírem desse ciclo, estando muito distantes de alcançar um patamar digno de sobrevivência, uma vez que não dispõem de escola de qualidade, formação técnica, nascendo, se reproduzindo e morrendo na miséria.

A partir desses governos, pode ser constatado, no que concerne às políticas sociais, que diferentemente do que ocorreu nos países onde o Estado de Bem-Estar Social proporcionou uma melhoria nas condições de vida da classe trabalhadora, no Brasil o

¹² Uma das primeiras medidas do governo Lula foi juntar auxílio-gás (R\$7,50/bimestral e a renda familiar não pode ser maior que meio salário mínimo), bolsa alimentação (as famílias têm direito de 1 a 3 bolsas por mês, o que pode totalizar R\$45,00), bolsa escola (R\$ 15,00/ mensal para crianças de 6 a 15 anos e contemplando até 3 filhos). A renda das famílias contempladas pelos programas não pode ultrapassar R\$90,00 por pessoa (informações obtidas pelo site www.caixa.gov.br, acessado em 6 de janeiro de 2007). Segundo o site www.mds.gov.br/programas/rede-suas, os valores pagos pelo Programa Bolsa Família variam de R\$15,00 a R\$95,00, de acordo com a renda mensal por pessoa da família e o número de crianças, gestantes e nutrizes. No caso de famílias que migraram de programas remanescentes o valor do benefício pode ser maior, tendo como base o valor recebido anteriormente. Os benefícios financeiros estão classificados em dois tipos, de acordo com a composição familiar: **básico**: no valor de R\$ 50,00, concedido às famílias com renda mensal de até R\$ 60,00 por pessoa, independentemente da composição familiar; **variável**: no valor de R\$ 15,00, para cada criança ou adolescente de até 15 anos, no limite financeiro de até R\$ 45,00, equivalente a três filhos por família. Existe ainda o Benefício Variável de Caráter Extraordinário (BVCE), que é concedido às famílias dos Programas Remanescentes (Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio-gás), cuja migração para o Bolsa Família implique perdas financeiras à família.

¹³ O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), que contempla com R\$ 40,00/mensal as crianças que desempenham alguma atividade laboral da zona urbana e R\$ 25,00 para as da zona rural, além de R\$20,00 ou R\$10,00 para as que participam da jornada ampliada, também está em processo de migração para o Bolsa Família.

¹⁴ No Agente Jovem os adolescentes recebem R\$65,00 após participarem de uma seleção para desenvolver atividades na sua comunidade, as quais deverão ser planejadas pelo gestor municipal em conjunto com o orientador social, tendo como base os indicadores sociais relativos a cada área de atuação.

neoliberalismo conseguiu implementar suas medidas sem dificuldades. A Constituição Federal já em sua promulgação foi afetada com alguns de seus germes, tais como a abertura para a iniciativa privada na prestação de serviços da saúde, da previdência e da educação¹⁵.

Além desse agravante na chamada Constituição Cidadã, as limitações para sua implementação são as mais diversas. As conseqüências da não-efetivação das políticas sociais conforme preceitua a Carta Magna são sentidas pela classe trabalhadora e por aqueles que não conseguem ser introduzidos no mercado de trabalho.

Segundo Netto (2000, p.77), os problemas ocorridos durante a tentativa de implementação da Constituição Federal se deveram ao fato de que,

ao tempo que, no Brasil, criavam-se mecanismos político-democráticos de regulação da dinâmica capitalista, no espaço mundial tais mecanismos perdiam vigência e tendiam a ser substituídos, com a legitimação oferecida pela ideologia neoliberal...

Na verdade, a Constituição já em sua promulgação não atendeu a todos os anseios da população. Além disso, implementar o que nela é preceituado constitui grande dificuldade. Exemplo disso são os conselhos setoriais, em princípio tidos como grandes instrumentos para que a população controle as ações do Estado, mas na prática estão muito aquém de seus objetivos, mesmo os legais.

Num país como o Brasil, onde a desigualdade social, a concentração de renda e a corrupção são práticas rotineiras, com o refluxo dos movimentos sociais e a pouca resistência da classe trabalhadora torna-se mais fácil desmontar a seguridade social e prejudicar os trabalhadores em todos os aspectos, inclusive esvaziando as instâncias de controle social que, embora criadas há mais de dezessete anos, não correspondem ao que lhes foi proposto.

¹⁵ Ver artigos 198, 199, 201, 209, dentre outros da CF que confirmam essa afirmativa, bem como as leis que regulamentam essas políticas.

Embora se concorde com as afirmações gramscianas de se apropriar do Estado através de suas instituições, deve-se observar que na atual conjuntura as políticas sociais, os conselhos setoriais e também os movimentos sociais, que poderiam ser instrumentos para essa apropriação, estão desarticulados e fragilizados, não conseguindo pressionar os representantes do Estado em favor da classe trabalhadora.

Ao final deste capítulo, é imprescindível afirmar que Gramsci ressalta a necessidade do reconhecimento do terreno onde será travada a luta por uma correlação de forças a favor da classe trabalhadora e que este reconhecimento deve ser detalhado e de caráter nacional. Corroborando as idéias de Carlos Nelson Coutinho, no caso brasileiro ainda há muito a ser feito. Só após ter concluído o reconhecimento deste terreno é que se poderá, finalmente, fazer uma análise mais próxima da realidade, sem incorrer em equívocos, uma vez que a sociedade brasileira se constitui em um caso ímpar, devido às suas especificidades, dentre as quais, as revoluções pelo alto, mencionadas no item 1.1.

2 – O Controle Social e a Política de Saúde Brasileira

2.1. A Política de Saúde e a Constituição de 1988

Para tratar sobre a política de saúde na década atual é necessário fazer um breve retrospecto em relação ao desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, entre as quais a de saúde, a partir de 1920, a fim de facilitar a análise pretendida.

Até os últimos anos da segunda década do século passado a economia nacional estava assentada num modelo agroexportador. A maior parte da população se concentrava na zona rural ou em pequenas cidades. Os serviços de saúde eram desenvolvidos através de campanhas para combater as doenças que assolavam a classe trabalhadora brasileira, principalmente nas áreas que ameaçavam a base desta economia, constituindo o chamado Sanitarismo Campanhista. Esse modelo era caracterizado por forte inspiração militar, influenciando a formação da política de saúde, e possuía tendências de centralização, verticalismo e autoritarismo.

O início da industrialização no Brasil data de 1930. Essa nova fase trouxe consigo vários problemas para os grandes centros urbanos, dentre os quais, o êxodo rural. A saída de um elevado número de migrantes, principalmente nordestinos, para os grandes centros urbanos à procura de emprego, sendo obrigados a se instalar, em precárias condições, ao redor das fábricas, e o número exorbitante de mão-de-obra desqualificada para o trabalho industrial,

além das más condições de vida da classe trabalhadora, acarretaram o aumento de doenças endêmicas nas cidades onde foram implantadas as indústrias.

O agravamento dessa situação favoreceu a criação da Assistência Médica da Previdência Social (Lei Eloy Chaves) ante as demandas da classe operária emergente no Brasil. Foram criadas as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) ainda em 1923, sistema de proteção da saúde dos trabalhadores por área de importância na produção. Eram privadas, restritas às empresas e adquiridas através de um contrato compulsório, além de terem um formato contributivo (COHN, 1999, p.14-9). Posteriormente, mais precisamente nos anos 30, essas CAPs foram unificadas e integradas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em âmbito nacional, que foram sendo criados congregando os trabalhadores não mais por empresas, mas por categorias profissionais (COHN, 1999, p.14-9).

Durante todo esse período a assistência nas unidades públicas de saúde continuava atrelada à carteira assinada, e todos os que não estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho eram considerados carentes e/ou indigentes, cuja assistência ficava a cargo das Santas Casas de Misericórdia.

É importante deixar claro que as primeiras a conseguir tais benefícios foram as categorias relacionadas à industrialização, que tinham maior poder de barganha, uma vez que sua paralisação comprometeria o processo de modernização do país. Ilustram esse quadro os ferroviários, os portuários, dentre outros.

As políticas públicas concernentes à prestação de serviços que atendiam a camadas mais amplas da população foram colocadas em segundo plano pelo governo, porque não havia grupos determinados que as demandassem. Mesmo assim, foi fundado, nos anos 30, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, que garantia as condições mínimas de saúde da classe trabalhadora destinada a suprir as necessidades advindas do processo de

industrialização. Era responsabilidade desse ministério encaminhar as questões referentes ao ensino, à assistência social e à saúde pública (OLIVEIRA, 1989).

As décadas de 40 e 50 foram marcadas pelo populismo e paternalismo do governo, evidenciados quando as medidas de cunho social eram apresentadas como benesses do Estado. A fundação no Ministério da Educação e Saúde do Departamento Nacional da Criança (1941) atendia, nitidamente, à necessidade de combater os índices elevados de mortalidade infantil da época, sem necessariamente atacar as raízes do problema (OLIVEIRA, 1989).

Em 1953 foi consolidada a estrutura do setor ao ser dividido o Ministério da Educação e Saúde Pública em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde. Esta divisão visava agilizar a efetivação de medidas que eram prementes ao combate às doenças de massa decorrentes da urbanização intensa e do crescimento da industrialização. No entanto, tão-somente foram adotadas medidas setoriais, sem qualquer transformação global que atingisse a essência da política social (OLIVEIRA, 1989).

Isso vem mostrar que a saúde era vista como provisória e secundária, e que o atendimento prestado visava apenas a garantia da reprodução da classe trabalhadora, para a consolidação ainda maior do capitalismo no Brasil.

Assim foi até meados da década de 60, quando do golpe militar. A partir de 1964 favoreceu-se a legitimação de um novo modelo de sistema de saúde. O movimento de concentração da Previdência Social continuou através do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o que significou a uniformização dos benefícios, que eram bastante

diferenciados, e a exclusão completa da participação dos trabalhadores, que ainda se dava nas gestões anteriores¹⁶.

Em 1970, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — SINPAS determinou a separação entre o benefício previdenciário, que ficou com o INPS, e a assistência médica, que passou para o INAMPS. Com essa medida, o Estado transformou a saúde em um instrumento de barganha político-partidária, não deixando de ser executada de modo clientelista, paternalista e discriminatório. Isso pode ser evidenciado pelo modo como o Estado brasileiro administrava o grande volume de recursos financeiros que o país começou a concentrar nessa época. Exemplo disso é que, sob a justificativa de melhorar a saúde,

o Estado contratou o setor privado para a prestação de serviços médicos que (...) limitava o atendimento àqueles que contribuía para a previdência; com isso, 80% da arrecadação da Previdência Social era destinada à assistência médica, sendo beneficiados os grupos médicos privados, as indústrias nacionais e internacionais de medicamentos e equipamentos (CORREIA, 1997a).

Devido a esses acontecimentos, e indignados com a perspectiva reducionista e seletiva aplicada ao setor, um grupo de profissionais da área da saúde, sobretudo dentro das universidades, abraçou a bandeira da saúde coletiva, pública e preventiva e começou a se articular, discutir e elaborar uma proposta exequível, que pudesse melhorar aquele quadro.

Esse Movimento denunciava os efeitos do modelo econômico capitalista sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde então implantado. Porém, além de denúncias, o Movimento também apresentou alternativas para uma reforma sanitária, um projeto de mudança no sistema de saúde vigente.

¹⁶ Cohn (1999, p.21) afirma que a ditadura militar implementou, através do INPS, “*um projeto que data de 1945, e que se revelou inviável no período da democracia populista (...)*”.

As idéias da Reforma Sanitária começaram a ser introduzidas no âmbito do Legislativo e seus adeptos discutiram a proposta, preparando-se para travar, posteriormente, uma de suas maiores batalhas: a busca da universalização do direito à saúde pública e de qualidade.

Nessa época (1979), o sistema idealizado já se chamava Sistema Único de Saúde.

Essa proposta levava em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas, e democrático, com participação da população (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.9).

A proposta não foi aprovada naquela conjuntura, mas serviu de base para que os grupos organizados reivindicassem por melhoria nesse setor. Posteriormente o governo foi obrigado a, paulatinamente, adotá-la.

Durante os anos 80 surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS)¹⁷, que representaram, pela primeira vez, a oportunidade de instituições públicas de saúde se conhecerem e iniciarem um planejamento mais articulado e mais integrado (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.10). Caracterizavam-se como um programa de atenção médica que se justapunha a tantos outros até então praticados pelas secretarias de saúde.

No entanto, embora as AIS tenham apresentado resultados positivos, não conseguiram atingir seus dois objetivos principais: superar o caráter de política social compensatória e constituir-se numa estratégia de mudança do sistema nacional de saúde.

¹⁷ Segundo Escorel (1998, p.13), as AIS representavam uma política que objetivava fortalecer o setor público, sendo desenvolvida pelo INAMPS, de abrangência nacional, com recursos e possibilidades reais de transformação da prática financeira até então adotada na política de saúde nacional.

Com a abertura política em 1985, o Movimento de Reforma Sanitária, aliado a outros movimentos de esquerda da época, ascendeu, abrindo-se uma nova oportunidade para a discussão do projeto do Sistema Único de Saúde como alternativa ao sistema de saúde em vigor; foi legitimado em nível nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nesta Conferência houve uma ampla participação dos setores organizados da sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva, não existente nas conferências nacionais de saúde anteriores.

Segundo Rodriguez Neto (1994), houve a presença de cinco mil pessoas dentre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e populares, tendo sido debatida a questão saúde no país e aprovadas recomendações que passaram a fazer parte do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses do povo.

Em 1987, atendendo à conjuntura da época, foi criado, através de decreto do então presidente José Sarney, o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), cujos objetivos eram a descentralização, o acompanhamento, o controle e a avaliação da política de saúde. De acordo com a análise de Mendes (1994, p.46), o SUDS “*reforçou os mecanismos de ‘universalização excludente’¹⁸ e não conseguiu superar as relações clássicas de intermediação entre Estado e sociedade caracterizadas pelo clientelismo e corporativismo*” (grifos nossos).

Várias questões que já haviam sido discutidas em conferências anteriores sem que as propostas de solução fossem implementadas, foram mais detalhadas a fim de ajustar definitivamente o seu cumprimento, além da proposição de novas formas para o fortalecimento do setor saúde e de resistência à política deteriorativa do governo.

¹⁸ No subcapítulo 2.2 pode ser encontrada a discussão sobre o processo de “universalização excludente” no Brasil.

Não há como ignorar o peso do Movimento de Reforma Sanitária nesse processo. Não para descaracterizar, nem para desvalorizar a Conferência, mas para mostrar que ela foi uma importante arena para os setores organizados e sua capacidade de articulação com setores populares multifacetivamente construídos.

Em 1988, o Movimento Nacional de Reforma Sanitária juntamente com os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares pressionam a Assembléia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional: a legalização do SUS. Segundo Correia (1997b, p.48):

Neste processo, houve uma árdua batalha entre setores progressistas e setores conservadores, até se garantir na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, além dos pressupostos já contidos no SUDS: universalização, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação (...).

Os ideais do SUS ainda foram respaldados no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 1990, na qual estão estabelecidos os determinantes da saúde, ampliando seu conceito:

A saúde tem como fatores determinantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

Ao final dos anos 90, embora tivesse legalmente um sistema de saúde protecionista e universalizante, o país depara-se com uma realidade que, nem de longe, se aproxima da

pretendida. Ao analisar a situação de saúde da população brasileira de acordo com os fatores indicados no artigo 3º supracitado da LOS, vê-se que pouco tem sido o acesso aos bens e serviços que lhe fora outorgado. Tudo graças à introdução do projeto neoliberal, já consolidado em todo o mundo e que privilegia a redução das políticas sociais como mecanismo de estabilidade econômica, obrigando as demandas sociais a procurar a rede de serviços privados para serem atendidas, preterindo os serviços públicos que não são priorizados, pelo contrário, estão sendo sucateados e por isso não podem oferecer serviços básicos de boa qualidade.

A vitória legal não garante, contudo, a efetivação desse direito, uma vez que diminui o interesse da classe economicamente mais forte pela manutenção de um grande número de trabalhadores, que já não são necessários ao mercado de trabalho. O que se agrava mais com o crescente aumento da automação, da robótica e da informática nos modos de produção, acarretando um alto índice de desemprego.

Outra questão a se analisar é que o mesmo artigo 3º da Lei nº 8.080 acrescenta que *“...os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”*. Sendo assim, o que se pode dizer sobre a organização social e econômica do Brasil? A que fim está sendo levada toda a classe trabalhadora brasileira? Desde seu início as campanhas sanitárias ocorriam para a manutenção da reprodução da mão-de-obra da classe trabalhadora e, conseqüentemente, para a garantia do processo de industrialização do país. Deste modo, como podem ser avaliadas, atualmente, as ações sanitárias que se desenvolvem de forma focalista e precarizada, atendendo cada vez menos trabalhadores?

Diante dessa explanação, pode-se afirmar que hoje se torna evidente um período de remercantilização das políticas públicas, entre elas, a da saúde. Segundo Laurell (1996, p.32-3), os neoliberais justificam esse processo com o argumento de que os benefícios sociais são bens privadamente apropriados,

quer dizer, são consumidos individualmente por pessoas privadas. Como (...) algumas pessoas consomem mais serviços que outras, gera uma situação de injustiça quando os serviços são públicos. (...) O “justo”, então, é que cada um pague seus serviços e que só fiquem a cargo do setor público aqueles poucos serviços que são apropriados da mesma maneira por todos, ou seja, coletivamente. Por último, se diz, empiricamente, que se pode constatar que a população está disposta a pagar pelo serviço, o que significa que se pode cobrar com base em seus custos de produção, ou seja, por um preço como em qualquer mercadoria (grifos da autora)¹⁹.

Através dessa citação de Laurell confirma-se que os neoliberais disseminam o discurso de que para haver igualdade entre todos é importante que aqueles que podem pagar pelos serviços assim o façam, passando a sensação para as camadas mais amplas das classes subalternas de que essa é a melhor forma para a busca da justiça social.

Lesbaupin (1996) afirma que a mistificação é a forma pela qual os neoliberais conseguem passar para a classe subalterna a idéia de implementação de sua política como única alternativa à crise do Estado.

Em primeiro lugar, é preciso um longo período de inflação alta para convencer a população a apoiar um plano de austeridade (qualquer que seja o seu conteúdo). (...). Por outro lado, as medidas de ajuste, as famosas reformas, devem ser feitas a toque de caixa, evitando pleno conhecimento do que está ocorrendo. (...) (p.14-5).

Através da mistificação, não fica claro para as camadas mais amplas das classes subalternas que aqueles que pagam por tais serviços essenciais (saúde, educação) são obrigados a fazê-lo, tendo, inclusive, de abrir mão de outros requisitos para sua sobrevivência.

