



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

SABRINA DA SILVA VIANNA

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO MECANISMO DE
CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DE
ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS: ESTUDO DE CASO**

Salvador
2015

SABRINA DA SILVA VIANNA

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO MECANISMO DE
CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DE
ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS: ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

**Salvador
2015**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

V617 Vianna, Sabrina da Silva.
O Conselho Municipal de Saúde como mecanismo de controle Social da política de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: estudo de caso/ Sabrina da Silva Vianna.– Salvador, 2015.
117 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

1. Conselho Municipal de Saúde – CMS 2. Controle Social
3. Política - Saúde Mental I. Título.

CDU 364.444

TERMO DE APROVAÇÃO

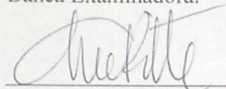
SABRINA DA SILVA VIANNA

“O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO MECANISMO DE
CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO
INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO”

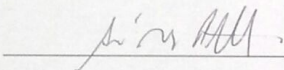
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 19 de fevereiro de 2015.

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta – Orientadora (UCSal/Orientadora)



Prof. Dr. André Alves Portella – UCSal



Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado – UFBA

Dedico este trabalho a todos que acreditam no respeito ao próximo, ao princípio da dignidade da pessoa humana, na democracia e na cidadania.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela sua presença todos os dias em minha vida e pela oportunidade de ter iniciado e concluído esse período de estudos.

A minha querida mãe, Francisca, que tanto contribui com a minha formação, fazendo-se presente em todos os momentos e torcendo pelo meu sucesso.

Ao meu pai, Hélio, que mesmo no céu, zela pela minha felicidade.

Ao meu futuro marido Sérgio, que com imenso prazer conheci neste curso e que me ajudou em todos os momentos me apoiando com muito carinho e ao seu filho Bento que sempre trouxe alegria nos momentos do “tec” “tec” (expressão utilizada por ele para designar o barulho do teclado, enquanto digitava o trabalho). Amo vocês!

A minha orientadora, professora Ana Maria Fernandes Pitta, pela atenção e dedicação oferecidas durante a construção deste trabalho. Muito obrigada, pelo amparo em todos os momentos!

À coordenação do curso com a professora Ângela Borges, todos os professores e demais funcionários da Universidade pelo ensino, organização e bons serviços prestados.

A todos os colegas do curso de Mestrado e aos meus amigos de infância, Daniele, Fábio e Priscila pela sincera amizade nos momentos mais difíceis para a concretização deste trabalho.

Todos são muito especiais! Muito obrigada.

É a democracia a verdadeira responsável pela pacífica coexistência entre a igualdade e a liberdade (Alexis de Tocqueville, 1977).

RESUMO

O objeto de estudo é a atuação do Conselho Municipal de Saúde - CMS, trazendo uma reflexão sobre a sua dinâmica e desafios de controle social e participação social, já que a atividade é de grande relevância ao controlar a atuação municipal na gestão de políticas de saúde. Os conselhos municipais de saúde se constituíram no país por volta de 1990, como novo instrumento democrático de participação popular. Diante disso, faz-se necessário investigar o seu nível de atuação, buscando identificar o seu alinhamento com os princípios do Sistema Único de Saúde e de que forma a atuação do Conselho possibilita a inclusão dos usuários na proposta de cidadania. Então, a partir da análise do papel garantidor que exerce o Conselho no controle social de uma política de saúde específica, qual seja a Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, é possível compreender a relação entre Estado e Sociedade. Nesse sentido, o objetivo geral é analisar como esse conselho vem discutindo essa política diante das demandas atuais, possuindo como objetivos específicos, compreender a relação entre Estado e Sociedade, verificar como se discute essa política específica e identificar a participação dos conselheiros no CMS. Assim, o estudo de caso do CMS buscou analisar todas as suas dimensões, caracterizando-se um estudo exploratório-explicativo, de cunho teórico-empírico, que confrontou os referenciais teóricos e documentais com as informações coletadas por meio da pesquisa de campo, com a aplicação de entrevista semiestruturada e questionários aos conselheiros, favorecendo a análise qualitativa dos resultados através da análise de conteúdo. A partir deste estudo de caso foi possível inferir o desconhecimento da legislação pelos conselheiros e pela sociedade, bem como de seu funcionamento, o que traz dificuldades no exercício do controle social, comprometendo o mecanismo de democracia participativa que deveria incluir o cidadão como participante efetivo das políticas de saúde através do poder de fiscalização e deliberação conferido ao CMS pela Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Conselho; Controle social; Política; Saúde.