Em segundo lugar, a saída desses trabalhadores do setor público não traz nenhuma melhoria no que diz respeito ao acesso nem em relação à qualidade dos serviços ofertados para os que dependem deles, como poderá ser visto mais detalhadamente no item seguinte.

¹⁹ Esta tradução foi feita para esta dissertação pela autora da mesma.

2.2. A Mercantilização da Saúde e o Processo de “Universalização Excludente”

A partir da Constituição de 88, a saúde é proclamada como direito, sendo uma das políticas componentes da Seguridade Social, que compreende “*um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*” (art. 194).

As pessoas já não são mais obrigadas a contribuir para a Previdência Social — como era desde 1920. Para receber assistência à saúde, a nova Constituição considera que todos, sem exceção, devem ter acesso aos serviços de saúde — princípio da universalidade. Para Mendes (1994):

A eliminação da contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde provoca uma ruptura com o modelo corporativo do benefício como direito de quem paga por ele e viabiliza uma efetiva redistribuição de recursos, ainda que limitada ao interior da população assalariada.

Entretanto, essa conquista legal juntamente com o projeto neoliberal deram origem, no Brasil, a um processo que é contrário aos princípios contidos na Constituição Federal:

(...) a expansão da universalização do sistema de saúde vem sempre acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente, vai expulsando do subsistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado (MENDES, 1994, p.52-3).

Teóricos da área da saúde pública adjetivaram esse processo como “Universalização Excludente”. Para analisá-lo é necessário expor um importante aspecto que diz respeito ao Estado de Bem-Estar Social.

Ao contrário do que existiu nos países onde se implantou o Estado de Bem-Estar Social, no Brasil ocorreu o que foi denominado de Universalização Excludente, ou seja, ao mesmo tempo que foi garantido em lei o acesso universal à saúde, ocorreu um aumento da oferta e da demanda por planos privados, por cooperativas médicas etc.

Tal acontecimento se deu devido ao atendimento das exigências do projeto neoliberal de desresponsabilização do Estado e à abertura à iniciativa privada²⁰ da oferta de serviços, que se iniciou através da precarização da política pública de saúde.

Mota (1995, p.146), analisando a situação da Seguridade Social na atualidade, afirma que

(...) o que parece estar no horizonte é um novo patamar de seletividade intraclasse, mediado pela ideologia neoliberal e tratado como uma necessidade provocada pela crise econômica. Aliás, esse é o argumento do grande capital, dos organismos financeiros internacionais e da burocracia estatal para realizar reformas no sistema de seguridade social brasileiro, na década de 90.

O encolhimento do Estado com relação aos gastos sociais tem como meta a estabilidade da moeda a custos altos para a classe trabalhadora, priorizando as leis de mercado. A crítica ao caso brasileiro é justamente porque, à medida que se criaram condições à chamada expansão dos serviços, em que se visava a inclusão das camadas populares (trabalhadores do setor informal e os não incorporados à produção) através da conquista, em

²⁰ Sobre a regulamentação da abertura à iniciativa privada, ver artigos 197 e 199 da Constituição Federal de 1988 e o Título III — DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE da Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

âmbito legal, da universalização do direito à saúde, aconteceu a expulsão dos trabalhadores que têm melhores condições salariais do sistema de saúde pública, obrigados a comprar serviços no setor privado, ocorrendo a mercantilização da saúde. Retomou-se o modelo “médico assistencial privatista” dos governos ditatoriais, porque o Estado se tornou mínimo para os gastos sociais e forte para a economia de mercado (Mendes, 1994)²¹.

Segundo Lesbaupin (1996, p.10), esta concepção parte do princípio de que o mercado tem de ser o único regulador da economia e de que o Estado deve deixar de intervir na economia (no sentido da distribuição de renda, da implementação de políticas sociais — saúde, educação, emprego, moradia).

A solidificação de uma política de cunho neoliberal contendo uma lógica privatista em relação aos serviços de saúde corresponde a uma política social de caráter residual, caracterizada pela sensível redução dos sistemas de serviços públicos, incluindo somente camadas das classes trabalhadoras em situação de risco. A idéia de Estado Mínimo é disseminada como a saída para a diminuição das funções estatais e permissão para as livres forças do mercado garantirem seu desenvolvimento, juntamente com a flexibilização dos direitos sociais.

A nova configuração geopolítica, imposta pelo programa neoliberal, reforça a impossibilidade de a Seguridade Social brasileira ter um padrão universal e público, por basear-se em princípios como a descentralização, a focalização e a privatização, anteriormente discutidos.

Analisando esse movimento contraditório ocorrido na saúde, Correia (1997b) conclui que, nos anos 90,

²¹ Conferir Ana Elizabete Mota (1995) e Eugênio Vilaça Mendes (1994) no que se refere às implicações na área da Seguridade Social.

colocam-se duas propostas para a previdência social, uma de preservar os direitos conquistados na Constituição de 88 (movimentos populares e Central Única dos Trabalhadores — CUT) e a outra, de interesse do empresariado, de acabar com a Seguridade Social, nos termos da Constituição, para que esta se regule pelas leis de mercado, em que o Estado passa a assistir os trabalhadores de menor poder aquisitivo.

Mendes (1994, p.52) confirma que, agravando mais a situação da Seguridade Social brasileira, “a ‘universalização excludente’ criou um espaço público de cidadania regulada²² e, dentro dele, passou a exercitar, crescentemente, a opção da focalização através da atenção primária seletiva” (grifos do autor).

Segundo Teixeira (1995, p.25), esse padrão de cidadania regulada não existe unicamente no Brasil, mas tem sido utilizado para descrever a situação latino-americana decorrente das peculiaridades de um processo de acumulação que, além de retardatário, é dependente dos organismos financeiros internacionais.

No Brasil, respeitando o ideário neoliberal, são cidadãos todos aqueles que tenham carteira assinada. Todos os outros que trabalhem em setores informais, os desempregados ou mesmo aqueles cuja profissão não é regulamentada por lei, seriam, então, pré-cidadãos.

A sociedade brasileira já tão claramente segmentada criou meios para a manutenção e tradução desta segmentação dentro de um sistema legal e administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade da atenção.

Segundo Lechner,

o desafio colocado para uma ordem tão segmentada como a nossa é como chegar à modernidade com um contingente de quase um terço da população excluído dos níveis mínimos de integração, podendo ser considerada não

²² De acordo com Santos (1998, p.103), cidadania regulada é aquela cujas raízes se encontram não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional e que é definido por norma legal; seu desenvolvimento dar-se-ia através das extensões horizontais e verticais de privilégios.

apenas supérflua, mas como um grande peso para o Estado (*apud* TEIXEIRA, 1996, p.87).

Na atual conjuntura, as políticas públicas fornecem instrumentos eficientes na regulamentação e legitimação da “*universalização excludente*” por meio de um sistema de inclusão segmentada considerada como cidadania, através da abertura à iniciativa privada, à focalização e à seletividade.

Contudo, Mota (1995, p.144) esclarece que a adoção de tais medidas no Brasil não pode ser justificada da mesma forma que foi pelos países de capitalismo avançado.

Na realidade não se pode afirmar — como fazem os críticos do *Welfare State* — que os gastos com as políticas de saúde, previdência e assistência social, no Brasil, atingiram um ponto crítico em função do elevado grau de comprometimento dos recursos públicos no financiamento daquelas políticas. Tampouco se pode afirmar que houve um esgotamento do modelo de bem-estar, como vivenciado nos países desenvolvidos; por aqui não ocorreu, de fato, uma universalização do acesso aos serviços sociais, nem uma regulação estatal nos moldes das sociedades de capitalismo avançado.

Talvez seja por isso que, no Brasil, devido às exigências dos organismos financeiros internacionais e sem a consolidação dos direitos sociais e trabalhistas, a entrada do neoliberalismo tenha sido tão facilitada.

O projeto neoliberal possui grande poder destrutivo, entretanto, sua introdução no Brasil poderia ter sido dificultada com uma contra-hegemonia, que poderia ser constituída através da estruturação e da ampliação da esfera pública.

Tal estruturação e ampliação da esfera pública poderia se dar pela participação da classe subalterna nos organismos da estrutura estatal. Contudo, a flexibilização das relações trabalhistas, a precarização da prestação dos serviços públicos e outras conseqüências da adoção do projeto neoliberal fragilizam os movimentos oriundos da classe subalterna. Além

disso, o próprio Estado, que coloca como diretriz de sua gestão o controle social sobre as políticas públicas, impõe os limites e as dificuldades para a sua consolidação.

2.3. A Participação Social na Política de Saúde Brasileira

A temática da participação social não é uma preocupação recente e sim recorrente em vários momentos da história, assentada em pressupostos ideológicos ora progressistas, ora conservadores.

No período posterior à Segunda Guerra Mundial, com a crise das economias dos países desenvolvidos, impõe-se, por um lado, a necessidade de recuperar financeiramente o mundo ocidental, e, por outro, a de superar o atraso dos países subdesenvolvidos. Daí, ser essa a época dos programas desenvolvimentistas em que, ao lado do crescimento econômico, se buscava a integração dos países atrasados ao processo de desenvolvimento internacional e às modificações modernizadoras dos anos 1950.

O referencial desenvolvimentista permanece até a década de 60. Nessa época, a participação era um conceito amplamente utilizado no âmbito das teorias sociológicas e políticas, contendo implicitamente a idéia de modernização e democracia. A participação era um elemento primordial nesse processo e tinha como objetivos a adesão aos programas de desenvolvimento com vistas a acelerar os processos de mudança; modificar os padrões socioculturais considerados ultrapassados; edificar interesses corporativos e compatibilizar conflitos entre grupos de interesse (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 2001, p.153).

Durante a ditadura militar qualquer forma de participação era proibida, ficando nos porões, em prol da integridade física dos que eram contrários àquela militarização, as possíveis manifestações por parte da sociedade civil.

A concepção da participação popular alimenta-se e realiza-se nos movimentos sociais que, no final da década de 70 e início da de 80, se disseminam na área da saúde.

No Brasil, até a década de 80, os grupos organizados de interesses coletivos da população estavam à margem do processo de elaboração e de implementação das políticas públicas. Com a transição democrática esses grupos passaram a ser incorporados pelo processo de formação e de decisão política no plano nacional. A partir de então, a participação se tornou bandeira de luta de movimentos reivindicativos, assim como plataforma de governos no âmbito local.

Apesar de garantir em lei a participação social nas políticas sociais, o Estado cria estratégias de desmobilização e fragilização dos instrumentos de controle social, neste caso os conselhos de saúde. O que se constituiu numa grande vitória, em se tratando da saúde, pelo Movimento de Reforma Sanitária, se tornou, em sua maioria, instrumentos de legitimação da gestão²³.

Entre os vários conceitos citados por Gohn (2001, p.16-7), a participação comunitária como é definida na Constituição Federal de 1988

concebe o fortalecimento da sociedade civil em termos de integração, dos órgãos representativos da sociedade aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado. (...) entendem a participação como um movimento espontâneo do indivíduo, em que não se colocam as questões das diferenças de classe, raças, etnias etc.

²³ Tal situação poderá ser confirmada pelas pesquisas apresentadas no terceiro capítulo deste trabalho, que evidenciam tal legitimação na política de saúde.

Victor Valla (1991) também apresenta vários conceitos que podem ser atribuídos à participação social; dentre eles, pode ser destacada a perspectiva da Participação Popular, na qual as entidades representativas da sociedade civil participam politicamente de órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social²⁴. Tal participação implica uma contradição. De um lado, legitima a política do Estado diante da população; por outro, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública. Para o autor, no entanto, a chamada participação popular pode conter uma prática transformadora.

Na década de 80, houve a sinalização para uma nova conformação no país no que diz respeito às relações entre Estado e sociedade, iniciada através de importantes acontecimentos, como, por exemplo, o fim do totalitarismo militar instaurado no país na década de 60, a convocação de uma Assembléia Nacional Constituinte e a promulgação da Constituição Federal vigente.

É nesse período, com a efervescência da atuação dos movimentos sociais, que o Estado, buscando o consenso ativo da sociedade, procura construir o regime democrático que a sociedade tanto almejava, promovendo a descentralização político-administrativa.

Então, a partir da Constituição de 88, conceitos como descentralização político-administrativa, universalização dos direitos e a gestão democrática — que contempla a participação da comunidade — sinalizam como diretrizes e princípios orientadores das políticas públicas e vão se fazer presentes na agenda política do dilema para os movimentos sociais: a participação na gestão de programas ou serviços públicos, ou melhor, a participação institucionalizada, aqui entendida como o *“processo de inclusão no arcabouço institucional*

²⁴ Os outros conceitos apresentados por Valla dizem respeito à Perspectiva Modernizadora, à Integração dos Grupos Marginalizados, ao Mutirão, ao Desenvolvimento Comunitário, como outras formas de participação social (1991).

do Estado de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidades de governo” (CARVALHO, 1995, p.26).

Ainda, segundo o mesmo autor:

O dilema dos movimentos sindicais e populares entre manter uma posição ‘de costa para o Estado’ e interagir com este, que atravessou as décadas de 70 e 80, aflora no período de constituição dos conselhos, quando alguns movimentos, ao serem chamados, negam-se a ter uma participação institucionalizada (1995, p.26).

Os que optaram, de imediato, a favor dessa participação institucional colocaram como condição que “*suas ações não se limitassem a esta participação e não perdessem a sua autonomia*” (CARVALHO, 1995, p.26), mas o que aconteceu, na verdade, foi que os movimentos e as entidades foram absorvidos pela estrutura estatal, havendo, inclusive, alguns desses que já não possuem atuação efetiva de militância fora dos conselhos.

Com a participação social, contemplada no capítulo dedicado à saúde na Constituição, ficou estabelecido que as decisões do Estado deveriam ser negociadas com os representantes da sociedade cujas funções são a definição, o acompanhamento da execução e a fiscalização da política de saúde (LEI Nº 8.142/90).

A participação social nos conselhos de saúde, denominada controle social, é também recomendada na Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, cuja composição deve obedecer à seguinte paridade: 50% do número total de conselheiros são de representação dos usuários, 25% de profissionais de saúde e os 25% restantes distribuídos entre prestadores de serviços públicos e privados. Os representantes dos usuários devem ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem.

Na Constituição Federal de 1988 e na Lei Complementar da Saúde nº 8.142/90, ao serem instituídos como um dos instrumentos de participação social na gestão da política de saúde, os conselhos de saúde passaram a ser uma realidade na agenda nacional e as entidades ligadas ao setor poderiam indicar ou eleger um de seus membros para representá-las nesse colegiado.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1993²⁵, que implementa e sistematiza o processo de descentralização, os conselhos de saúde passaram a ser condição básica para habilitar estados e municípios segundo sua capacidade de gestão. Com a implantação dessa Norma Operacional Básica, acelerou-se a criação desses espaços como condição para o repasse de recursos²⁶ aos estados e municípios.

Bravo (2002, p.47-8) salienta que os conselhos de saúde também são espaços de tensão, devido aos diversos interesses em disputa baseados na *“concepção de participação social que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e do papel do Estado”*. E mais:

A sua novidade é a idéia de controle exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Os Conselhos devem ser visualizados como *locus* do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas. (...) (BRAVO, 2002, p. 47-8).

E é essa democracia participativa que se encontra ameaçada. Isso porque para um Estado capitalista não é interessante que a sociedade se torne independente. Até porque uma

²⁵ As Normas Operacionais Básicas — NOBs do SUS — são parte do conjunto de leis que regulamentam os processos de descentralização da gestão dos serviços e das ações de saúde. Até hoje foram formuladas as NOBs 1991, 1993 e 1996 e as NOAS (Normas Operacionais de Assistência ao SUS) 2001 e 2002.

²⁶ Além dos conselhos de saúde com composição paritária, os municípios, os estados e o Distrito Federal deveriam contar com Fundo de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) – Lei Nº 8.142/90, artigo 4º, itens I, II, III, IV V e VI.

maior conscientização política das classes subalternas possibilitará o reconhecer de que através dos instrumentos de controle social só poderão ser efetivadas conquistas mínimas e em relação a questões pontuais que estão aquém de uma mudança na ordem social vigente. São colocados limites e dificuldades para a efetivação desse controle social, desmobilizando cada vez mais seus integrantes.

Além disso, o fortalecimento do Estado em detrimento da sociedade civil e a prática do transformismo — que diz respeito à assimilação pelo bloco no poder das frações rivais das próprias classes dominantes ou até mesmo de setores das classes subalternas (comum na cena política do país) — como modalidade de desenvolvimento histórico, que implica a exclusão das massas populares são características das revoluções passivas ocorridas no Brasil (COUTINHO, 2003).

Gramsci (1976, p.75) afirma que há dois princípios fundamentais de ciência política dos quais se pode deduzir o conceito de revolução passiva:

- 1) nenhuma formação social desaparece enquanto as forças produtivas que nela se desenvolveram encontrarem lugar para um ulterior movimento progressista; 2) a sociedade não assume compromissos para cuja solução ainda não tenham surgido as condições necessárias, etc. (...)

O autor acrescenta que se pode aplicar a essa conceituação o critério interpretativo das modificações moleculares, as quais modificam progressivamente a composição que precede as forças, transformando-se em matriz de novas modificações (GRAMSCI, 1976, p.77).

Gramsci, analisando a situação da Itália, afirma que o transformismo pode ser de um indivíduo de partido democrático de oposição para outro conservador e moderado; de uma massa de intelectuais que passa para os partidos de esquerda, mas que são puramente

democráticos; e, até mesmo, de grupos radicais inteiros para o campo moderado. Tal transformismo é característico dos processos de Revolução Passiva (GRAMSCI, 2000, p.286), comum no Brasil.

Esse transformismo pode ser evidenciado ainda atualmente entre os políticos e entre lideranças de movimentos que passam de um campo ao outro, tal como caracterizado por Gramsci.

Ainda de acordo com o pensamento gramsciano, e voltando tal pensamento para o objeto de estudo desta dissertação, pode-se considerar que há um abismo entre o que se encontra no âmbito legal e o que se vivencia no cotidiano dos conselhos.

Após quase dezesseis anos de sua implantação, continuam a ser discutidas as perspectivas para o controle social. Até quando serão discutidos os desafios a sua efetivação? Quando, finalmente, um conselho conseguirá planejar gastos orçamentários e fiscalizar, de fato, a execução de tal planejamento? Esses aspectos serão discutidos a seguir.

2.4. Os Conselhos de Saúde como Instrumentos de Controle Social

Especificamente na política de saúde, a forma que o Estado utilizou para estabelecer o controle social sobre a sociedade deu-se através de suas intervenções no campo sanitário, porque a lógica era o fortalecimento do próprio Estado por meio da atenção sanitária à população.

No Brasil esse controle se materializou no início do século passado, no chamado Sanitarismo Campanhista, em que a atuação do Estado na saúde destinava-se

predominantemente ao controle de doenças transmissíveis (febre amarela, peste, varíola e malária), que visava assegurar a expansão hegemônica do setor agroexportador da economia.

Esse marco campanhista sobreviveu por mais de 70 anos e o controle social foi exercido sobre a força de trabalho e sobre as populações marginalizadas do mercado formal. Segundo Carvalho, “...ao Estado cabe o papel, por suposta delegação da sociedade, de *intervir em pessoas e grupos em nome da saúde de todos*” (CARVALHO, 1995, p.12).

Nas décadas de 70 e 80, a conjuntura e a atuação dos movimentos sociais favoreceram o surgimento de uma nova concepção de participação comunitária, na qual todos os envolvidos concebem a ideologia da participação da comunidade como caminho de mudança político-partidária e não como meio para que a sociedade possa participar dos processos decisórios da gestão.

Com a abertura política no Brasil, aos poucos a participação comunitária no setor saúde passou a ser exercida por quem fazia oposição partidária ao governo, dentre os quais, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, intelectuais e estudantes que lutavam pela universalização do direito à saúde.

O termo controle social pode ser entendido de diversas formas. Todas as concepções apresentadas, nesta dissertação, da relação entre Estado e sociedade têm exercido influência nas práticas e nas abordagens do controle social na atualidade.

Na sociedade capitalista, esse controle é tido para alguns autores marxistas como controle governamental e institucional a fim de garantir o consenso social, submetendo-o à ordem do capital, o que Yamamoto (1995, p.109) expressa da seguinte forma:

O controle e a difusão da ideologia dominante constituem recursos essenciais, complementando outras maneiras de pressão social com base na

violência, para a obtenção de consenso social (...). Em outros termos: a difusão e reprodução da ideologia é uma das formas de exercício do controle social.

Nesta concepção de Estado, este tem controlado o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante, através da implementação de políticas sociais para amenizar os conflitos de classe e manter o seu domínio. “*A burguesia tem no Estado, enquanto órgão de dominação de classe por excelência, o aparato privilegiado no exercício do controle social, embora aí não se esgote, abarcando as instituições da sociedade civil*” (IAMAMOTO, 1995, p.108). Tais instituições se constituiriam em mecanismos de controle social para manter a ordem atual, disseminando a ideologia dominante e intervindo no cotidiano dos indivíduos, com o intuito de reforçar a introjeção de normas e comportamentos legitimados socialmente.

Dessa forma, as instituições estatais que implementam as políticas e os programas sociais, incluindo nessas as instâncias participativas, participariam destes mecanismos de controle social buscando o consenso no que diz respeito à reprodução do capital.

Em relação ao entendimento do termo controle social na perspectiva liberal contemporânea, este conceito é interpretado como controle da sociedade civil — considerada homogênea, sem conflitos de classe, mas, permeada por conflitos de interesses —, que o Estado, tido como neutro, deve administrar.

De acordo com o pensamento de Gramsci, pode-se entender que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Devido a isso, é contraditório, sendo de uma classe ou de outra, porque a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa de poder. É a partir da sua concepção de Estado — com função de manter o consenso, além da sua função coercitiva —, quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por

essas classes, a depender da correlação de forças existente entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil (CORREIA, 2005).

Vários autores brasileiros vêm trabalhando este tema no eixo das políticas sociais. Para Carvalho (1995, p.8), “*Controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele*”. Para este autor, a idéia de controle social inspira os conselhos de saúde a fim de que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado, “*assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados*” (CARVALHO, 1995, p.28). Para ele, os conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político. Pela possibilidade que os conselhos apresentam de exercer poderes governamentais ou estatais, ele os caracteriza como “*espaços contra-hegemônicos [...], distinguindo-os de outros organismos de natureza estritamente civil*” (CARVALHO, 1995, p.111).

Na mesma direção, Barros (1994) trata o controle social sobre a ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. Destaca que, “*ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade*” (1994, p.31).

Outra autora que discute controle social é Raichelis (2000), a qual o considera como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública e

implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e

arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.

Defende a possibilidade de construção da esfera pública — espaço de explicitação de interesses em conflito, de confronto de projetos sociais e de luta pela hegemonia — no âmbito das políticas sociais, que envolve a participação ativa da sociedade civil na sua definição, implementação e controle.

Na verdade, partindo do aspecto legal, o sentido do controle social inscrito na Constituição de 1988 diz respeito à participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Bravo e Souza (2002) fazem uma análise das quatro posições teóricas e políticas que embasam o debate sobre os conselhos de saúde e o controle social. A primeira, baseada no aparato teórico de Gramsci, parte da contradição de classe, visualizando os conselhos como arena de conflitos em que grupos diferentes estão em disputa. Nesta perspectiva, o consenso implica dissenso e contradição. A segunda baseia-se na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos, e considera os conselhos como espaço consensual em que grupos com diferentes interesses convergem, através de pactuações, para o interesse de todos. A terceira é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo, que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. Nesta perspectiva, os conselhos são concebidos como espaço de cooptação dos movimentos sociais pelo poder público, e a saída das entidades deste espaço é recomendada. A quarta posição é a representada pela tendência neoconservadora da política, que questiona a democracia participativa, defendendo apenas a democracia representativa. Rejeita os conselhos, por considerá-los canais de participação incompatíveis com esta última.

Correia (2005, p.51) parte do conceito gramsciano de Estado e considera o campo das políticas sociais como contraditório, pois através delas o Estado controla a sociedade, ao tempo que apreende algumas de suas demandas. É neste campo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito para o controle social, que consiste “*na atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas*”.

Segundo Correia (1997b), nesta perspectiva adotada, a lógica do controle social é assim justificada:

Quem paga indiretamente, através de impostos, os serviços públicos é a própria população, portanto, ela deve decidir onde e como os recursos públicos devem ser gastos para que os serviços públicos tenham maior qualidade e sejam eficientes, atendendo aos interesses da maioria da população, não ficando à mercê dos grupos clientelistas e privatistas.

Afirma que, contraditoriamente, estes conselhos podem se constituir em mecanismos de consenso em torno das mudanças nas políticas públicas, de acordo com as orientações neoliberais, na direção de realizar cortes nos gastos sociais e privatizar e focalizar tais políticas.

Segundo Gohn (2001, p.75), a temática dos conselhos quando resgatada nos anos 80 aparece com nova polêmica. O contexto político do país delimitou o campo de debate em duas propostas: como estratégia de governo, dentro das políticas da democracia participativa, ou como estratégia de organização de um poder popular autônomo, constituído a partir de movimentos sociais da sociedade civil.

Gohn (2001) acrescenta que os conselhos populares foram propostos pela esquerda ou pelos opositores ao regime militar e surgiram com papéis variados, tais como: organismos do movimento popular para atuar com parcelas de poder junto ao Executivo (com a possibilidade de decidir sobre algumas questões de governo); organismos superiores de luta e de organização popular, gerando situações de duplo poder; organismos de administração municipal criados pelo governo para incorporar o movimento popular ao governo, visando assumir tarefas de aconselhamento, deliberação e/ou execução.

Ainda segundo Gohn (2001), nos anos 80 o centro do debate sobre os conselhos populares era a problemática da participação da comunidade, reivindicada pela sociedade civil ao longo das décadas de lutas contra o regime militar.

Na sua legalização e implementação ficou clara a proposta vencedora no debate e foi determinado o papel dos conselhos como organismos da administração criados com vistas a assumir as tarefas de aconselhamento e deliberação, limitando desde aí seu escopo de atuação.

A Lei Orgânica da Saúde – LOS²⁷ estabelece as formas de controle social na gestão do SUS. Os conselhos de saúde constituem a única instância com poderes de deliberar sobre a política²⁸.

No que concerne à questão legal, o conselho de saúde é definido como:

em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e

²⁷ A Lei Orgânica da Saúde – LOS é um conjunto de duas leis (8.080 e 8.142), ambas de 1990, que têm o caráter de norma geral, contendo as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, Estados e Municípios ao elaborarem suas próprias normas que garantam o direito à saúde da comunidade. Lacerda, Eugênia, et.all. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: Textos técnicos para conselheiros municipais de saúde/NESP; 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

²⁸ Outra forma de participação social é através das conferências, que devem ser realizadas a cada quatro anos, com representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo conselho de saúde (LEI COMPLEMENTAR DA SAÚDE nº 8.142/90, art. 1º, § 1º).

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 de governo (LEI FEDERAL Nº 8.142/90).

No artigo 1º consta que, mesmo sendo de caráter deliberativo, a maioria de suas decisões só têm validade se forem homologadas pelo poder executivo local. E aí está, legalmente, colocado o primeiro entrave para os conselhos de saúde.

Já aqui se encontra um grande limite para os conselhos que têm o poder de definir sobre a política, mas a maioria dessas decisões necessita da homologação do poder executivo, ou seja, só será executado aquilo que os dirigentes da política aprovarem.

Ao serem instituídos na Constituição Federal de 1988 como um dos instrumentos de participação popular na gestão da política de saúde, os conselhos de saúde passaram a ser uma realidade nacional.

Conforme informação verbal obtida através da Assessoria de Imprensa do Conselho Nacional de Saúde, há cerca de 5.537²⁹ conselhos de saúde espalhados pelo país, com estimativa geral de 86.000³⁰ conselheiros de saúde. Tais informações consideram apenas os conselhos municipais e estaduais. Os números seriam bem mais elevados se considerassem os conselhos distritais e locais já existentes nas capitais e em grandes cidades brasileiras.

Apesar disso, no plano da atuação efetiva de influir sobre a política de saúde, esses espaços estão em debate. Esse debate envolve questões complexas, reflexo da própria estrutura do Estado, que caracterizam desde problemas internos de estrutura e funcionamento, desinteresse dos governos em democratizar a política de saúde, até o corporativismo de seus

²⁹ Informação obtida através da Assessoria de Imprensa do Conselho Nacional de Saúde, novembro de 2007.

³⁰ Idem.

membros que, por não terem base política e técnica, não conseguem imprimir seu papel reivindicativo e deliberativo no colegiado.

É, portanto, o aprofundamento das questões que envolvem os conselhos de saúde na atualidade que será discutido a seguir.

3 - Os Conselhos de Saúde em Debate

Os conselhos setoriais das políticas sociais, especialmente o conselho de saúde, são o resultado do processo de democratização da sociedade brasileira. Este foi concebido como espaço institucional de controle social sobre as ações do Estado na área da saúde, à medida que setores organizados na sociedade civil estão representados em sua composição e ele tem legalmente caráter deliberativo sobre a política de saúde e sobre seus recursos.

Os conselhos de saúde deveriam constituir espaços de decisão política que ressurgem após o período ditatorial, quando os canais de interlocução entre Estado e sociedade haviam sido interrompidos. Neste processo, abre-se a possibilidade de setores organizados na sociedade civil, que representam as classes subalternas, dentro do jogo de correlação de forças, influenciarem o rumo da política de saúde brasileira (CORREIA, 2005, p.69).

Um fator determinante para que, no âmbito dos conselhos, haja algum controle social na perspectiva das classes subalternas é a articulação dos segmentos que os compõem em torno de um projeto comum para a sociedade, a partir da construção de uma “*vontade coletiva*”, obtendo desta forma um posicionamento em bloco mais efetivo dentro dos conselhos, ampliando seu poder de intervenção (CORREIA, 1996a, p.14).

A seguir serão analisadas monografias, dissertações, relatórios de pesquisa, artigos de revistas e até mesmo livros que discutem a temática dos conselhos desde o nível local (unidades de saúde) até o nível federal.

Convém salientar que os conselhos tratados nos trabalhos a seguir estão inseridos na realidade alagoana, exigindo, portanto, a análise da conjuntura estadual.

3.1. A Realidade Alagoana e as Possíveis Influências sobre o Exercício do Controle Social

O Estado de Alagoas está localizado no nordeste brasileiro, possuindo uma superfície territorial de 27.818,5 km². A população estimada em 2005, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), é de 3.015.912 habitantes distribuídos em 102 municípios e quatro regiões, as quais se diferenciam por sua diversidade socioeconômica.

A zona da mata centra-se na agroindústria sucroalcooleira e de hortifruti-granjeiros; no sertão predomina a agropecuária e a industrialização do leite e derivados; o agreste produz o fumo e a agricultura de subsistência; e no litoral há a predominância do turismo e do setor de serviços.

A economia alagoana ainda está centrada na agroindústria sucroalcooleira, que tem se modernizado e, como consequência, tem absorvido as pequenas e médias propriedades e indústrias do ramo, ao tempo que dinamiza seu capital em outras atividades mais rentáveis. Por outro lado, essa modernização vem acarretando demissões em massa, rotatividade de mão-de-obra, repressão a tentativas e formas de organização do trabalho rural e suspensão das políticas de corte assistencial (ARAÚJO in CORREIA, 1997, p.138).

A hegemonia econômica dos grupos sucroalcooleiros também repercute no poder político do Estado, ao apoiarem políticos, financiarem campanhas, com o objetivo de usufruir, *a posteriori*, da máquina estatal.

É interessante afirmar, de acordo com Araújo (2007, p.78), que desde a Emancipação do Estado, em 1817, “*vários acontecimentos expressam a tradição conservadora das elites locais, avessas a novidades e inovações*”.

Em decorrência disso, o sistema político de Alagoas tem duas características principais: o coronelismo³¹ e o clientelismo. As articulações políticas possuem perfil corporativista/patrimonialista e da cultura do favor, transformando o Estado em um ente privado, negando-lhe a característica de ente público (ARAÚJO in CORREIA, 1997, p.139).

No coronelismo o controle político local estaria garantido pelo “*altíssimo nível de pauperização do ‘elemento rural’, ungado à ‘cidadania’ republicana, após a consagração constitucional do voto.*” Essa prerrogativa, contudo, parece não ter significado prático para o homem do campo, a não ser como retribuição aos benefícios obtidos pela boa vontade do senhor local (ARAÚJO, 2007, p.98).

Tais articulações acabam por originar “currais eleitorais”, sob o comando de um chefe político-partidário que conserva o domínio econômico e político.

A estrutura técnico-burocrática do Estado é utilizada para a permanência do poder desses grupos, que se apoderam da máquina estatal, disponibilizando-a para grupos protegidos em nível estadual e municipal, ou até mesmo de amigos e parentes.

A terceirização tem sido um mecanismo utilizado pelo Poder Executivo para manter o tráfico de influência, o suborno e a prática clientelística de privatização do espaço público, favorecendo o setor privado com contratações superfaturadas.

Essa prática clientelista também se constitui em outro mecanismo para a conservação do poder na sociedade brasileira. Tais relações são ainda hoje a tônica da prática política da

³¹ Originado do termo coronel, expressa “*o poder político dos grandes proprietários de terras que dominaram a cena política brasileira até finais dos anos trinta do século passado e que, no caso alagoano, permanecerá vivo, mesmo que decadente, até finais dos anos 80 e início dos anos 90*” (ARAÚJO, 2007, p.97).

elite dominante, agora extremamente diversificada, porém profundamente influenciada por uma tradição conservadora, sobretudo na realidade alagoana.

Diante disso fica claro o caráter do exercício desse poder,

marcado pela confusão permanente entre o público e o privado e pela apropriação do primeiro para atender/satisfazer interesses particulares. Prática essa inerente ao patrimonialismo da Primeira República e que, de alguma forma, permanecerá e marcará a cultura política do povo brasileiro, principalmente nas regiões onde as modernas relações capitalistas de produção não se desenvolveram plenamente, onde o processo de industrialização não se consolidou. Enfim, onde permanece uma estrutura agrária arcaica, montada no latifúndio e na monocultura, especialmente, como no caso alagoano, da cana-de-açúcar (ARAÚJO, 2007, p.99).

Os atuais governos estadual e municipal da capital têm sido ocupados por políticos comprometidos com as burguesias industriais/agrárias. O governador do Estado, tradicionalmente de direita, enfrenta desde os primeiros meses de seu mandato greves do funcionalismo público em vários setores (saúde, educação, segurança, justiça). O prefeito da capital, Maceió, conhecido radialista do Estado, foi eleito em alianças com um dos maiores usineiros de Alagoas, representando outros grupos conservadores.

Outro problema decorrente da hegemonia sucroalcooleira e que também a alimenta é o nível de escolaridade dos alagoanos. De acordo com a PNAD (Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios), realizada em 2005, somente 4% dos alagoanos possuem 14 anos ou mais de escolaridade, 24% não possuem instrução, 45% passaram de 1 a 7 anos na escola. Tais índices de escolarização impedem que o alagoano ingresse no mercado de trabalho cada vez mais exigente, ficando à mercê do setor que não necessita de mão-de-obra qualificada.

Segundo o IBGE (2006), Alagoas é um dos Estados mais desiguais do Brasil, tendo atingido o valor de 0,575 na escala do Índice de Gini (mede o grau de desigualdade existente

na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade, a 1, quando a desigualdade é máxima)³².

Um outro índice muito importante para caracterizar a situação de Alagoas é o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que varia de 0 a 1; quanto mais próximo de 1, melhores são as condições de vida. Aqueles que apresentam até 0,500 são considerados de baixo desenvolvimento; acima de 0,500 até 0,800, de médio, e acima disso, de alto desenvolvimento³³.

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, houve uma considerável melhora na classificação dos municípios alagoanos em relação ao levantamento realizado em 1991, tendo agora apenas 3 municípios abaixo do que é considerado médio desenvolvimento. Contudo, Alagoas está na 26ª posição em relação aos demais Estados do país (ATLAS IDH 2000).

Além disso, os mais conhecidos componentes do Índice de Desenvolvimento Humano apresentaram valores negativos: a taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos e a taxa de mortalidade infantil ainda são as maiores do País³⁴.

O Estado ocupa hoje o segundo lugar em assassinatos por arma de fogo, e Maceió lidera esse *ranking* entre as capitais. Nos últimos quatro meses ocorreram em todo o Estado quatro mortes caracterizadas como crimes políticos (um vereador, um suplente e dois ex-vereadores) (O Jornal, 24 de outubro de 2007).

Um fator ainda importante para mostrar os objetivos dos administradores do Estado é que Maceió é a primeira capital do País a ser descredenciada dos programas sociais do Governo Federal, passando a ser administrados pelo governo estadual.

³² <http://www.pnud.org.br/indicadores/index.php>. Acesso em 13 de novembro de 2007.

³³ *Idem*.

³⁴ *Ibidem*.

A zona rural do Estado ainda continua refletindo os traços mais fortes herdados do seu passado colonial: concentração da terra, ausência de diversificação produtiva, pobreza e degradação ambiental (CARVALHO, 2007, p.21).

Segundo Carvalho (2007, p.39), a dificuldade financeira enfrentada pelo Estado de Alagoas é uma herança que vem das décadas passadas e sua origem está em dois fatores, a saber: 1º - a crise fiscal brasileira nos anos oitenta que diminuiu a transferência de recursos da União para os investimentos regionais; 2º - a crise no setor sucroalcooleiro, em decorrência da desaceleração do PROÁLCOOL, a partir de 1986, e a crescente dificuldade de apoio a financiamento, transformando-se no principal responsável pela crise alagoana e pela desorganização do Estado.