ABSTRACT

The object of study is the work of the Municipal Health Council - CMS, bringing a reflection on the dynamics and challenges of social control and social participation, since the activity is of great importance to control the municipal performance in health policy management . The municipal health councils were formed in the country by 1990, as a new democratic instrument of popular participation. Therefore, it is necessary to investigate the level of activity in order to identify their alignment with the principles of the Unified Health System and how the Council's action enables the inclusion of users in the proposed citizens. Then, from the analysis of the guarantor role it plays the Council in the social control of a specific health policy, namely the Mental Health Policy and Integral Attention to Users of Alcohol and other Drugs, you can understand the relationship between state and society. In this sense, the general objective is to analyze how this advice has been discussing this policy in the face of current demands, having specific objectives, understand the relationship between state and society, as discussed verify that specific policy and identify the participation of directors in the CMS. Thus, the case study of CMS sought to analyze all its dimensions, featuring an exploratory explanatory study of theoretical and empirical nature, which confronted the theoretical and documentary references to the information collected through field research, with the semi-structured interviews and questionnaires application to directors, favoring qualitative analysis through content analysis. From this case study it was possible to infer the ignorance of the law by the members and society as well as its operation, which brings difficulties in the exercise of social control, undermining the participatory democracy mechanism that should include the citizen as an effective participant in the health policies through monitoring power and determination given to CMS by the Federal Constitution of 1988.

Keywords: Council; Social control; policy; Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENTORPECENTES

CONAD – CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS

FESBA – FUNDO ESTADUAL DA SAÚDE DA BAHIA

LOAS – LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

MDS- MINISTÉRIO DA SAÚDE

SISNAD – SISTEMA NACIONAL ANTIDROGAS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	11
1. DEMOCRACIA, CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL:	14
1.1 A RESERVA DO POSSÍVEL E O MÍNIMO EXISTENCIAL	29
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	34
2.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEU CONTROLE	50
3. OS CONSELHOS DE SAÚDE	59
3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS (RESOLUÇÃO 466/2012 E NORMA OPERACIONAL 001/2013)	65
3.2 PERCURSO METODOLÓGICO	66
3.2.1 Pesquisa bibliográfica	68
3.2.2 Pesquisa documental	68
3.2.3 Pesquisa etnográfica: observação direta, entrevista e questionário	69
3.2.4 Análise dos dados	71
3.3 RESULTADOS	73
3.3.1 Categoria de análise 1: Composição, funcionamento e estrutura do CMS	73
3.3.2 Categoria de análise 2: Controle social x Participação social	82
3.3.3 Categoria 3: A discussão da Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários De Álcool e outras Drogas pelo CMS: Dificuldade na discussão de assuntos técnicos e de transcendência a interesses pessoais	85
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	100
Anexos	

APRESENTAÇÃO

Trata-se de estudo de caso de um Conselho Municipal de Saúde como mecanismo de controle social da Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Os conselhos municipais de saúde se constituíram no país por volta de 1990, como instrumento democrático de participação popular no acompanhamento, avaliação e discussão das políticas de saúde. Por ser uma inovação trazida pela Constituição Federal de 1988, o seu funcionamento não tem sido devidamente conhecido pela população em geral. Dessa forma, faz-se necessário investigar o seu nível de atuação, buscando identificar o seu alinhamento com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e de que forma sua atuação possibilita a inclusão dos usuários na proposta de cidadania.

Então, a partir da análise do papel garantidor que exerce o Conselho Municipal de Saúde (CMS) no controle social de uma política de saúde específica, é possível compreender a relação entre Estado e Sociedade.