Apesar de várias tentativas, sem êxito, de introduzir o Estado no mercado de forma realmente competitiva em várias outras áreas que não a sucroalcooleira, Alagoas continua imersa em uma grave crise fiscal, econômica e política, cada vez mais aprofundada, comprometendo significativamente até mesmo o exercício da democracia local.

Enfim, Alagoas possui muitos desafios para superar. Uma sociedade pobre como a alagoana, para interromper o “*fator intergeracional da pobreza*” (CARVALHO, 2007, p.114) precisa tanto de ações mais efetivas que visem à garantia de condições de vida digna para a maioria, incorporando-a no processo de produção e consumo, quanto de ações que busquem superar o imediatismo, formando consciência crítica para a superação de uma condição de massa de manobra a que os alagoanos têm se submetido ao longo de sua história.

Para a obtenção de resultados mais próximos da realidade, a análise dos conselhos de saúde em Alagoas terá como pano de fundo a trajetória histórica do Estado, bem como a análise conjuntural realizada acima, identificando dificuldades e/ou avanços no exercício do controle social pelos colegiados.

3.2. Análise das Pesquisas sobre os Conselhos de Saúde em Alagoas

Para realizar a análise sobre a realidade dos conselhos de saúde em Alagoas, lançou-se mão de pesquisas dos dois principais centros de pesquisas sobre essa temática no Estado: a Faculdade de Serviço Social e o Núcleo de Saúde Pública, ambos da Universidade Federal de Alagoas, e também na Biblioteca Central desta Instituição, onde estão arquivadas pesquisas desses dois centros e de outros locais³⁵.

As pesquisas aqui analisadas fazem parte de trabalhos de conclusão de curso, monografias de especialização, dissertações de mestrado e tese de doutorado, além de relatórios de pesquisa propriamente dita e artigos e livros que se fundamentaram em pesquisas para sua análise.

É válido salientar que a fim de facilitar a visualização de cada pesquisa está sendo utilizada a marcação através do alfabeto minúsculo para marcar o início de cada trabalho.

3.2.1. Sobre os conselhos gestores de saúde

Antes de tratar sobre as pesquisas é necessário ter claro o conceito desses conselhos, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo que atuam no âmbito de abrangência das unidades de saúde. Diferentemente dos conselhos municipais e estaduais, os gestores ou

³⁵ Foram contatados técnicos da Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas (FAPEAL) que, lamentavelmente, afirmaram não poder fornecer as pesquisas por ela financiadas para terceiros; da UNIPSICO (Cooperativa de Psicólogos no Estado de Alagoas) que realizou algumas especializações na área de Saúde Pública em parceria com a Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), mas não soube informar se havia pesquisas com esse tema; do Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC) que também tem especializações em Saúde Pública, mas não possui estudos sobre conselhos de saúde.

locais (como são denominados em alguns lugares) não constam na Lei Orgânica da Saúde como requisito para a municipalização e conseqüente repasse de recursos financeiros.

Em Alagoas, os conselhos gestores de saúde são uma realidade nos municípios de Arapiraca³⁶ e Maceió.

Em Maceió é a Lei Orgânica do Município que trata sobre a criação dos conselhos gestores, constituindo, dessa forma, uma realidade particular³⁷.

Apenas algumas categorias coincidem nos trabalhos encontrados e não são tratadas, pelos autores, com a mesma dimensão. Por isso, optou-se pelo detalhamento de cada pesquisa, a fim de alcançar um resultado mais próximo da realidade.

a) Nascimento, Brandão e Lima (2003) realizaram um estudo sobre o processo de representatividade dos conselheiros e da comunicação enquanto instrumento eficaz nessa interlocução, no período da implantação da maioria dos conselhos gestores, entre 2000 e 2003. Para tanto, adotaram como condução o resgate histórico da implantação dos conselhos locais de saúde no município de Maceió, realizado através de pesquisa documental junto à Coordenação de Controle Social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Para esses autores, já durante a implantação foi possível detectar algumas deficiências que prejudicaram o processo de representatividade dos conselheiros, dentre as quais: o período de implantação dos conselhos gestores ocorreu pouco tempo antes das

³⁶ Em Arapiraca, segundo maior município do Estado em critérios populacionais, existem 23 conselhos gestores, ou como são denominados lá, conselhos locais. Desses, 1 (um) foi criado em 1997, 5 (cinco) em 2001 e 2002, e os outros 17 (dezesete) em 2003. Foi encontrado apenas 1 (um) trabalho, datado de maio de 2004, tendo como objeto de estudo a atuação dos conselhos gestores arapiraquenses, contudo, não foi considerado nesta dissertação porque, além de a criação da maioria dos conselhos ter sido muito recente para avaliar sua atuação, o estudo deixa dúvidas em relação a aspectos importantes, não permitindo uma análise mais detalhada.

³⁷ Em Maceió são 43 conselhos gestores de saúde, criados no período entre 1998 e 2005. Foram encontrados 3 (três) trabalhos que têm alguns desses conselhos como objeto de estudo, embora um deles não realize estudo de caso, tratando a temática de forma mais abrangente. Foram encontrados também o trabalho de Silva, Carozo e Fragoso (2005), que trata da organização da Secretaria Municipal de Saúde no apoio ao desenvolvimento do controle social de Maceió, e o de Silva e Padilha (2003), sobre o Conselho Gestor de Saúde do PAM Bebedouro, que, apesar de terem feito entrevistas aos conselheiros, não detalham a metodologia adotada, não podendo, por isso, ser utilizado nesta dissertação. No entanto, foram consideradas algumas de suas conclusões sobre os limites verificados para o desenvolvimento dos conselhos gestores e para o Conselho Municipal de Saúde de Maceió.

eleições municipais, o que provocou certo descrédito no processo; e a necessidade de concluir a implantação dos conselhos em tempo hábil, para que o gestor municipal pudesse participar da cerimônia de posse, antes do esgotamento do prazo determinado pela justiça eleitoral para o desempenho de ações públicas.

Os autores destacaram que, também nessa época, foi criada uma equipe de referência do controle social, constituída por assistentes sociais das diversas unidades de saúde e supervisores dos Distritos Sanitários, responsáveis pela capacitação de todos os conselhos gestores.

Ainda de acordo com as informações obtidas pelo relatório, os autores detectaram que dos quarenta e três conselhos existentes, apenas quatorze funcionaram com regularidade, quinze funcionaram com dificuldade de *quórum* até agosto de 2001 e quinze demonstraram fragilidade desde o início da implantação.

Tais dificuldades, segundo o mesmo relatório, se deram por dois fatores principais. O primeiro fator, expresso pelo período eleitoral de sucessão dos poderes executivos, em nível estadual e federal, o que prejudicou a realização de um trabalho de mobilização junto à comunidade e aos profissionais de saúde sobre a necessidade de discutir os conselhos gestores enquanto espaço de luta pela efetivação da política de saúde, já que esse processo de sensibilização poderia vir a caracterizar campanha eleitoral, pois o gestor da época era candidato a um cargo eletivo.

O segundo fator, desencadeado após o período eleitoral, com a mudança do gestor municipal de saúde, caracterizou-se pela destituição das equipes multiprofissionais pertencentes aos Distritos Sanitários, que tinham dentre as suas funções prestar assessoria aos conselhos gestores, restando apenas a coordenação de cada Distrito.

Diante do levantamento desse resgate, os autores concluíram que as maiores dificuldades apresentadas para a implantação dos conselhos gestores de saúde em Maceió estão relacionadas com o nível e a qualidade da representatividade.

Na análise realizada observaram que a comunicação estabelecida no interior dos conselhos gestores não corresponde a essa perspectiva de democratização das informações, o que proporciona uma concentração de poder naquele membro que detém a informação, sendo este, geralmente, a figura das gerências das unidades de saúde.

Conforme os autores, constitui um grande desafio para os profissionais envolvidos no processo de controle social, para os usuários do sistema e os trabalhadores em saúde atuar de forma crítica, com o objetivo de democratizar a política de saúde, tendo a comunicação como via de interlocução.

Para esses autores a interlocução entre comunicação e representatividade dar-se-á no momento em que o processo comunicativo dos conselhos gestores de saúde for discutido na perspectiva da esfera pública, já que se notam os espaços públicos sendo apropriados pelo privado cotidianamente.

Os autores acreditam ser fundamental o acesso às informações para o desempenho das atribuições, sobretudo as que dizem respeito ao financiamento da saúde. Dessa forma, torna-se imprescindível que os conselheiros não só absorvam essas informações, mas participem do processo de planejamento, elaboração e implementação da política da unidade de saúde.

Destacam que a capacitação contínua, seja ela envolvida no decorrer das atividades do cotidiano ou executada por instituições, é o recurso mais viável para estimular uma efetiva participação. Tal capacitação deve considerar como pressuposto a comunicação numa via de interlocução para o fortalecimento da representatividade dos conselhos gestores, superando a

perspectiva funcionalista que entende o processo comunicativo como o simples ato de transmitir mensagens para os conselheiros.

Para os autores é de fundamental importância que os conselheiros, representantes dos segmentos sociais, sejam alvo de investimento em formação político-pedagógica, podendo assim virem a exercer as suas funções no conselho, de forma a ultrapassar a condição de meros legitimadores da gestão, passando a atuar propositivamente no fortalecimento da base de sua representação e, com isso, tornando-se concretamente porta-vozes dos interesses da comunidade usuária do Sistema Único de Saúde.

Nascimento, Brandão e Lima concluíram que a publicização representa um instrumento pelo qual a interlocução dos conselhos gestores com outros setores da sociedade pode ser realizada, à medida que ela confere visibilidade às ações dos conselhos, ratificando a sua condição pública.

A análise realizada pelos autores se deteve no caráter político-pedagógico dos conselhos gestores de saúde de Maceió, bem como na importância da comunicação como meio para conferir poder a esses instrumentos de controle social.

Entretanto, os mesmos autores já destacaram os problemas e dificuldades encontradas desde o processo de implantação dos conselhos.

Torna-se claro que os obstáculos enfrentados pelos conselhos setoriais são inúmeros, mas, para os conselhos gestores de saúde, são bem maiores, uma vez que seu poder deliberativo é limitado ao âmbito da unidade, ficando restrito, em sua maioria, exclusivamente a questões administrativas. Essa limitação vem se tornando, cada vez mais, motivo de conflitos, dado que as funções exercidas pelos conselheiros tendem a ir de encontro às funções dos gerentes das unidades de saúde.

b) No trabalho de Oliveira, Silva e Santos (2003) sobre o Conselho Gestor da Unidade Saúde da Família João Sampaio, localizado no IV Distrito Sanitário de Maceió, foram realizadas pesquisas de campo através da observação e de entrevista semi-estruturada com os conselheiros, sendo que só conseguiram realizá-las com metade do número planejado (50% dos conselheiros), além de pesquisa bibliográfica e documental.

Os conselheiros participaram da elaboração do seu regimento interno. Todos têm conhecimento do documento, porém, depois de elaborado, não houve uma reunião para maior esclarecimento dos conselheiros quanto a seus artigos.

Os conselheiros entrevistados afirmaram haver registro em ata das reuniões realizadas, no entanto, no período analisado pelas autoras, verificou-se que as anotações eram feitas em folhas avulsas, não sendo repassadas para o livro de atas, acarretando um registro desorganizado.

Constataram também que metade dos conselheiros não têm conhecimento sobre os cargos de presidente e secretário existentes no Conselho Gestor da Unidade João Sampaio, preconizados no regimento interno deste.

Houve uma grande frequência dos conselheiros às reuniões, à exceção de um membro que alegou imprevistos particulares para delas participar.

Neste Conselho as reivindicações giraram em torno da melhoria do atendimento médico, melhoria na marcação de consultas, desenvolvimento do Conselho Gestor e melhoria na qualidade dos serviços. Atingindo-se, parcialmente, a resolução das mesmas.

Embora os conselheiros discutam e deliberem sobre diversas questões, a maioria não tem conhecimento de como são encaminhadas as deliberações.

Nas entrevistas realizadas pelas autoras, os conselheiros também apontaram os fatores que impedem a efetividade de suas deliberações, dentre os quais vale ressaltar a falta de recursos financeiros, a falta de vontade política e o desinteresse de alguns conselheiros.

Em relação aos recursos financeiros, os conselheiros afirmaram em suas entrevistas que estavam cientes quanto à movimentação desses recursos na unidade.

Sobre as dificuldades para os conselheiros atuarem, apontaram a indisponibilidade de tempo, desarticulação entre eles e a falta de interesse dos conselheiros em conhecer seu papel.

Contrastando com o que foi apontado como dificuldades, as autoras obtiveram como resposta à pergunta sobre o papel do Conselho que este seria o de participar das decisões, discutindo os problemas, fazendo a mediação entre a comunidade/unidade de saúde/poder público.

Os conselheiros informaram que ouvem a população através de seus representantes e que se comunicam com ela através dos próprios conselheiros, de carro de som e de cartazes. No entanto, não fica claro quem são seus representantes, uma vez que os próprios conselheiros do segmento dos usuários são os representantes da comunidade. Dessa forma, seguindo este entendimento, seriam os conselheiros representantes dos representantes?!

Um último aspecto que é imprescindível abordar diz respeito à articulação do Conselho Gestor com outros setores externos à unidade de saúde. Segundo as entrevistas, os conselheiros afirmaram que há articulação e que o setor seria a Secretaria de Saúde de Maceió. Contudo, pode-se contestar tal articulação, uma vez que, obrigatoriamente, a Secretaria de Saúde tem de se manter articulada com esse e com todos os outros conselhos gestores do município e vice-versa, já que esses fazem parte de sua estrutura organizacional.

De acordo com o trabalho de Oliveira e outros (2003) o que se pode constatar é que os conselheiros são confusos em relação a seu papel e ao papel do próprio Conselho. Afora isso, a colocação da Secretaria Municipal de Saúde como setor que se articula, mostra que há uma completa falta de entendimento da relação entre Secretaria de Saúde, unidades de saúde e conselhos gestores, embaralhando, com isso, a própria natureza dos conselhos de saúde enquanto componentes de uma estrutura estatal.

Uma questão muito importante a analisar é que, em relação aos recursos financeiros, os conselheiros afirmaram ter ciência de sua movimentação, quando é de conhecimento de todas as coordenações da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió que não há recursos financeiros a serem administrados pelas unidades de saúde. O que havia era um pequeno adiantamento para consertos e despesas urgentes (como, por exemplo, a compra de gás nos Centros de Atenção Psico-Social que fornecem almoço para os pacientes), e que foi suspenso desde 2003.

c) Pereira e outros (2003) realizaram um estudo de caso no Conselho Gestor da Unidade de Saúde Tereza Barbosa com o objetivo de aprofundar alguns aspectos — a capacidade de intervenção dos segmentos, relevância das temáticas discutidas, efetivação das deliberações e participação/legitimidade — importantes ao controle social no SUS, mais precisamente, sobre a política de saúde em nível local.

Para atingir esse objetivo foram utilizadas as pesquisas bibliográfica, documental e de campo, através de entrevistas semi-estruturadas a 62,5% dos conselheiros e da observação sistemática das reuniões no período de fevereiro de 2001 a abril de 2002.

Conforme as informações colhidas na pesquisa de Pereira e outros (2003), verificou-se que o Conselho Gestor conseguiu manter com regularidade as reuniões que aconteceram com o *quórum* exigido em seu regimento interno.

As autoras constataram que as reuniões possuíam caráter democrático, uma vez que era permitida a participação de outros membros da comunidade, com direito a voz.

De acordo com o registro das atas, foi constatado que houve equilíbrio das forças presentes no Colegiado no que se refere aos segmentos de usuários e gestores, entretanto, o destaque é para o segmento dos profissionais de saúde que dominaram as intervenções durante as reuniões. Em consequência disso, a maioria das deliberações aprovadas advém desse mesmo segmento e se referem à marcação prévia de consultas, falta de medicamentos, de segurança, dentre outras.

Confirmaram a existência de articulação entre os representantes dos trabalhadores e dos usuários para a aprovação das propostas; a pouca articulação entre profissionais de saúde e gestores e a inexistência dessa articulação no que concerne aos segmentos dos usuários e gestores. A exceção fica por conta de uma articulação que houve entre todos os segmentos para aprovação, por unanimidade, de propostas apresentadas no Conselho. Infelizmente, não foi registrado pelas autoras a que tema se referiam tais proposições.

Em relação à participação dos conselheiros às reuniões, verificaram que os segmentos dos usuários e gestores freqüentaram o mesmo número de reuniões, sendo maior a freqüência dos profissionais de saúde.

Neste aspecto há de se destacar um fato importante registrado por Pereira e outros (2003), que é a significativa participação dos suplentes nessas plenárias, uma vez que é obrigatória a participação na ausência do seu titular e, nesse Conselho Gestor, a presença desses independia desta condição.

Nas entrevistas realizadas com os representantes de cada segmento, as autoras perceberam a visão desses sujeitos em relação à motivação de participar, que para o usuário significa a oportunidade de levar as reivindicações e necessidades da população, bem como as

prioridades do setor saúde. Já para os trabalhadores de saúde, sua motivação se dá pela possibilidade de contribuir mais efetivamente nas discussões que envolvam temáticas específicas da área e, também, de o Conselho se constituir em um espaço de aprendizagem de exercício de direitos. Para o gestor é importante a participação social na gestão do SUS, demonstrando o compartilhamento de responsabilidades pelo poder público e pela comunidade.

Em relação à importância e ao papel do conselheiro, há o entendimento, pelos usuários, de que a criação do Conselho trouxe melhoria no atendimento às necessidades da comunidade, principalmente nas questões que podem ser resolvidas diretamente com a administração. Para os trabalhadores de saúde existe a concepção de participação de forma bastante significativa, dada a sua capacidade técnica na área e o seu compromisso com demandas populares, identificando mais claramente o interesse dos usuários. O gestor considera que a importância de sua participação se refere à oportunidade de, junto com a população, melhorar os serviços oferecidos pela unidade de saúde.

No que diz respeito à efetividade do Colegiado, as autoras observaram que os conselheiros têm a mesma visão, demonstrando a interação do órgão sobre essa questão. Todos consideraram sua participação como um processo progressivo de vitórias, resultantes do compromisso e da certeza de contribuir para a efetivação de uma política de saúde coerente com as necessidades e demandas da comunidade.

Quanto à representatividade, foi verificado que os conselheiros usuários procuram se articular com a comunidade por meio de reuniões em locais fora da unidade de saúde, com o objetivo de informar sobre o que acontece nas reuniões do Conselho Gestor e para tomarem conhecimento das reivindicações da população.