Nesse sentido, levantam-se alguns questionamentos. Os conselheiros do CMS conhecem o funcionamento, normas, diretrizes e princípios do CMS? Qual o papel do CMS na Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas? De que forma a atuação do CMS no controle social dessa política possibilita a inclusão desse usuário como cidadão?

Os estudos realizados até então, em sua maioria em nível nacional, nos impõe por foco no que ocorre no âmbito municipal, observando-se como se dá o controle social através do CMS.

Com o efeito de buscar essas respostas, o estudo tem como objetivo geral analisar como o CMS, enquanto instituição de controle social, vem discutindo a

Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas diante das demandas atuais e com o objetivo de compreender a relação entre Estado e Sociedade, a partir do controle social exercido pelo Conselho, verificar como o CMS vem discutindo a Política de Saúde Mental e Integral de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, bem como identificar a participação do representante dos usuários portadores de neuropatologias e transtornos mentais e dos conselheiros representantes do governo no CMS.

Assim, dentro desse contexto apresentado, se mostrou relevante no desenvolvimento da pesquisa, a necessidade de se explorar o fenômeno do controle social, estabelecendo quais os seus mecanismos e definindo as suas características para compreender o processo de participação popular no Conselho, já que a sua atividade é de grande importância, por controlar a atuação estatal na gestão da política de saúde.

INTRODUÇÃO

Nas décadas de setenta e oitenta, após a ditadura militar, o Brasil passou por um lento processo de redemocratização que culminou com a exigência da sociedade por uma nova constituição democrática. Os movimentos sociais na luta pela democratização do Brasil conseguiram grande expressão através da promulgação da Constituição Federal de 1988. Esta Constituição, a mais democrática e participativa no país, que ganhou a referência de “Constituição Cidadã”, serviu como marco regulatório da participação da sociedade civil nos assuntos do governo, instituindo novos cenários para a efetivação dos direitos dos cidadãos.

A partir da Constituição Federal, principalmente com a participação do Movimento Sanitário Brasileiro, houve uma formalização legislativa para a construção do projeto de saúde pública que resultou no Sistema Único de Saúde – SUS, pautado numa gestão democrática, participativa e descentralizada, conforme preceitua o art. 196 da CF de 1988, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas para a redução do risco de doença com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,

proteção e recuperação.

Com isso, foi reconhecido aos Conselhos de Saúde um papel fundamental na fiscalização, gestão e avaliação das políticas de saúde implementadas pelo Estado, através do controle social exercido pela sociedade, com a finalidade de garantir à população um serviço de saúde com qualidade e adequada às suas necessidades. Dessa forma, analisar a participação da sociedade civil nesses novos espaços de discussão constitui um fenômeno que traz novos desafios para que se possa compreender a constituição das sociedades democráticas, a emergência do sentido de cidadania e do controle social.

A partir desse cenário, vê-se que a sociedade precisa se mobilizar para o fortalecimento do sistema de saúde, como um sistema público, através do debate das demandas da população nos espaços com essa destinação, como o Conselho Municipal de Saúde estudado.

Nesse sentido, a presente pesquisa amplia as formulações teóricas sobre o problema, além de contribuir na avaliação das dificuldades enfrentadas pela sociedade para ter uma participação mais efetiva nos planos de governo e de verificar a possibilidade de sugerir modificações no âmbito da atuação do CMS.

O aprofundamento do conhecimento através da pesquisa do CMS proporciona uma visão mais ampla do controle social, tanto numa perspectiva histórica, social e jurídica, quanto na prática da participação popular. Assim, é possível uma maior articulação do conhecimento, possibilitando um entendimento global sobre os conselhos e em especial o CMS, contribuindo a pesquisa com o enriquecimento do tema a ser abordado.

Ao conjugar os conhecimentos jurídicos com os conhecimentos sociais propostos pelo objeto de estudo, é superada a fragmentação do conhecimento, favorecendo uma nova formação global. Atualmente, um profissional na área de humanas deve buscar ampliar o espectro do conhecimento através de uma formação sólida que fortaleça a missão última de servir à sociedade rumo a plena cidadania e atuar no âmbito das políticas públicas torna-se imperativo.

O que ocorre é que apesar de haver uma garantia legal da participação da sociedade civil nos conselhos de saúde, essa garantia ainda é muito recente e a população não está habituada a exercer plenamente seus direitos de cidadão. Não há tradição participativa e exercício prático, assim à medida que a política de saúde não vem sendo efetivada, exibindo um mau funcionamento dos serviços, má gestão,

falta de recursos públicos, a sociedade também negligencia o seu papel de exigir o cumprimento da Lei, permitindo que a situação se perpetue.

Assim, torna-se necessário aprofundar o estudo do Conselho de modo a qualificar o processo participativo de uma sociedade que por muitos anos esteve excluída das decisões políticas, partindo do estudo de caso do CMS, confrontando os referenciais teóricos e documentais com as informações coletadas por meio da pesquisa de campo, favorecendo a análise qualitativa dos resultados.

1. DEMOCRACIA, CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL

Primeiramente, se faz necessário propor a reflexão sobre o controle social, que perpassa pelo estudo da cidadania e da relação contraditória entre os processos democráticos e o capitalismo, identificando o papel do Estado e da Sociedade em diferentes momentos históricos.

No passado, as sociedades mais avançadas, passaram por uma fase de ‘hipertrofia do mercado’, depois, numa segunda fase, um equilíbrio com o ‘Estado-providência’; e por último, uma fase de re-hegemonização do mercado, com uma diminuição da intervenção do Estado na economia.

A teoria política liberal é a expressão desta primeira fase, distinguindo o Estado da sociedade civil, na medida em que o Estado era visto como um sujeito garantidor da segurança da vida (Hobbes) e da propriedade (Locke) dos indivíduos, com relação aos seus interesses particulares, segundo regras naturais da propriedade e do mercado, que seriam as regras da sociedade civil. Como os cidadãos seriam autônomos e livres, o Estado só poderia agir com o consentimento deles, em virtude de uma obrigação assumida pelo contrato social (BOAVENTURA, 2000, p. 237).

Nesse sentido, autores clássicos, como Hobbes, Locke e Rousseau, defensores do “contratualismo”, conceituavam sociedade civil como a sociedade política que se contrapunha ao Estado, o responsável pela manutenção da organização da sociedade através de um contrato social firmado entre eles. Para Hobbes, o Estado possuía o poder absoluto para controlar os indivíduos da sociedade. Já Locke limitava o poder do Estado com relação ao direito da propriedade e da liberdade dos indivíduos que eram considerados direitos naturais, enquanto Rosseau atribuía poder ao povo de controlar o Estado, pois o poder

executivo tinha tendência a agir contra a vontade do povo que era soberana.

Pela teoria liberal a concepção da sociedade civil era monolítica, em que o mundo do associativismo voluntário e todas as associações representariam de igual modo o exercício da liberdade, da autonomia dos indivíduos e seus interesses. Clubes, associações, empresas eram consideradas manifestações equivalentes de cooperação, de participação e de voluntarismo (BOAVENTURA, 2000, p. 239).

A sociedade civil e o Estado eram caracterizados por uma tensão entre os seus agentes, sendo o mecanismo regulador do Estado, a cidadania, que por um lado deveria limitar os seus poderes e, por outro, universalizar e igualizar as particularidades dos sujeitos de modo a facilitar o controle social das suas atividades. A cidadania neste estágio abrangia exclusivamente a cidadania civil e política com o seu exercício centrado no voto e quaisquer outras formas de participação política eram excluídas ou desencorajadas (BOAVENTURA, 2000, p. 238-240).

O processo de naturalização e reificação social ficaram latentes neste período, surgindo Marx para oferecer resistência à forma de organização social da produção, identificando que a organização política e a subjetividade individual no capitalismo eram ilusões utilizadas para manter a reprodução das relações capitalistas. Assim, Marx contrapunha o sujeito Estado liberal à classe operária (BOAVENTURA, 2000, p. 241).

O avanço da sociedade no sentido de industrializar-se, fez o Estado passar por mudanças que promoveram uma falta de articulação entre o posicionamento do Estado e da sociedade, havendo uma dominação de uma classe sobre a outra. A expressão controle social que era vista como resultado da solidariedade e de integração social se modificou para ser vista como o resultado de práticas de dominação organizadas pelo próprio Estado.