Os trabalhadores de saúde, por se concentrarem na unidade de saúde, ao término das reuniões repassam para os demais as discussões e deliberações aprovadas no Conselho. O gestor encaminha as informações e as deliberações para a Secretaria Municipal de Saúde e alega que executa essas ações porque é um dever decorrente do cargo que ocupa, e isso fortalece o gestor nas reivindicações junto às instâncias superiores.

Pereira e outros (2003) verificaram ainda que não há o entendimento da necessidade de articulação com outros conselhos gestores do distrito sanitário, e tampouco do município, levando a concluir que mais grave do que a visão fragmentada das políticas públicas é o isolamento da atuação dos conselhos gestores.

O fato de os suplentes participarem das reuniões independentemente da ausência do titular e a presença da comunidade nas reuniões são indícios do crescimento do nível de conscientização da responsabilidade para a execução da política pública de saúde. Entretanto, esse fato não indica possibilidade efetiva de mudança nos planos estabelecidos pelo Estado para as políticas, nem em seu direcionamento em prol da classe subalterna.

Há de se considerar ainda, embora não faça parte da análise desta dissertação, o destaque da participação do assistente social nesse Conselho, como conselheiro e como assessor técnico, que, segundo as autoras, foi um dos principais fatores para o fortalecimento desse Colegiado.

É comum a essas pesquisas a verificação dos limites encontrados em relação à atuação da Secretaria Municipal de Saúde no que concerne ao atendimento das deliberações dos conselhos gestores. Pelas pesquisas aqui expostas pode-se concluir que a Secretaria de Saúde — instituição representativa do Estado — não considera a participação social, embora a criação desses conselhos tenha sido imposta pela própria instituição e não seja obrigatória para a obtenção de recursos financeiros. O que acontece é o desenvolvimento de gestões em

que Estado e sociedade parecem não conseguir estabelecer, pelo menos, uma interlocução entre seus representantes, implicando para os conselhos gestores uma atuação estéril, esvaziada de seu propósito.

3.1.2. Sobre os conselhos municipais de saúde

Em relação aos conselhos municipais de saúde, foram encontrados 7 (sete) trabalhos³⁸, sendo que 1 (um) contempla a realidade de 13 municípios alagoanos e 2 (dois) se referem ao município de Maceió. Com o intuito de realizar uma análise mais próxima da realidade, foram separadas as pesquisas concernentes à capital em um subitem distinto. As pesquisas analisadas neste subitem dizem respeito a conselhos de saúde de município de pequeno e de médio porte³⁹.

a) Em 1998, foi realizada em Alagoas uma pesquisa⁴⁰ por amostragem em 13 conselhos municipais de saúde. Essa pesquisa evidenciou várias situações adversas, como, por exemplo, a existência de conselheiros que ignoravam fazer parte do conselho municipal de saúde, ou mesmo outros que disseram assinar “*uns documentos*” sem saber do que se tratava.

Essa pesquisa revelou também que o chefe do poder executivo, em alguns municípios, era quem escolhia ou destituía os conselheiros de todos os segmentos a seu bel-prazer, deixando evidente que a existência do conselho municipal servia apenas para cumprir as exigências legais de repasse de recursos financeiros.

³⁸ Foi descartado, para essa análise, um dos sete trabalhos porque se constituía em uma avaliação de relatórios de auditoria de seis municípios alagoanos que não especificavam somente conselhos de saúde.

³⁹ Entende-se por município de pequeno porte aquele cuja população não ultrapassa a marca de 19 mil habitantes, e de médio porte aquele entre 20 e 90 mil habitantes.

⁴⁰ ALAGOAS. Universidade Federal de Alagoas. Núcleo de Saúde Pública. Secretaria do Estado de Saúde. Divisão de Informação, Educação e Comunicação. Relatório da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Projeto de Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS. Maceió, julho de 1998.

A pesquisa teve como objeto o processo de capacitação de conselheiros de saúde desenvolvido em 88% dos conselhos de saúde do estado, realizado sob a coordenação do NUSP/UFAL, no período de março a abril de 1995. Teve como objetivo central a avaliação do impacto do processo de capacitação sobre o desempenho do conselho/conselheiro, comparando a outros não capacitados.

O resultado da pesquisa revelou diferenças entre conselhos capacitados e não capacitados no que diz respeito à efetividade de sua atuação, isto é, à capacidade de influir concretamente nas decisões e ações governamentais.

De acordo com o relatório da pesquisa, as formas de comunicação dos conselhos não capacitados se limitaram às reuniões e conversas informais, enquanto os conselhos capacitados apresentaram uma maior variedade, criando novos canais de comunicação.

No entanto, os resultados obtidos através dessa pesquisa valeram para refutar a defesa de que a atuação dos conselheiros teria impacto na política de saúde local após capacitações, uma vez que não houve melhoria na política de saúde local em favorecimento da população, mas ficou restrita à atuação do conselho no que concerne à intervenção nas reuniões e de articulação com suas bases.

b) Uma outra pesquisa de âmbito estadual que trata tanto do Conselho Estadual de Saúde quanto dos municipais de forma geral é a de Souza e Cavalcante (2000), na qual foi analisada a contribuição do Serviço Social ao controle social no SUS na Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). Para a realização dessa análise as autoras utilizaram as pesquisas bibliográfica e documental e a pesquisa de campo através da entrevista semi-estruturada com 93% das assistentes sociais que desenvolvem ações nos setores da SESAU relacionados ao controle social.

No que concerne aos conselhos de saúde, pode-se verificar que a maioria das assistentes sociais entrevistadas considerou que estes são reais espaços de controle social, e justificaram sua resposta pelo fato de existir respeito do gestor para com a população, constituindo um espaço democrático de participação popular e que viabilizava a discussão da política de saúde. Em contrapartida, as que não consideram os conselhos como reais espaços de controle social apontaram o desconhecimento do papel do conselheiro, a manipulação do gestor e ressaltaram que os conselheiros não têm noção de cidadania.

As entrevistadas destacaram como principais problemas para a efetivação do controle social: a cultura assistencialista na sociedade; a desinformação dos conselheiros sobre o que é controle social; o desconhecimento de alguns conselheiros sobre o seu papel; a subserviência do segmento dos usuários; falta de consciência do que é direito; falta de incentivo por parte do gestor; falta de mais participação da população.

As autoras obtiveram nas entrevistas, como resposta aos pontos importantes para o fortalecimento do controle social: a capacitação de conselheiros; integração das secretarias municipais de saúde com outras secretarias; disseminação das informações à população; clareza do papel dos conselhos na sociedade; garantia do poder deliberativo dos conselhos; capacitação dos técnicos; fortalecimento da atuação dos usuários junto aos conselhos.

A pesquisa de Souza e Cavalcante (2000) serviu para mostrar deficiências do controle social em Alagoas, seja devido à não-participação da população, seja pela manipulação do gestor nos conselhos, o que é reforçado pela subserviência dos usuários.

c) Correia (2000) analisou o Conselho de Saúde do município alagoano de Santana do Ipanema, no período de janeiro de 1994 a janeiro de 1997, procurando verificar como se deu o controle social sobre a verba para o setor saúde. Sua análise se baseou na pesquisa documental e de campo através de entrevista a 75% dos conselheiros.

A autora verificou o compromisso dos conselheiros em participarem das reuniões pela frequência, no entanto, houve mais participação dos trabalhadores e dos gestores do que dos representantes dos usuários. Em relação às intervenções nas reuniões, há a predominância do gestor, seguida dos trabalhadores e de 1 (um) representante do segmento dos usuários.

No que diz respeito à articulação, observou que os representantes dos usuários mantiveram constante articulação com as entidades que representam, estabelecendo, com isso, permeabilidade da gestão para as demandas da população. Segundo Correia (2000), o Conselho Municipal de Santana do Ipanema revelou-se espaço de interlocução entre a sociedade e a gestão quando algumas das demandas levadas ao órgão foram respondidas positivamente, havendo uma interferência indireta na destinação dos recursos para o setor.

Ressaltou ainda que a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde foi prática constante do gestor. Durante as reuniões, os conselheiros questionaram os gastos, sendo obtida a resposta do gestor. De acordo com Correia (2000), houve solicitação dos conselheiros para alterar a forma como as prestações de contas eram apresentadas, tais como, a apresentação de notas comprobatórias, a apresentação das receitas antes das despesas, o detalhamento das despesas e a apresentação da prestação de contas de convênio. As solicitações foram atendidas pelo gestor, fazendo com que os conselheiros tivessem acesso às informações sobre receitas e despesas. A transparência na gestão dos recursos e o acesso a tais informações foram confirmados nas entrevistas realizadas por Correia com os conselheiros santanenses.

Entretanto, após todo o estudo, a autora confirmou que as interferências na alocação de recursos foram muito limitadas, acontecendo quando os conselheiros levavam demandas da população e algumas eram atendidas e quando reclamaram da utilização dos recursos do Ministério da Saúde para pagamento de pessoal, da inexistência de contrapartida dos recursos da prefeitura e quando não aprovaram a prestação de contas de dois meses no ano de 1996.

Para Correia (2000), o controle social do Fundo Municipal de Saúde pelos conselheiros limitou-se à aprovação ou não das prestações de contas e/ou solicitações de esclarecimentos sobre gastos efetuados, uma vez que esses não participavam das decisões sobre os gastos a serem efetuados, à exceção da aprovação do Plano Municipal de Saúde e do Plano de Aplicação Financeira, que não contaram com a participação do Conselho em sua elaboração.

Segundo a autora, de acordo com as entrevistas, a maioria dos conselheiros afirmou ter dificuldade na compreensão da prestação de contas, demonstrando a necessidade de cursos de capacitação sobre esse tema.

No que tange aos recursos financeiros repassados aos prestadores de serviços privados, não houve prestação de contas, nem registros de questionamentos dos conselheiros em relação a isso, o que a autora considerou muito grave.

Correia (2000) ressaltou o avanço de, naquele conselho, serem apresentadas as prestações de contas, até mesmo com notas comprobatórias; mas os limites impostos aos conselheiros eram consideráveis: os conselheiros apenas apreciavam as contas, caracterizando um acompanhamento precário. Confirmou, através dos documentos e das entrevistas aos conselheiros, a fragilidade e a superficialidade do controle do fundo público; além disso, aqueles não interferem efetivamente na alocação dos recursos, ou seja, a sua destinação e aplicação só dependem dos gestores. Muito mais grave é a questão de não se ter ao menos conhecimento, já que não consta nas prestações de contas o repasse de verba para os serviços privados.

É interessante destacar ser um avanço a prática vivenciada no Conselho de Saúde de Santana do Ipanema, entretanto, não o suficiente para imprimir qualidade aos trabalhos

executados por ele, nem para modificar a realidade sanitária daquele município, pois os conselheiros daquele município possuem uma ação fiscalizadora, pouco propositiva.

d) Silva (2000) identificou e analisou as possibilidades e limites de interferência do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo, em Alagoas, na conformação da política de saúde local, no período de 1993 a 1998. Para tanto, utilizou um estudo descritivo com abordagem qualitativa através da pesquisa documental e entrevistas a 85,71% dos conselheiros.

De acordo com esta pesquisa, a primeira atividade do Conselho foi a de elaborar seu regimento interno, o que possibilitou muito debate até sua aprovação. Para isso, foi constituída uma comissão de conselheiros que apresentou uma proposta preliminar. Sua apreciação fez parte da agenda do Conselho durante várias reuniões. A representação das associações dos moradores e a dos conselhos da criança e do adolescente tiveram uma participação relevante neste momento, conforme observado na análise das atas e nas falas dos diversos entrevistados.

Durante o período da 1ª gestão do Conselho foram realizadas várias atividades, dentre as quais, as oficinas de saúde — parte de uma proposta de capacitação dos conselheiros que visava propiciar uma boa atuação do Conselho, tendo em vista o papel de decisão na conformação da política de saúde local. De acordo com Silva, um papel em que está intrínseca a co-responsabilidade pelo rumo das condições de saúde da população.

Na 2ª gestão, as oficinas de saúde também aparecem nas atas de reunião, porém, na maioria das vezes, não mais como realizadas, mas como solicitação dos conselheiros usuários para que a secretaria as promovesse.

Na análise de Silva foi visto que as denúncias, solicitações e proposições, quando demandadas por conselheiros, excluindo o gestor, não foram cobradas nas reuniões seguintes.

Essa constatação foi observada em falas e em atas, revelando a pouca consciência e empenho dos conselheiros.

As denúncias, embora tivessem aparência contundente, na sua maioria, perderam-se no tempo e caíram no vazio. Foram registradas nas atas, mas não ultrapassaram esse limite. As resoluções prometidas não eram cumpridas e também não eram cobradas, o que levava a indagar se a não-avaliação das denúncias seria resultante do perfil do grupo social ou se o objetivo seria a denúncia por ela mesma. De qualquer forma, parece ser um sintoma da falta de exercício do papel dos conselheiros, afora o de fiscalização e de denúncia.

Para esta autora as denúncias aparecem com frequência nas atas e são mencionadas em algumas entrevistas como ação do Conselho. Esta citação é feita por conselheiros que expressam falhas do sistema de saúde, mas reconhecem que, anteriormente, nem mesmo um espaço de denúncia possuíam.

As propostas e votações do conselheiro, segundo Silva, devem representar os interesses da sua base, com o compromisso de deixá-la sempre informada. Essa capacidade de retroalimentação foi uma limitação observada neste caso.

A partir das análises realizadas nesta pesquisa a autora compreendeu que, para uma atuação eficaz do Conselho, os conselheiros devem ser preparados, no mínimo, sobre o seu papel e sobre como funciona o SUS. As siglas e a linguagem técnica do setor saúde dificultam a participação dos usuários “chamados” a ocupar um espaço que nem sequer sabia de sua existência.

Para Silva, a legislação garante a legitimidade. Os conselhos são criados e, aparentemente, crescem órfãos; compreende-se a falta de uma base de sustentação política e ideológica, fundamentada nos princípios do SUS e na contextualização das proposições do movimento sanitário.

Debates longos sobre a sede do Conselho podem levar a olvidar questões mais gerais e relativas à melhoria das condições sanitárias do município. Isso pode significar um traço de estruturação inicial de uma organização, porém a importância dada por esse Conselho a questões que, a princípio, o burocratizam, se revela no privilégio da sua organicidade em detrimento da luta. O espaço físico, o material didático e bibliográfico, dentre outros, poderiam ser encontrados nas próprias organizações sociais que constituem o Conselho, se elas tivessem capacidade para ofertar esse suporte.

Silva observa que o potencial de visibilidade deste Conselho com a população em geral não ficou evidente. Segundo a autora, essa foi uma dificuldade constatada através das atas e ponto consensual nas falas, uma vez que o Conselho não possui mecanismo próprio de comunicação.

Em relação à visibilidade dos conselheiros perante às suas bases, foi verificado que o segmento dos trabalhadores de saúde apresentou dificuldade de *feedback*. No segmento dos usuários, a visibilidade depende das características de cada entidade.

A dificuldade de *feedback* apresentada pelos trabalhadores é justificada por esses conselheiros, nos seus relatos, pela falta de interesse do conjunto dos trabalhadores em discutir a gestão e a situação de saúde do município, delegando a tais conselheiros decidirem sozinhos, sem debate com seus pares.

Quanto à efetividade, foi verificado que o Conselho Municipal de Saúde exerceu ações da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Largo, deliberando quanto às ações a serem desenvolvidas e fiscalizando a execução destas. Mas as decisões são oriundas de proposições do gestor local, que exerce o seu poder de hegemonia, aprovando no plenário suas propostas. Mesmo quando se verifica alguma deliberação resultante de uma denúncia, observou-se que as denúncias aparecem como reação a questões levadas pelo gestor.

Observando a representatividade das organizações que compõem o Conselho, Silva estranhou a participação de sindicatos que funcionam sem objetivo de luta sindical, como é o caso do Sindicato dos Aposentados e Pensionistas da Fiação e Tecelagem, embora representem parte de usuários. Apesar desse estranhamento, a autora relata a tentativa do Fórum das Organizações Não-governamentais do município em excluir essa entidade do Colegiado, com apresentação desta proposta na IV Conferência Municipal de Saúde, na qual este sindicato e seus aliados manifestaram potencial político com sua permanência.

O estudo mostrou também que o Conselho de Saúde de Rio Largo conseguiu, no período analisado por Silva, articular-se com outros segmentos sociais, como os movimentos comunitários, religiosos, sindicais, poder legislativo e instituições jurídicas, além de partidos, academia e outros órgãos do setor saúde e de outras áreas.

Silva afirma que, apesar de o objetivo ter sido entrevistar todos os conselheiros do período determinado, algumas entrevistas não foram realizadas, o que pareceu ser uma repercussão da conjuntura política de Rio Largo. O sentimento de mágoa parece estar presente nas entrelinhas das falas dos conselheiros que recusaram a participação na pesquisa. Aproximadamente, um terço das entrevistas resultou em respostas curtas com pouco conteúdo e demonstrando insegurança. No entanto, de acordo com a autora, isso não se constituiu em prejuízo para a pesquisa, uma vez que a análise privilegiou as falas mais relevantes.

Os limites de interferência do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo no sistema de saúde local, segundo Silva, parecem estar colocados pela pouca compreensão dos conselheiros sobre o seu papel, pela fragilidade das suas representações, por eleger, como prioridade, a sua organicidade em detrimento das questões sanitárias, e por se limitar, em boa parte das situações, a legitimar as ações do gestor.

A autora concluiu que as possibilidades se afirmaram através das suas interações com outros atores. O que representou, num certo momento, a capacidade de esse Conselho se articular com outras forças sociais, se bem que esta articulação não influenciou diretamente na gestão do SUS. Interações como essas podem levar à maturação da consciência sanitária e de cidadania desse Colegiado.

Neste trabalho de Silva, ficam evidentes os mesmos problemas detectados nos trabalhos anteriores. Entretanto, a autora identifica possibilidades de mudanças na atuação do Conselho Municipal de Rio Largo quando este se articula com outros segmentos da sociedade.

Embora tal articulação se mostre incipiente, mostra também que somente através dela poderá haver alteração na dinâmica do Conselho.

e) Oliveira, Carozo e Silva (2007) realizaram um estudo de caso no Conselho Municipal de Saúde de Ouro Branco (AL), município de pequeno porte, localizado no sertão alagoano. A coleta de dados se deu através de pesquisas bibliográfica e documental, com a análise de atas de reuniões do Conselho, no período de janeiro de 2003 a setembro de 2006.

As autoras analisaram, com base nas atas, a participação dos conselheiros nas reuniões, verificando que o Conselho de Ouro Branco tem mantido *quórum* necessário à realização das reuniões com a presença de mais representantes do segmento dos usuários do que dos profissionais de saúde e dos gestores. Entretanto, apesar de existir espaço para participação da população por meio de seus representantes, as autoras não conseguiram analisar o tipo de participação existente, haja vista que as atas não relatam as falas dos conselheiros.