O crescimento econômico e o desenvolvimento da sociedade salarial exigiu o surgimento de um elemento mediador para que se estabelecesse um equilíbrio. Surge então, o Estado social para garantir a proteção social, manter o equilíbrio da condição econômica e regular as relações entre os parceiros sociais. Segundo Castel (2005), tinha-se uma valorização do papel do Estado como o ator de resolução dos conflitos obrigando os parceiros no cumprimento dos compromissos. Então, a classe operária, através de lutas por mudanças, impulsionava a obrigação política horizontal entre indivíduos com base numa solidariedade participativa,

fazendo surgir o segundo período do capitalismo, o capitalismo organizado.

O Estado passou a incorporar certas demandas dos trabalhadores, devido ao crescimento do movimento operário que ocupou espaços políticos importantes, fazendo crescer a conquista de direitos políticos e sociais. Isso ocorreu como reação à crise do processo de acumulação capitalista do início da década de 30 e o medo da difusão do comunismo. A solução para esse cenário foi apresentada pelo Keynesianismo que previa um Estado mais intervencionista como gerador de pleno emprego e promotor de maior igualdade social, com a instituição de políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, 67-8).

Keynes questionou a condução da política econômica da época, segundo a qual a oferta criaria sua própria demanda, impossibilitando uma crise geral de superprodução, sendo a economia capitalista auto-regulável. Caberia ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, realizando investimentos, nos períodos de depressão como estímulo à economia. Nessa intervenção do Estado, caberia também o incremento das políticas sociais, formando os pilares teóricos do desenvolvimento do capitalismo pós-segunda guerra mundial.

O Estado-providência no molde Keynesiano é a institucionalização da responsabilidade do governo de um Estado para a manutenção dos níveis mínimos nacionais. No pós-guerra isto se traduzia por três compromissos: política de pleno emprego, com a regulação da economia de mercado, serviços sociais universais para atender às necessidades básicas da população, como educação, assistência médica, habitação e outros serviços sociais e medidas para evitar ou suavizar a pobreza através de uma “rede de segurança” de serviços assistenciais. Em suma, tudo isso representava o papel da intervenção governamental para evitar as desigualdades (MISHRA, 1995, p. 38).

Assim, simbolizava um novo acordo com relação entre o capital e o trabalho e entre a democracia capitalista e a sociedade em termos de direitos e garantias, com a expansão do capitalismo e altas taxas de crescimento econômico, emprego, avanços tecnológicos e internacionalização da produção (MOTA, 2009, p. 54).

Todos esses fatores foram responsáveis pela constituição do Estado-providência em que houve a integração da demanda operária por melhores condições de vida. Pensou-se naquela época que poderia compatibilizar capitalismo com bem-estar e democracia. Além disso, houve a passagem da cidadania cívica e

política para a cidadania social¹, que se traduziu nas conquistas de direitos sociais no âmbito das relações trabalhistas, segurança social, educação, saúde e habitação (BOAVENTURA, 2000, p. 243-244).

Entretanto, o Estado-providência foi vivenciado de forma diferente pelos países. Na Inglaterra, nos anos 50 a 60 a taxa de desemprego era baixa, começando a subir na década de 70, quando Thatcher foi eleita. Ela tinha uma plataforma de governo conservadora. Primeiramente, o ideal do pleno emprego foi afastado, pois eram as forças de mercado que deveria regulá-lo, visto que sua prioridade era controlar a inflação. Aumentou o desemprego de longa duração e os desempregados passaram a recorrer à assistência social administrada nacionalmente para aqueles que comprovassem insuficiência de recursos. Já nos Estados Unidos, o princípio do pleno emprego nunca foi assumido pelo governo. Reagan, quando presidente, também confiava nas forças de mercado para criação de emprego e também se apoiava numa política monetarista deflacionária como na Inglaterra. Entretanto, diferente da Inglaterra, os Estados Unidos conseguiram diminuir o desemprego com uma forte recuperação econômica (MISHRA, 1995).

O que aconteceu com o crescimento dos Estados Unidos não teve relação com sua política monetária ou de forças do mercado, mas ao enorme impulso proporcionado pelo financiamento militar e redução dos impostos sobre os ricos e corporações, a política de keynesianismo militar.

Com relação aos serviços universais para satisfação das necessidades básicas, apesar da opção dos neoconservadores por uma abordagem seletiva, o governo inglês preferiu não restringi-los para não perder o apoio popular, com exceção do segmento da habitação que sofreu cortes. Vale destacar que os Estados Unidos, sendo comparado com a Inglaterra, possuía seus serviços universais bem menos desenvolvidos. Não existia um sistema geral de benefícios de saúde para a

¹ Boaventura (2000) traz o conceito de cidadania de Marshall da obra *Citizenship and social class* de 1950, enaltecendo a análise da articulação entre cidadania e classe social – “na linha de tradição liberal, a cidadania é o conteúdo da pertença igualitária a uma dada comunidade política e afere-se pelos direitos e deveres que o constituem e pelas instituições a que dá azo para ser social e politicamente eficaz. A cidadania, não é por isso, monolítica; é constituída por diferentes tipos de direitos e instituições; é produto de histórias sociais diferenciadas protagonizadas por grupos sociais diferentes. Os direitos cívicos correspondem ao primeiro momento do desenvolvimento da cidadania; são os mais universais em termos da base social que atingem e apoiam-se nas instituições de direito moderno e do sistema judicial que o aplica. Os direitos políticos são mais tardios e de universalização mais difícil e traduzem-se institucionalmente nos parlamentos, nos sistemas eleitorais e nos sistemas políticos em geral. Por último, os direitos sociais só se desenvolvem no nosso século e, com

população. Os desempregados americanos, ao contrário dos ingleses, não tinham sistema nacional de assistência social, podendo variar de estado para estado. Com isso, a política de Reagan tinha uma previsão maior de corte nos gastos sociais, enquanto a Inglaterra encorajava a iniciativa privada e a redução no envolvimento do governo. Nesse período, para ambos, a pobreza seria relativa e a desigualdade era vista como derivada da liberdade e do domínio do mercado.

Sendo assim, os governos neoconservadores dos Estados Unidos e da Inglaterra se afastaram das políticas preconizadas pelo Estado-providência Keynesiano.

Por volta da década de 70, houve uma crise do Estado Providência e da cidadania social, passando o Estado para uma outra fase, o do capitalismo desorganizado (BOAVENTURA, 2000), também chamado de Neoliberalismo. Nesta última fase, a qual o mundo se encontra atualmente, há um visível retrocesso das conquistas anteriores.

A situação se reverteu e iniciou-se um período de crise de dívida externa entre os países periféricos, em que o capitalismo revelou uma crise de acumulação, fazendo com que os países mais desenvolvidos redefiniram a sua estratégia.

Harvey (1989, p. 135-6) bem explicita esse momento de crise quando afirma que no período entre 1965 a 1973 estava evidente a incapacidade do fordismo e do keynesianismo de conter as contradições do capital. Isso se dava pelos problemas da rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo dentro de sistemas de produção em massa que impediam a flexibilidade de planejamento e presumiam um crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Os compromissos rígidos do Estado iam se intensificando, enquanto os programas assistenciais aumentavam para conseguir manter a sua legitimidade, tendo como único instrumento de flexibilidade a política monetária, o que ocasionou uma onda inflacionária sem precedentes.

Com tamanha crise, restaurou-se o capital, redefinindo as bases de mercado de trabalho com vistas à obtenção de lucros. Isso ocorreu com o respaldo no “Consenso de Washington” operacionalizado pelo Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e pela Organização Mundial do Comércio.

Ocorreu uma reação política e teórica ao Estado intervencionista que estava

plenitude, depois da Segunda Guerra Mundial; tem como referência social as classes trabalhadoras e são aplicados através de múltiplas instituições que, no conjunto, constituem o Estado-Providência”.

presente na Europa e Estados Unidos, sob o argumento que o mercado deveria ser livre de modo a garantir uma liberdade econômica e política que estava sendo supostamente ameaçada pelo intervencionismo estatal. Tinha como princípio a desigualdade com valor positivo e necessário a construção de uma sociedade democrática com liberdade e ampla concorrência (FILGUEIRAS, 1997, p. 12)².