Quanto à paridade em relação aos usuários na formação do Conselho, observaram, através da portaria de nomeação, o respeito a esse critério, estando de acordo com a resolução nº333/03 do Conselho Nacional de Saúde.

Um aspecto muito interessante para análise nesta dissertação diz respeito à regularidade na periodicidade das reuniões. Segundo Oliveira e outros, no ano de 2003 houve apenas 3 (três) reuniões do Colegiado; em 2004, apenas 1 (uma); em 2005 houve 9 (nove) reuniões, sendo 7 (sete) ordinárias e 2 (duas) extraordinárias⁴¹; finalmente, até setembro de 2006, tinha acontecido 1 (uma) reunião.

De acordo com a resolução nº 333/03 e com o regimento interno daquele Conselho, deveria haver, pelo menos, uma reunião por mês, que seria ordinária e, pelo que foi visto, o que se pode verificar é que essa periodicidade não vinha sendo cumprida. Acredita-se que as reuniões eram realizadas apenas quando os gestores consideravam necessário, independentemente do que preconizava o seu regimento, pois é num período muito grande (2003-2006) que consta essa irregularidade.

Em relação à proposição de idéias e projetos nas pautas das reuniões, as autoras verificaram a predominância do presidente do Conselho Municipal de Saúde de Ouro Branco na apresentação de temas para discussão, havendo, apenas, a indicação de alguns temas pelos demais membros do Conselho.

Quanto ao exercício no acompanhamento das ações, serviços e prestação de contas, verificaram: em relação às ações e serviços, que há relatos em algumas atas no ano de 2003 sobre a necessidade de melhoria da organização da Secretaria de Saúde; no ano de 2004, sobre a necessidade de diminuir a desnutrição, melhorar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e erradicar a mortalidade infantil; em 2005, sobre a necessidade, novamente,

⁴¹ Oliveira, Carozo e Silva (2006) constataram que o aumento do número de reuniões no ano de 2005 se deveu a visitas técnicas da Secretaria Executiva de Saúde de Alagoas, que estava dando assistência específica nessa época.

de melhorar as condições organizacionais da Secretaria de Saúde e de apoiar a Estratégia Saúde da Família na zona rural. Em relação à prestação de contas, verificaram sua inexistência e a do Plano Municipal de Saúde.

Quanto à aprovação de propostas, projetos e prestação de contas, as autoras observaram que no ano de 2003, das 3 reuniões realizadas, 2 tiveram aprovação de planos e projetos e as 3 tiveram aprovação de propostas, como, por exemplo, o regimento interno da Conferência Municipal de Saúde; em 2004, houve uma reunião com aprovação de planos, projetos e propostas, tais como projeto de construção de unidade de saúde e aquisição de equipamentos; no ano de 2005, 1 (uma) reunião com aprovação de planos e projetos (plano plurianual) e 8 (oito) com aprovação de propostas (construção da agenda municipal de saúde, estudo do regimento interno, resoluções etc.); no ano de 2006, houve 1 (uma) reunião com aprovação de propostas (criação da agenda anual do Conselho e do Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), com sede no município de Maravilha/AL). Novamente, não há relatos de aprovação de prestação de contas nas atas do período analisado pelas autoras.

Em relação ao acompanhamento e atuação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, as autoras verificaram, pelas atas, que no ano de 2005 foram realizadas reuniões do Conselho para elaboração da Agenda Municipal de Saúde. No entanto, nas atas não existem informações sobre a elaboração do Plano Municipal, muito menos seu acompanhamento pelo Colegiado.

As autoras verificaram ainda que não há registro, através de atas de algumas reuniões, dificultando a comprovação do evento e a avaliação da efetivação. Contudo, concluíram que esse Conselho Municipal de Saúde exerceu seu papel na política de saúde local de forma parcial, no que concerne à resolução nº333/03.

A falta de atas também é um aspecto muito revelador, já que, além da não-comprovação da realização das reuniões, demonstra possibilidade de adulteração desses documentos, para não serem prejudicados em avaliações e auditorias que venham a ser realizadas no município.

Pelo que foi apresentado, o ano de 2005 mostrou-se atípico na dinâmica desse Conselho, haja vista as nove vezes em que se reuniu; no entanto, a quase regularidade na realização das reuniões se deveu a um agente externo — Secretaria Executiva da Saúde — que prestou assessoria técnica ao município naquele período.

Entretanto, tal assessoria não conseguiu efetivar a atuação do Conselho no que diz respeito à realização das reuniões, visto que no ano posterior, até o mês de setembro, tinha acontecido apenas uma reunião.

A reprodução, aqui nesta dissertação, dos dados coletados por Oliveira e outros se deu pela importância de comprovar que a convocação de reuniões, pelos gestores, ocorria sempre nos momentos em que era necessária a aprovação, pelo Conselho, dos atos da gestão. Vale ressaltar que, por uma resolução federal, é determinado que qualquer projeto referente à solicitação de verbas federais deve ser aprovado pelo respectivo conselho. Como é notória a escassez de recursos financeiros nas prefeituras municipais do Estado de Alagoas para a construção de unidades de saúde, aquisição de equipamentos, ampliação de equipes de saúde da família, deduz-se que o Conselho de Saúde de Ouro Branco (AL) não possuía atuação alguma, servindo apenas para aprovar as propostas e projetos apresentados pelo gestor municipal, legitimando a gestão.

3.1.3. Sobre o Conselho Municipal de Saúde de Maceió

Para análise do Conselho Municipal de Saúde de Maceió foram considerados 2 (dois) trabalhos, para subsidiar o debate sobre os instrumentos de controle social, legalmente constituídos, na realidade brasileira.

a) O primeiro a ser analisado é o de Cavalcante (1998), que discutiu como o Conselho Municipal de Saúde poderia se constituir em um componente central na relação entre uma administração municipal pública e a sociedade, por meio dos movimentos sociais, no período de 1996 a 1997. Para esse trabalho a autora utilizou além da pesquisa documental, a entrevista a 41,66% dos conselheiros.

Analisando as temáticas que mobilizavam a atenção e a discussão dos conselheiros, classificou-as da seguinte forma: em primeiro lugar, as que dizem respeito à construção de uma organicidade do Conselho; em segundo, aquelas relacionadas ao seu papel de fiscalização e controle social da Política de Saúde; e, em terceiro lugar, uma temática de caráter corporativo, particular, que vai conquistando uma legitimidade diante do Conselho, incorporando suas questões à pauta do Colegiado.

Temáticas concernentes à fiscalização e controle social exercidos pelo Colegiado trouxeram à cena a discussão sobre o papel do Conselho e seu poder real na gestão do SUS em Maceió. Segundo Cavalcante, essa questão surgia com evidência quando o Conselho deliberava em desacordo com as propostas do gestor, o que foi colocado como um desafio.

Por outro lado, Cavalcante detectou que algumas temáticas, apesar de relevantes, não conseguiram despertar a atenção dos conselheiros em seu processo de discussão como, por exemplo, Orçamento anual, Plano de Saúde, Relatório de Gestão etc.

A autora afirma que temáticas como orçamento, prestação de contas etc., que precisavam ser aprovadas pelo Conselho, eram apresentadas, freqüentemente, em caráter de urgência, impossibilitando sua devida apropriação pelos conselheiros que têm a atribuição de emitir pareceres e tomar decisões.

No que concerne às intervenções de usuários e trabalhadores de saúde, houve uma ênfase em seu caráter reivindicativo, o que determinou uma relação de cobrança perante o gestor, principalmente no que diz respeito às suas responsabilidades de dar condições efetivas para a atuação do Conselho.

De acordo com Cavalcante, usuários e trabalhadores de saúde entenderam que era necessário estarem atentos quanto ao risco de manipulação, por isso, tornava-se imprescindível desencadear um processo de discussão no seio desses segmentos. Destaca, ainda, a importância assumida pela percepção da sua representação como uma condição de igualdade perante os demais representantes, seja gestor ou prestador privado, todos representando parcelas significativas da sociedade.

Como conseqüências decorrentes dessa organização, a autora ressaltou: em primeiro lugar, a constatação de uma capacidade de mobilização de diferentes forças sociais e políticas, quando da discussão de temáticas consideradas relevantes. Em segundo lugar, sua organização resultou em uma intervenção com maior capacidade de argumentação, fundamentada pela legislação do SUS, apresentada por alguns de seus representantes. Por último, a compreensão da importância do próprio Conselho como uma instância de gestão de uma política pública que implica uma descentralização de poder, torna mais transparente a sua administração, ao mesmo tempo que aproxima a sociedade, por meio de sua representação, do gestor e da própria política.

Através da análise das atas, Cavalcante demonstrou o nível de capacidade interventiva de cada segmento, principalmente em relação à capacidade de liderança, intervenção em nível de apresentação e aprovação de propostas, dentro de seus segmentos. No segmento de gestor/prestador/governo, as proposições se concentraram predominantemente no gestor municipal. Já no segmento dos usuários, constatou-se uma clara divisão na apresentação de suas propostas.

No que diz respeito à capacidade interventiva-propositiva por segmento, Cavalcante constatou que o gestor municipal propôs a maior parte da agenda discutida pelo Conselho na gestão 1996-1997, mas foi o segmento dos usuários quem apresentou a maioria das deliberações aprovadas pelo colegiado.

Da análise realizada pela autora, pode-se afirmar que a presença dos usuários, enquanto segmento, fez a diferença, garantindo, pelo menos naquela instância, a democratização do debate e das decisões, conseguindo modificar propostas vindas de outros segmentos, incorporando, quando possível, suas demandas à agenda, construindo alianças, ouvindo e se fazendo ouvir.

Segundo Cavalcante, estabeleceu-se uma nítida dificuldade na composição de alianças em que se incluía usuários e gestor. O confronto de posições entre esses dois sujeitos, freqüentemente conduzia a uma disputa de interesses e posições, criando uma situação de impasse que só se resolvia através do voto; em consequência disso, houve prejuízos para o debate de questões fundamentais da política de saúde.

Em relação às alianças construídas no Conselho, a autora afirma que o eixo articulador da aliança entre trabalhadores de saúde e usuários foi a responsabilidade da busca de uma estratégia de atuação capaz de contribuir com a efetivação do SUS.

Nas entrevistas realizadas por Cavalcante, a representação dos usuários colocou-se, nessa instância, como legítimo porta-voz das necessidades da população. Como consequência, sua atuação se constituía em uma intervenção para que os interesses e demandas populares fossem considerados quando da definição da política de saúde do Município.

Já a representação dos trabalhadores de saúde concebe sua participação como muito significativa, visto que poderia contribuir com seu conhecimento técnico-profissional para a efetivação do SUS, como também por atuar diretamente com os usuários, identificando sua atuação como crescimento pessoal e profissional e de responsabilidade ao definir a política de saúde, tendo como referencial as demandas da população; além disso, destacou o caráter político e educativo da prática de conselheiro.

A representação do prestador privado assumiu também o papel de porta-voz das necessidades da população, justificado pela natureza de sua ação como prestador de serviços de saúde.

O gestor municipal destacou a importância da participação social na gestão do SUS em Maceió como uma responsabilidade compartilhada entre o poder público e a sociedade. A aproximação entre gestor e sociedade permitiu uma transparência administrativa, assim como uma maior compreensão da população ante a definição de prioridades da agenda pública, no atendimento de suas demandas sociais. A participação converte-se, dessa forma, num elemento facilitador de uma administração pública democrática.

Para a autora, está clara a disposição do gestor em propiciar a efetiva participação da sociedade na gestão do setor. Entretanto, os depoimentos dos outros segmentos evidenciaram uma contradição entre o discurso progressista e democrático e uma postura autoritária e inibidora por quem detém o poder.

A maioria dos entrevistados identificou como principais limites à sua prática a dificuldade da efetivação das deliberações tomadas pelo Conselho, por parte do Executivo, como também sobre o real poder daquela instância na estrutura da Administração; a dificuldade em dar visibilidade às ações do Conselho perante a sociedade, não sendo garantida nem mesmo a publicação de suas resoluções no *Diário Oficial* do Município⁴², e tampouco as reuniões itinerantes (nos bairros)⁴³.

Na análise de Cavalcante, no tocante aos conselheiros, apontou-se como limite a pouca autonomia de alguns em face de seus vínculos empregatícios, que incide sobre sua liberdade de intervir de forma mais propositiva e solidária e a capacidade de exercer seu papel de conselheiro.

Os avanços, identificados pelos entrevistados, referidos como mais significativos foram a elaboração de um novo regimento interno, a sala para o Conselho na sede da Secretaria Municipal de Saúde e a dotação orçamentária para despesas, entre outros.

Cavalcante conclui que há várias fragilidades acerca dessa participação e que sua relação com a sociedade não se constituiu em um vínculo orgânico no qual a população identificasse o Conselho como um aliado na defesa de suas necessidades.

Em sua análise, Cavalcante verificou que o referido Conselho assumiu um significativo espaço público de participação da sociedade, efetivando a inserção da presença popular; no entanto, naquele período foram identificados alguns fatores que limitavam a intervenção dos movimentos sociais, dentre os quais se destacaram: a precariedade da relação entre entidade/movimento e seu representante – dificultando o debate da participação no Conselho para o interior das entidades, gerando um distanciamento dessa discussão com a

⁴² Desde 1999 todas as resoluções do Conselho Municipal de Saúde são publicadas no Diário Oficial do Município.

⁴³ Até a presente data, houve apenas uma reunião itinerante no 1º Distrito Sanitário, em 2004, com pouca representatividade dos conselhos locais (conselhos gestores de saúde).

base; a qualidade da intervenção ultrapassou muito pouco seu caráter reativo; a dificuldade de administrar conflitos gerados a partir das convivências entre as diferentes forças presentes naquele órgão; a atuação do colegiado se deslocou muito pouco para outros espaços que o aproximassem da sociedade; a supermilitância dos conselheiros, usuários e trabalhadores de saúde, que além do envolvimento com suas entidades, participam de outros conselhos setoriais.

b) Passados alguns anos, Soares (2002b) também analisou o mesmo conselho municipal, com o trabalho intitulado “A Participação Social nos Conselhos de Saúde: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Maceió”.

O estudo se baseou na pesquisa documental das leis de criação, regimento interno e das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maceió, nos anos de 2001 e 2002, e na observação participante das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas, bem como de toda a dinâmica do cotidiano deste Conselho.

Alguns aspectos importantes referentes ao funcionamento do Conselho, tais como à vinculação de sua presidência à titularidade da pasta da saúde e suas competências, foram determinados na lei nº 4.023 de 2 de abril de 1991.

Esta lei homologava a primeira composição que continha oito membros e, embora este Órgão tenha surgido em um período de grande mobilização da sociedade civil e dos movimentos sociais para a criação dos conselhos de saúde, esta primeira composição não os contemplava:

- Área Governamental (federal, estadual, municipal e câmara municipal);
- Sociedade Civil (Sindicato dos Médicos, Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde de Alagoas e Conselho Regional de Medicina).

Na busca da composição preconizada na resolução nº333/CNS, várias outras leis foram homologadas posteriormente; a última foi a lei nº 4.502 de 18 de abril de 1996, pela qual o Conselho Municipal de Saúde de Maceió passou a ter 24 membros, respeitando o princípio da paridade e sendo realizados fóruns próprios para a escolha dos representantes das entidades. No entanto, a IV Conferência Municipal de Saúde (2000) deliberou o aumento de membros de 24 para 32 conselheiros, o que foi atendido no ano seguinte, sem a devida modificação da lei.

Fazendo uma média de frequência por segmento, a autora verificou que os prestadores de serviços privados foram o segmento que mais freqüentou as reuniões nesta gestão, e o Sindicato dos Hospitais fez-se presentes em todas as reuniões. Em segundo lugar, o segmento de usuários, seguido do governo e profissionais de saúde.

Ainda de acordo com Soares (2002b), só no primeiro ano dessa gestão o segmento do governo perdeu, por falta, metade de seus representantes. Os profissionais perderam 2, que, no entanto, foram substituídos pelos suplentes, que são de outras entidades. Já o segmento de usuários deixou de contar com 5 de seus representantes, havendo a substituição de alguns.

Em relação à intervenção dos conselheiros nas reuniões, a autora constatou que o segmento de usuários é o que mais intervém, fazendo solicitações diversas e questionando algum assunto em pauta. Em segundo lugar, os profissionais de saúde, seguidos pelo governo e, por fim, os prestadores de serviços privados, embora estejam presentes à grande maioria das reuniões.

A gestão analisada por Soares (2002b) foi iniciada em abril de 2001. Mais de 70% dos seus membros nunca participaram deste Órgão, representando, de fato, uma renovação na composição. Entretanto, tal renovação interferiu na atuação do Conselho onde, inicialmente, as discussões ficaram centradas em questões relativas à Estrutura e Funcionamento do

Conselho. Outro assunto também muito discutido nas reuniões, não com tanta frequência quanto o anterior, foi a Melhoria da Gestão. Houve também discussões sobre Política de Recursos Humanos, devido ao processo de implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos Funcionários da Saúde em 2002 e, ainda, Saúde Mental.

A autora verificou algumas questões de relevância como, por exemplo, o fato de o segmento do governo discutir mais sobre a Estrutura e Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, seguido da Melhoria de Gestão, Política de Recursos Humanos, Saúde Mental, Recursos Financeiros e Assistência Farmacêutica.

O segmento dos prestadores de serviços fez referências à Melhoria da Gestão em metade de suas intervenções, e também discutiu sobre Estrutura e Funcionamento do Conselho.

Já o segmento dos profissionais de saúde deteve suas discussões na Política de Recursos Humanos, Estrutura e Funcionamento do Conselho, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Assistência Médica, Programas de Saúde e Controle Social, Recursos Financeiros.

Durante a observação participante, Soares constatou que, apesar de os conselheiros da maioria dos segmentos terem uma boa participação, há um grande conflito entre usuários, profissionais de saúde e governo, na qual os primeiros se colocam contra os que fazem parte da gestão: tudo o que vem do Estado pode ser prejudicial e danoso, por isso, precisa ser fiscalizado, vigiado, para que não seja desvirtuado em nenhum momento.

Essa postura assemelha-se a que foi adotada pelos movimentos sociais na década de 70, sendo que estes não participavam da gestão, assumindo uma posição “*de costas para o Estado*”. Para Soares, não está claro, para tais conselheiros, que eles são co-gestores da

política de saúde e, pelos dados da pesquisa documental, estes exercem, embora de forma muito incipiente, influência nos rumos da política de saúde do município de Maceió.

Diante do exposto, a autora afirma que, embora o Conselho Municipal de Saúde de Maceió tenha iniciado sua nova gestão em 2001 e a maioria dos conselheiros estejam pela primeira vez neste colegiado, há uma participação real no que concerne à frequência nas reuniões e às intervenções nestas.

Neste trabalho pode ser verificado que os segmentos de usuários e trabalhadores intervêm significativamente durante as reuniões, fazendo proposições e questionamentos. Os segmentos do governo e dos prestadores de serviços privados, embora também participativos, não representam a contento suas entidades.

No entanto, foi constatado que, apesar de os conselheiros terem uma boa participação, como explicitado acima, há um grande conflito entre usuários, profissionais de saúde e governo (já identificados por Cavalcante em sua pesquisa), no qual os dois primeiros se colocam em uma postura de desconfiança em relação ao último, limitando-se sua participação à frequência nas reuniões e às intervenções nestas, sem qualquer modificação concreta na política de saúde municipal.

Além do mais, questões que pareciam ter sido superadas, devido a sua discussão durante gestões anteriores, voltam à cena na mudança de gestão. Exemplo disso é a questão da organização do funcionamento (regimento interno, sede etc.) do Conselho, que aparece no estudo de Cavalcante e que se repete no estudo de Soares, fazendo com que não se avance para discussões sobre a política de saúde municipal.

O Conselho Municipal de Saúde de Maceió é um caso bastante relevante para estudar. Em primeira análise, parece que há um efetivo controle social, porém, numa análise mais aprofundada, o que se verifica é que a maioria dos conselheiros mais participativos está

em busca de benefícios e privilégios no Conselho ou através dele, excluindo completamente a lógica da participação social⁴⁴.

As pesquisas aqui apresentadas levam a concluir que, mesmo havendo conselhos que avaliem as prestações de contas do município, que conseguem se articular com outros setores/instituições para resolver problemas de saúde locais, há também conselhos, como o de Ouro Branco e os selecionados pela pesquisa do NUSP/UFAL, que irrefutavelmente são manipulados pelos gestores para obtenção de seus objetivos.

Conselhos como os de Santana do Ipanema, Rio Largo e Maceió, mesmo com todos os seus problemas, não são comuns na realidade alagoana, o que justifica, embora parcialmente, a situação da política de saúde do estado.

Entretanto, deve-se sempre chamar a atenção para não responsabilizar essas instâncias, muito menos os representantes dos usuários nos colegiados, pela precariedade no acesso e na qualidade dos serviços prestados pelo setor, uma vez que *“a atuação efetiva desses conselhos poderia ocasionar manifestações públicas de insatisfação, mas não mudanças na estrutura da política, que é majoritariamente, ditada pelas exigências dos organismos financeiros internacionais”* (CORREIA, 2005).

3.1.4. O Conselho Estadual de Saúde de Alagoas

O Conselho Estadual de Saúde de Alagoas foi objeto de estudo em dois trabalhos específicos: o de Soares e Dias em 1999 e o de Santos e Andrade (2000). É interessante

⁴⁴ Em novembro de 2006, foi solicitado pela Comissão de Fiscalização e Ética do Conselho Municipal de Saúde o afastamento temporário de um conselheiro do segmento dos trabalhadores da saúde devido a denúncias de extorsão realizadas por uma empresa terceirizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió para a contratação de agentes comunitários de saúde. O plenário do CMS aprovou em sua 62ª reunião ordinária (21/11/06) o afastamento do conselheiro, enquanto dura a apuração das denúncias, que está sendo realizada pelo Ministério Público.

analisar como se comporta aquele que, em princípio, deve ser, pela área de abrangência, o mais atuante dos conselhos estudados nesta dissertação.

a) Soares e Dias (1999) analisaram o Conselho Estadual de Saúde de Alagoas baseando-se na pesquisa documental (leis de criação, regimento interno, atas de reuniões e a proposta de reestruturação do CES/AL) e na pesquisa de campo realizada através de entrevista semi-estruturada aplicada a 54% dos conselheiros estaduais de saúde.

Com base no resultado da pesquisa, os conselheiros entrevistados consideraram que ouviram as demandas da população e como formas de ouvir a população responderam que um dos meios para fazê-lo é nas reuniões e assembléias da entidade ou órgão que representam, através de conversas informais e também dos meios de comunicação.

Ainda segundo o resultado da pesquisa, as demandas da população são levadas ao CES/AL pela sua inclusão na pauta das reuniões, inclusive, convidando os interessados para participar das reuniões do Conselho, bem como por meio de abaixo-assinado. No entanto, a maioria dessas demandas não foram atendidas por completo.

De acordo com o resultado da pesquisa de Soares e Dias, os conselheiros estaduais de saúde consideraram que o CES intervém concretamente nas decisões e ações governamentais.

No que diz respeito à intervenção dos próprios conselheiros nas reuniões do Conselho, a pesquisa verificou que se dá ao levarem propostas ao Conselho sobre melhorias dos serviços de saúde, carências das comunidades, sobre os estabelecimentos hospitalares com escassez de recursos financeiros, sobre a apuração da aplicação desses recursos, dentre outros assuntos.

No tocante à intervenção sobre recursos financeiros da saúde, Soares e Dias obtiveram como resposta que os conselheiros intervêm na sua aplicação, ao exigirem, fiscalizarem, aprovarem balancetes, prestações de conta, notas de despesas e relatórios financeiros, acompanhando e avaliando a aplicação, participando da comissão de finanças do Conselho, direcionando os recursos para a melhoria dos serviços.

A fim de delinear mais detalhadamente a atuação do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas, Soares e Dias ainda realizaram a análise da atuação do(s) Conselho/conselheiros estaduais de saúde através de pesquisa às atas das reuniões no período de fevereiro a novembro de 1999.

Com base nos dados encontrados nas atas, constataram que o segmento do governo é o que intervinha mais nas reuniões, em sua maioria, propondo e esclarecendo. Em segundo lugar, estavam os prestadores de serviços privados, os trabalhadores da saúde e, finalmente, o segmento dos usuários.

Ainda de acordo com a pesquisa das atas, verificou-se que dentre os assuntos discutidos nas reuniões se destacaram os que se relacionavam à estrutura e funcionamento do CES/AL. O segundo assunto mais debatido no Conselho diz respeito à organização, estrutura e funcionamento dos serviços da Unidade de Emergência e de outras unidades hospitalares, considerando neste as questões referentes aos hospitais da capital e do interior, estrutura física, sistema de informações dos municípios, dentre outros. A melhoria da gestão foi o terceiro assunto mais discutido durante as reuniões, quase sempre, pelo governo e pelos prestadores de serviços privados.

Ainda podem ser verificadas algumas questões referentes à análise do CES, tais como o fato de o segmento do governo discutir mais sobre a estrutura e funcionamento do Conselho, melhoria de gestão e projetos/campanhas de saúde, em seguida, a organização,

estrutura e funcionamento dos serviços da Unidade de Emergência e unidades hospitalares e o desempenho do gestor estadual da saúde.

Observou-se também que os assuntos que os prestadores de serviços privados mais abordaram nas reuniões foram: recursos financeiros e desempenho do gestor estadual de saúde e organização, estrutura e funcionamento dos serviços da Unidade de Emergência e unidades hospitalares.

Para os trabalhadores da saúde o assunto que sobressaiu foi também a organização, estrutura e funcionamento dos serviços da Unidade de Emergência e unidades hospitalares. Já no segmento dos usuários, o debate se deu em torno do desempenho do gestor estadual e da participação de todos os conselheiros em eventos que envolveram a questão saúde.

Durante o ano de 1999, das decisões do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas poucas tornaram-se resoluções e moções, revelando os baixos indicadores da efetividade deste espaço.

Os resultados da análise das atas mostraram uma situação oposta a que foi relatada pelos conselheiros durante as entrevistas, pois constatou-se que o Conselho pouco interfere na política estadual de saúde; dentro desse espaço só há articulação entre os segmentos do governo e dos prestadores de serviços privados. Enfim, o trabalho desenvolvido pelo CES/AL ainda é muito incipiente, mesmo tendo avançado muito desde a sua criação.

Conforme as declarações obtidas nestas entrevistas, tornou-se evidente o quão incipiente é o conhecimento dos conselheiros sobre o controle social na saúde. Além disso, a análise documental verificou que os segmentos de trabalhadores e de usuários levam enorme desvantagem em relação aos segmentos do governo e dos prestadores de serviços privados no que concerne à intervenção nas reuniões, denunciando a pouca representatividade desses

segmentos, estando nas mãos do Estado, mais uma vez, a capacidade de influir e mesmo conduzir os destinos das questões tratadas no Conselho.

De acordo com as conclusões das autoras, a realidade desse órgão sempre foi muito mais de legitimação da gestão do que o contrário, esvaziando o objetivo originalmente proposto para os conselhos setoriais. Foram observadas poucas discussões calorosas e, mesmo nessas, os gestores conseguiam aprovar o que lhes interessava.

Essa legitimação da gestão ainda pode ser justificada pelo fato de que os conselheiros estavam mais preocupados em discutir assuntos do seu próprio interesse como, por exemplo, a discussão sobre recursos financeiros pelo segmento dos prestadores de serviços.

O mais grave é que os conselheiros, em sua maioria, são representantes esclarecidos, com um bom grau de escolaridade, ou seja, a legitimação dá-se de forma consciente.

b) Santos e Andrade (2000), através de pesquisas bibliográfica, documental e entrevistas aos conselheiros e às duas assessoras técnicas do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL), na época, constataram que esse Conselho não está de acordo com a resolução nº333/03 no que diz respeito à aglutinação de alguns segmentos, sendo elaborada uma proposta pela assessoria técnica para solucionar esse problema⁴⁵. Mas é respeitada a paridade em relação aos usuários.

O CES recebe apoio do governo estadual para a sua manutenção e seu funcionamento, ou seja, o governo oferece infra-estrutura e recursos humanos, no entanto, não possui dotação orçamentária própria, recebendo uma pequena verba no valor de R\$800,00/mês.

⁴⁵ Os problemas sobre o regimento interno do CES/AL foram resolvidos com a execução da proposta elaborada pela assessoria técnica citada pelas autoras.

Segundo as autoras, ainda de acordo com a resolução nº333, o Conselho possui regimento interno e o cumpre em sua quase totalidade, à exceção da elaboração da pauta das reuniões, que é feita, em sua maioria, pelo gestor.

Os depoimentos colhidos pelas autoras mostraram que as discussões no CES abordam problemáticas da política de saúde em âmbito municipal, estadual e também nacional. Entretanto, discussões muito relevantes como a avaliação do relatório de gestão — um dos requisitos exigidos pela lei nº8.142/90 para o repasse de recursos financeiros federais — parecem não ser consideradas, uma vez que, de acordo com os depoimentos, o relatório de gestão não estavam — até a época dessa pesquisa — sendo encaminhados ao Conselho no tempo correto.

Em relação ao poder deliberativo do CES foi revelado, pelos depoimentos, que o Colegiado exerce esse poder, porém alguns conselheiros não vêem esta característica totalmente efetivada porque o Conselho ainda se encontra em processo de fortalecimento.

Sobre a participação e, conseqüentemente, a socialização das informações, os conselheiros entrevistados afirmaram que há a preocupação em levar a problemática da comunidade ao Conselho e as possíveis soluções aos seus respectivos segmentos. Contudo, essa informação, segundo as autoras, foi contestada pela assessoria técnica, que revelou o desinteresse, o despreparo e a falta de compromisso dos conselheiros em relação ao CES/AL.

Santos e Andrade (2000) concluíram que a realidade do Estado de Alagoas mostra que os conselhos ainda se encontram em fase de amadurecimento, uma vez que os conselheiros não apreenderam o seu verdadeiro papel e o poder que têm em mãos.

A pesquisa de Santos e Andrade serve para confirmar o que já havia sido afirmado por Soares e Dias (1999). Segundo os depoimentos que constam na pesquisa, alguns conselheiros não o consideram efetivo e a questão do não-envio dos relatórios de gestão em

tempo hábil é um elemento crucial para essa afirmação, uma vez que a não-aprovação desse relatório pelo Conselho implica o não-repasse de recursos federais Fundo a Fundo.

Outro fato importante para a análise é a contestação da assessoria técnica — formada por assistentes sociais — em relação à articulação com a população para o envio de reclamações e o retorno de respostas por parte dos conselheiros, mostrando a limitação do Colegiado para sair dos muros institucionais.

As pesquisas revelam que os conselhos de saúde em Alagoas — local, municipal ou estadual — não se constituem em órgãos efetivos de controle social. A questão não é a falta de amadurecimento, como afirmam Santos e Andrade (2000), uma vez que, à exceção dos conselhos gestores, os demais conselhos foram criados no início da década de 90, tendo tempo para alcançar essa tal maturidade.

Verifica-se que é uma questão estrutural que diz respeito à formação dos próprios conselhos e, indo mais fundo, ao próprio Estado que, com a finalidade de abrandar os ânimos da classe trabalhadora no período de redemocratização do país, criou esses mecanismos de controle público, mas, colocou-os dentro de suas instituições e não lhes dá condições, na maioria das vezes, sequer de funcionar, imagine de exercer o controle social nas ações de saúde e dos recursos públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta dissertação serão ressaltados alguns pontos elucidadores do problema de pesquisa: qual a influência dos conselhos no direcionamento da política de saúde em Alagoas? O Estado permite uma participação social que possa vir a mudar os rumos da política de saúde no intuito de melhorar as condições de vida da coletividade?

A política de saúde no Brasil, depois de um percurso progressivo — da incipiência das campanhas emergenciais no início do século XX passou a ser direito de todos e dever do Estado, pelo menos no aspecto legal —, regrediu nas últimas décadas devido à adoção, pelo Estado, do projeto neoliberal.

A adoção do projeto neoliberal trouxe conseqüências gravíssimas para as políticas sociais no Brasil: a descentralização, a focalização e a privatização são os princípios orientadores para o governo realizar o que Lesbaupin, citado por Netto (2000), denomina de “*desmonte do social*”.

Particularmente na política de saúde é notória a sua mercantilização, com as empresas privadas prestando serviços às camadas da classe trabalhadora que podem pagar por eles. Em decorrência disso, críticos da área caracterizam esse processo como “*universalização excludente*”; para dizer de outra forma, esta política tende a fornecer meios e entidades para regulamentar e legitimar a segmentação social que já existe, utilizando, para isso, um sistema [dito] universalizante que inclui segregando na condição da cidadania (TEIXEIRA, 1996, p.69-91).

Na verdade, o que se apresenta atualmente é uma grave crise do capital em que, para recuperá-lo, a classe dominante tem buscado o “*consentimento ativo*” das classes subalternas (MOTA, 1995). É nesse aspecto que se torna necessário recuperar o conceito de sociedade civil em Gramsci para auxiliar na discussão sobre o controle social nas políticas públicas como um dos meios para a ampliação da esfera pública.

Esse controle social torna-se, então, um grande desafio para a sociedade brasileira, cujo objetivo maior seria a resistência à redução das políticas sociais, bem como à privatização e à mercantilização.

É nesse sentido também que o estudo dos conselhos setoriais e de direitos, particularmente dos conselhos de saúde, se faz necessário, uma vez que esses se constituem em espaços legais de interlocução das classes subalternas com o Estado.

Gohn (2001, p.107) destaca que o debate sobre os conselhos, como meio para o exercício da democracia, esteve presente entre setores liberais e de esquerda, mas o que há de diferente é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração pelos liberais; e como vias ou possibilidades de mudanças sociais, visando democratizar as relações de poder, pela esquerda.

A tentativa de analisar a atuação dos conselhos de saúde se deu, durante todo o trabalho, através de uma perspectiva crítica, principalmente tomando por base as concepções de Estado e sociedade civil em Gramsci.

Por isso, ainda se tentou responder as perguntas levantadas neste trabalho, ao apresentar pesquisas de importância na área dos conselhos, nas quais os próprios autores ressaltam, com muita lucidez, a influência ainda incipiente dos instrumentos de controle social nas políticas sociais.

As determinações macrossocietárias ditadas pelo capitalismo, através do neoliberalismo como saída para mais uma das crises do capital, favorecem o esvaziamento dos conselhos em seu objetivo central. Através da não-resolutividade de suas deliberações, da cooptação de alguns de seus membros, da falta de legitimidade das ações dos conselhos, bem como da falta de articulação dos conselheiros com as suas bases, o Estado mina as estruturas necessárias para a efetivação dos conselhos, os quais poderiam iniciar um processo de modificação da relação Estado/sociedade civil.

Nas pesquisas aqui analisadas se verificou que a realidade nos conselhos é a mesma, independentemente, inclusive, da esfera em que estão, havendo, apenas, uma gradação na sua atuação. Essa verificação leva a afirmar que os conselhos encontram-se esvaziados de seu propósito maior, limitando-se, na maioria das vezes, a ações meramente administrativas e burocráticas.

Não são os conselhos que conseguirão modificar a realidade, pois a questão é estrutural; não se resolverão os problemas na sociedade brasileira sem se mexer em sua base, que é o modo de produção capitalista, pois é ele quem engendra todos os problemas sociais verificados nesta sociedade.

No entanto, faz-se necessário qualificar esses espaços que são muito importantes, pelo menos, para garantir uma tentativa de interlocução entre sociedade e Estado para alcançar políticas sociais universais e de qualidade.

Particularmente em Alagoas, realidade aqui estudada, pode-se concluir que os conselhos de saúde não são efetivos órgãos de controle social. Nas pesquisas analisadas

podem ser constatados limites, tais como a falta de legitimidade, a “*febre conselhistas*”⁴⁶ e o corporativismo.

A falta de legitimidade foi constatada na maioria dos estudos realizados sobre os conselhos. Poucos conselhos são legítimos representantes da população, pois hoje carecem de maior visibilidade na sociedade, o que não está acontecendo, porque os conselheiros não conseguem sair da sala de reunião, pouco ou nada se articulando com suas bases para repassar informações. Há casos, inclusive, de entidades legalmente constituídas, mas sem legitimidade por parte da população envolvida.

A existência de diversos conselhos setoriais (saúde, educação, assistência social, criança e adolescente etc.), denominada de “*febre conselhistas*”, tem fragilizado muito esses espaços, principalmente em pequenos municípios, onde se tem uma base de representação pequena, sendo maioria no Estado de Alagoas. Desse modo, o representante do Sindicato Rural, por exemplo, participa de todos os conselhos representando aquele Sindicato; ainda tem o próprio trabalho na entidade — esse conselheiro torna-se um supermilitante e, portanto, não atua concretamente em nenhum conselho (CAVALCANTE, 1999)⁴⁷.

Um outro fator que contribui para que a prática conselhistas não seja efetiva é o excessivo corporativismo existente entre seus membros. No momento em que as entidades dos vários segmentos começam a defender interesses específicos, elas se distanciam da compreensão e do objetivo inicialmente propostos, ou seja, esquecem a questão macro que seria converter esses interesses corporativos em benefício da sociedade, tendo em vista que

⁴⁶ Elenaldo Teixeira (1996, p.16) realiza uma análise da inserção dos movimentos sociais nos conselhos setoriais: “*o desejo de ocupar todos os espaços formalmente criados fragiliza a atuação dos representantes desses movimentos*”. Para este autor, o importante é estabelecer prioridades em que os espaços devem ser ocupados “*em função das necessidades da sociedade, segundo sua possibilidade (...), ou seja, respeitando os passos que precisam dar para que sua representação não seja meramente formal*”.

⁴⁷ Cavalcante, M. P. Oficina de Estudo: “Representatividade e Legitimidade no Conselho de Saúde. Maceió, Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (transcrição de fitas), 1999.

estes deveriam estar direcionados para as metas da universalidade, integralidade, equidade, entre outras, do Sistema Único de Saúde.

Além disso, são inúmeros os indícios de que os conselhos de saúde são freqüentemente manipulados, servindo, exclusivamente, à legitimação da gestão. Muitos dos conselhos são, inclusive, formados por familiares e amigos dos gestores em vários dos municípios, principalmente, no interior do estado.

Por isso é importante desmistificar alguns pontos relevantes sobre a atuação dos conselhos de saúde e que podem ser verificados em todas as pesquisas. Em primeiro lugar, a importância dada às capacitações é pertinente, devido ao auxílio que fornece aos conselheiros para o entendimento dos assuntos a serem abordados nas reuniões, como, por exemplo, o plano municipal ou estadual de saúde e a prestação de contas. No entanto, não há como confirmar, verdadeiramente, seu impacto, uma vez que o mandato dos conselheiros tem a duração de dois anos, podendo ser prorrogado por mais dois, havendo, por isso, uma grande rotatividade nos assentos dos colegiados, como constatou a pesquisa realizada pelo Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Alagoas — realizada alguns anos após uma série de capacitações de conselheiros de saúde.

Além disso, o que foi verificado é que a capacitação — apontada em todas as pesquisas como um dos principais elementos facilitadores para o exercício efetivo do controle social — melhorou a atuação dos conselheiros capacitados em relação aos não-capacitados, no entanto, não conseguiu fazer com que fossem provocadas modificações significativas nos conselhos pesquisados nem na política de saúde⁴⁸.

Em segundo lugar, a efetividade, importante categoria analítica em se tratando de conselhos, é atingida parcialmente pelos conselhos, conforme as pesquisas analisadas.

⁴⁸ A substituição de conselheiros capacitados e o grande intervalo de tempo entre a capacitação e a realização da pesquisa foram apontados como alguns dos motivos para o resultado negativo do impacto na atuação dos conselheiros na política de saúde local.

Verifica-se, entretanto, que esta não foi alcançada nem de forma parcial, se for considerada como capacidade de influir concretamente nas ações governamentais.

O que se viu nas pesquisas foi a conquista de respostas a deliberações que diziam respeito ao âmbito burocrático, tais como a organização interna dos conselhos, unidades e secretarias de saúde. Os avanços obtidos pelo exercício do controle social na política de saúde não passaram da resolução de problemas administrativos.

Por fim, mas não menos relevante, é que na maioria das pesquisas analisadas pôde ser verificada uma grande responsabilização da população pelo não-funcionamento dos conselhos, como se a participação dos usuários, de forma efetiva, pudesse fazer com que esses espaços de controle social viabilizassem alguma mudança significativa na política de saúde.

Da mesma forma, outro segmento que sofre a responsabilização, dentro e fora dos conselhos, é o de profissionais de saúde. Nas informações colhidas nas pesquisas falta empenho/comprometimento dos funcionários das unidades e secretarias de saúde. Em sua maioria, o profissional de Serviço Social⁴⁹ é identificado, por usuários, gestores e até outros trabalhadores da saúde, como um dos elementos fundamentais para o êxito no funcionamento desses órgãos. Dessa forma, quando os conselhos contam com o assistente social e não funcionam, a culpa recai sobre esse profissional.

A culpabilização desses sujeitos — usuários e profissionais de saúde — é uma forma de desresponsabilizar o Estado pelo fracasso da maioria dos conselhos, uma vez que a participação efetiva desses não garante o funcionamento dos conselhos de saúde, e também porque a falta de resolutividade das deliberações é que leva à desmotivação de usuários e profissionais. Entretanto, vale sempre lembrar que a resolução das deliberações só poderá

⁴⁹ Embora não seja objeto de estudo, foi verificada em algumas pesquisas a análise da influência da atuação do Assistente Social (seja como conselheiro ou como assessor técnico) sobre o funcionamento dos conselhos de saúde.

garantir uma maior participação nos colegiados, e não mudanças na política, muito menos, na sociedade.

Sendo assim, mesmo que sejam sanados todos os problemas, limites e dificuldades apontados nesta dissertação, torna-se quase imperativo afirmar que os conselhos não atingirão os seus objetivos porque, quando a população estiver realmente capacitada e consciente de seus direitos, reivindicando melhorias na política de saúde e até estendendo suas reivindicações para outras políticas, o Estado tratará de criar formas de neutralizá-la, iniciando pela participação institucionalizada.

Ainda deve se acrescentar que, apesar dessas evidências, há de se ressaltar a importância da manutenção e preservação desses espaços na sociedade brasileira — possuidora de uma cultura de desmandos no poder público —, para que seja garantida, pelo menos, a interlocução entre a sociedade civil e o Estado.

Sendo assim, os conselhos se constituem em formas de resistência, mesmo nos limites da sociedade capitalista, para a manutenção e luta pela ampliação da esfera pública, mas precisam de acompanhamento sistemático e, principalmente, não perder de vista que o objetivo de se fortalecer a esfera pública através de instrumentos como esse servirá como exercício para a construção de lutas extra-institucionais e extra-estatais, visando iniciar, de fato, um processo transformador desta sociabilidade.

Contudo, mesmo defendendo a manutenção desses espaços de interlocução entre Estado e sociedade, e estando ciente de que não se chegará a nenhuma mudança significativa através de meios institucionais, é necessário que seja urgentemente revista a forma de organização e atuação dos conselhos. Isso para que eles possam ter visibilidade e sejam, de fato, legítimos representantes da classe trabalhadora — no que concerne aos segmentos dos usuários e profissionais de saúde — e para que os conselheiros não percam de vista que o

controle social dentro da estrutura estatal é cercado de limites, sendo imprescindível a busca de outros meios alheios ao Estado para a resistência e a luta por uma sociedade mais justa e igualitária, porque a história comprova que são muitas as manobras utilizadas pelo Estado para coibir a participação da sociedade nas decisões que a envolvem.

Enfim, concluída esta dissertação, acredita-se que a crítica realizada aos instrumentos de controle social trará elementos que ajudarão na elucidação da razão dos problemas a eles concernentes. Espera-se que tal análise sirva de base para a discussão da temática e para o enriquecimento do debate dessas instâncias deliberativas na atual conjuntura, tanto para os estudiosos que enveredaram por essa área, quanto para os próprios conselheiros — representantes de camadas das classes subalternas —, enquanto meio de prover estes sujeitos de subsídios relevantes a sua sobrevivência no contexto político.

REFERÊNCIAS:

ALAGOAS. Núcleo de Saúde Pública. Universidade Federal de Alagoas. Divisão de Informação, Educação e Comunicação. Secretaria do Estado de Saúde. **Avaliação de Impacto do Projeto de Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS.** Universidade Federal de Alagoas, 1998. Relatório de Pesquisa.

ANDERSON, P. Balanço no Neoliberalismo. In: SADER & GENTILLI. (Orgs.) **Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ARAÚJO, S. O. S. de. **Gestão Democrática?** Os desafios de uma gestão participativa na educação pública em uma sociedade clientelista e oligárquica. Maceió: EDUFAL, 2007.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** Brasília: IEC, 1994. p.29-37.

BOLSA FAMÍLIA. www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/municipal/distribuicao_servicos_cidadao/bolsa_familia/saiba_mais.asp. Acesso em 6 de janeiro de 2007.

BRANDÃO. A. A. Liberalismo, neoliberalismo e políticas sociais. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE.** São Paulo, Ano XII. N. 36, p. 84-101,1991.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).

BRASIL. **Lei Nº 8.142**, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS de 1991.** Brasília, 1991.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS de 1993**. Brasília, 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS de 1996**. Brasília, 1996.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 333**. Brasília, 2003.

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002. 254p.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A SAÚDE NO BRASIL: reforma sanitária e ofensiva neoliberal In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p.197-215.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. de O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **SER SOCIAL**: revista do Programa de Pós-graduação em Política Social/Universidade de Brasília, nº10, p.57-92, Janeiro a Junho de 2002.

CAMPOS, E. B.; MACIEL, C. A. B. Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo: Ano XVIII, N. 55, p. 143-55, 1997.

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

CARVALHO, C. P. de. **Economia Popular**: uma via de modernização para Alagoas. 2ª ed. Maceió: EDUFAL, 2007. 126p.

CAVALCANTE, M. P. **Participação Social na Gestão do SUS em Maceió**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 1998.

_____. **Representatividade e Legitimidade no Conselho de Saúde**. Maceió, Conselho Estadual de Saúde de Alagoas, 1999. Oficina de Estudo para Conselheiros Estaduais de Saúde. (fita cassete). 2 fitas. Estéreo.

CONIL, E. M. (et. all). Políticas públicas e estratégias urbanas: o potencial político dos Conselhos de Saúde na construção de uma esfera pública democrática. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo: Ano XVI, N. 49, p. 98-116,1995.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Saúde: Descentralização e Democratização In **Textos Técnicos para Debates. III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas**. CES / SESAU / AL, 1996.

_____. **A Relação Estado/sociedade e o Controle Social na Saúde**. Mimeo. Universidade Federal de Pernambuco, 1997a. 11p.

_____. **O Controle Social sobre a Política de Saúde e seus Recursos**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1997b.

_____. **Que Controle Social? os Conselhos de Saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 164p.

_____. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2005. 329p.

COHN, A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN & ELIAS. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3ª ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999. p.13-57.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: Um estudo sobre seu pensamento político**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 320p.

_____. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira In: COUTINHO, C. N. NOGUEIRA, M. A. (Orgs.). **Gramsci e a América Latina**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. p.103-27.

_____. **Gramsci e a Sociedade Civil**. Disponível em:< <http://www.gramsci.org/>> Acesso em: 20 nov. 2003.

DIAS, E. F. Sobre a Leitura dos Textos Gramscianos. In: DIAS, E. F. (et. all.). **O Outro Gramsci**. São Paulo: Xamã, 1996b. p. 105-22.

_____. **O Pensamento de Gramsci e a Política Brasileira.** Texto produzido para o I Ciclo de Estudos Gramscianos. UFAL, dezembro de 2004b. Mimeografado.

DRAIBE, S. M. **As Políticas Sociais e o Neoliberalismo.** Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo. Revista USP. Coordenadoria de Comissão Social (CCS), n. 17, mar/abr/maio de 1993. p.86-101.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 208p.

FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico:** Elaboração e Formatação. Explicitação das Normas da ABNT. 14. ed. Porto Alegre: s.n., 2006.

GOHN, M. da G. O novo associativismo e o terceiro setor **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE.** São Paulo, Ano XIX, N. 58, p. 09-23,1998.

_____. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica.** São Paulo: Cortez, 2001. 120p. (Coleção Questões de Nossa Época, v. 84).

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976. 444p.

_____. **Cadernos do Cárcere.** Traduzido por C. N. Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. Vol. 1.

_____. **Cadernos do Cárcere.** Traduzido por C. N. Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. Vol. 3.

GRUPPI, L. **Tudo Começou com Maquiavel.** 10ª ed. Porto Alegre: L&PM Editores Ltda. 1980. 93p.

GUIMARÃES, J. **Democracia e Marxismo:** crítica à razão liberal. São Paulo: Xamã. 1998. 278p.

<<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 13 de novembro de 2007.

<<http://www.pnud.org.br/indicadores/index.php>>. Acesso em 13 de novembro de 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 10^a ed. São Paulo: Cortez, {Lima, Peru}: CELATS, 1995. 380p.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis.** N.3, ABEPSS, 2001. p.09-32.

Jornal Gazeta de Alagoas, 11 de novembro de 2007.

Jornal Gazeta de Alagoas, 08 de novembro de 2007.

LACERDA, E. (et. all.) **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: Textos técnicos para conselheiros municipais de saúde/NESP,** 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

LAURELL, A. C. La logica de la privatizacion en salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de Saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

LESBAUPIN, I. Hegemonia Neoliberal, Democracia em Declínio e Reação da Sociedade Civil. In: LESBAUPIN, I; STEIL, C. A.; BOFF, C. **Para entender a conjuntura atual.** Petrópolis: Vozes, 1996. p.9-36.

MACEIÓ. **Ata da 62ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Maceió.** 21 de Novembro de 2006.

MACEIÓ. **Ata da 2ª Reunião Extraordinária do Conselho Gestor da Unidade de Saúde Dr. Paulo Leal de Melo.** 11 de Abril de 2007.

MENDES, E. V. Distrito Sanitário: **O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2^a ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MONTAÑO, C. E. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e terceiro setor em questão. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE.** São Paulo, Ano XX, N. 59, p. 47-79, 1999.

_____. Reforma do Estado e “Terceiro Setor” In: AMARAL & TRINDADE (Orgs.). **Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais.** Maceió: EDUFAL, 2001. p. 15-45.

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. São Paulo: Cortez, 1995. 248p.

NASCIMENTO, C. R.; BRANDÃO, K. K. C. de A.; LIMA, R. R. **A representatividade pela via comunicacional nos Conselhos Locais de Saúde do Município de Maceió – AL**. Monografia (Especialização em Gestão e Controle Social de Políticas Públicas), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2003. 77p.

NETTO, J. P. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. FHC e a Política Social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, I. **O Desmonte da Nação: balanço do governo FHC**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 75-89.

O JORNAL, 21 de fevereiro de 2006.

O JORNAL, 10 de janeiro de 2007.

O JORNAL, 18 de fevereiro de 2007.

O JORNAL, 24 de outubro de 2007.

O JORNAL, 25 de outubro de 2007.

O JORNAL, 26 de outubro de 2007.

O JORNAL, 11 de novembro de 2007.

OLIVEIRA, C. H. de; SILVA, E. P. da; SANTOS, T. M. dos. **CONTROLE SOCIAL**: a participação popular no Conselho Gestor da Unidade de Saúde da Família – João Sampaio. TCC. (Graduação em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2003. 52p.

OLIVEIRA, D. G. de; CAROZO, J. P. G.; SILVA, L. C. G. **A EFETIVAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURO BRANCO – ALAGOAS, NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE LOCAL, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2003 A SETEMBRO DE 2006**. Monografia (Especialização em Vigilância à Saúde), Faculdade de Medicina/ Núcleo de Saúde Pública. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2007. 51p.

OLIVEIRA, V. R. Política de Assistência no Brasil. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo, Ano X, N. 31, p. 98-118, 1989.

OLIVEIRA, F. de. Neoliberalismo à Brasileira. In: SADER & GENTILI (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 24-37.

POSSAS, C. A. A Articulação Público-Privado e o Cuidado com a Saúde dos Pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 49-63.

Programa Bolsa Família. Benefícios e Condiçionalidades. www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/beneficios-e-contrapartidas. Acesso em 05 de janeiro de 2007.

Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-especial/programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil-peti>>. Acesso em 7 de fevereiro de 2008.

RAICHELIS, R. Desafios da Gestão Democrática das Políticas Sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, p. 59-70, 2000.

RICO, E. de M. O Empresariado, a Filantropia e a Questão Social. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo, Ano XIX. N. 58, p. 24-40, 1998.

RODRIGUEZ NETO, E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas In: LACERDA, E. (et. all.) **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: Textos técnicos para conselheiros municipais de saúde/NESP**, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 07-17.

SANTOS, C. I. C. dos; BRASIL, E. M. D. **Elaboração de Trabalhos Técnico-Científicos**. UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS. São Leopoldo, 2006. 74p.

SANTOS, J. de Q. C. dos; ANDRADE, M. L. P. **A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA SOCIAL: um estudo da política de saúde no Brasil com ênfase no Conselho Estadual de Saúde de Alagoas**. TCC. (Graduação em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2000. 50p.

SANTOS, W. G. dos. **A Práxis Liberal e a Cidadania Regulada**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998. p. 63-114.

SILVA, A. S. da; PADILHA, T. M. **CONTROLE SOCIAL: conselho gestor da saúde pública (PAM – Bebedouro)**. TCC. (Graduação em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2003. 38p.

SILVA, G. C. N. da; CAROZO, J. P. G.; FRAGOSO, S. M. da S. **A Participação Social no Sistema Único de Saúde no Município de Maceió – AL**. TCC. (Graduação em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2005. 100p.

SILVA, I. M. F. **Os Conselhos de Saúde no Contexto da Transição Democrática: um estudo de caso**. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo, Ano XVIII, n.55, p. 156-73. 1997.

SILVA, S. N. **O Conselho Municipal de Rio Largo – um estudo de caso sobre a participação social na política de saúde municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000. 118p.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2004. 281p.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. M. **Pobreza e Participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso**. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo, Ano XXII. N. 66, p. 145-64, 2001,

SOARES, J. da S.; DIAS, M. L. da S. **A Efetividade do Controle Social no Conselho Estadual de Saúde de Alagoas: um estudo de caso no período de fevereiro a novembro de 1999**. TCC. (Graduação em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 1999.

SOARES, J. da S. **Controle Social na Política de Saúde**. **Cadernos de Textos da IV Conferência Estadual de Saúde de Alagoas – IV COESA**. Maceió, novembro de 2000, p.35-37.

_____. **O Controle Social e a Política de Saúde**. In: AMARAL, M. V. B.; TRINDADE, R. L. P. (Orgs.). **Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais**. Maceió: EDUFAL, 2001, pp. 153-64.

_____. **Avaliando os Conselhos de Saúde**. **Revista do SASEAL**. Maceió, Ano 3, maio de 2002a. 29-32p.

_____. **A Participação Social nos Conselhos de Saúde:** um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Maceió. Monografia (Especialização em Gestão e Controle Social de Políticas Públicas), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2002b. 45p.

SOUZA, A. M. F.; CAVALCANTE, E.T. **A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AO CONTROLE SOCIAL NO SUS:** estudo de caso da atuação do Serviço Social na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. TCC. (Graduação em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2000. 54p.

TEIXEIRA, E. C. Movimentos Sociais e Conselhos. **Cadernos ABONG**, São Paulo, n. 15. 1996. p.1-19.

TEIXEIRA, S. F. Paradigmas da Reforma da Seguridade Social: liberal produtivista versus universal publicista. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.69-91.

_____. **Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária**. 1995. p.25-44.

_____. **Sobre o Conceito de Sociedade Civil**. Maceió: EDUFAL, 1989. 23p.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação Popular e Saúde**. 2^a ed. Petrópolis: CDDH/CEPEL. 1991. 43p. (Coleção Saúde & Educação).