Outra característica é a flexibilidade como busca permanente para libertar os processos produtivos/comerciais/financeiros, sob o comando do capital, de todas as formas de rigidez. Do ponto de vista tecnológico, é a substituição da automação flexível, programável através da informação, de base microeletrônica, que permitia rápidas mudanças no processo produtivo, tanto quantitativo (volume produzido), quanto qualitativo (diferenciação do produto), através da reorientação das máquinas e equipamentos, conforme flutuações da demanda e a instabilidade dos mercados, próprias desse novo momento do capitalismo (FILGUEIRAS, 1997, p. 19).

As transformações do trabalho evidenciadas pelos estágios do capitalismo eram resultados da sua reestruturação internacional, que demonstravam o desemprego de longa duração, flexibilização dos empregos, pobreza, bem como a precarização das condições do trabalho. Assim, para alguns, a solução seria realizar mudanças na intervenção do Estado com políticas de inserção, utilizando a lógica da discriminação positiva, focalizando os programas sociais para as populações mais necessitadas e não com políticas de integração de caráter universal (CASTEL, 1998, p. 422-33).

Destaca-se neste período, a diferença na luta de classes, que se traduziam por formas organizativas diferentes das que presidiam às lutas pela cidadania. Os protagonistas destas lutas não eram mais as classes sociais, consistiam em grupos sociais, ora maiores, ora menores que classes, com contornos mais ou menos definidos em vista de interesses coletivos por vezes muito localizados, mas potencialmente universalizáveis (BOAVENTURA, 2000, p. 261).

A sociedade civil passa a ser vista não mais como homogênea, mas como possuidora de diversos sujeitos sociais que lutavam, cada qual, por seus interesses. A sociedade civil é espaço de lutas de interesses contraditórios, em que as lutas não

² Filgueiras (1997, p. 22) resume de forma apropriada as políticas neoliberais consolidadas no Consenso de Washington, quando define a sua agenda de combate à inflação, através de planos de estabilização alicerçados na valorização das moedas nacionais frente ao dólar e na entrada de capitais especulativos; abertura da economia com desregulamentação dos mercados de produtos e

são da sociedade civil contra o Estado, mas de certos setores que representam os interesses do trabalho e do capital, ou até de desdobramentos desta contradição, como a exclusão de gênero, religião, etnia, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas mais específicas na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil enquanto integrante do social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da “direção político-ideológica” (MOTA *et al.*, 2006, p. 116).

Logo, as relações entre Estado e sociedade são complexas, conforme o entendimento de Gramsci³. Na sociedade civil verifica-se um espaço de mediação entre o Estado e as classes sociais e entre os vários níveis de realidade. O Estado abrangeria a sociedade política e a sociedade civil, não existindo uma distinção entre eles, mas uma unidade orgânica, de modo a afastar a noção de sociedade civil de inspiração liberal que previa uma dicotomia entre Estado e sociedade civil, em que o político não se articularia com a base econômica, constituindo-se num espaço homogêneo sem contradições de classes (MOTA *et al.*, 2006, p. 113-4).

Na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à concepção de sociedade civil, sendo o Estado o conjunto entre a sociedade política e a sociedade civil com uma hegemonia couraçada de coerção, na medida em que a sociedade civil, conforme sua dimensão política reflete a luta de classes com interesses contraditórios pela conquista do poder político (GRAMSCI, 2000, p. 244).

A sociedade civil revela posições desiguais na estrutura de classes, contemplando diversas forças e agentes sociais. O controle social nessas instâncias não é exercido unicamente do Estado em face da sociedade civil ou vice-versa, é entre classes sociais. Ora, num determinado período uma classe detém o controle social sobre o conjunto da sociedade; ora, em outro período, pode ser outra classe social. É essa luta entre classes sociais que possibilita um consenso para se alcançar a hegemonia.

No Brasil, o processo democrático e a luta de classes ocorreram de forma

financeiros, bem como as chamadas reformas estruturais do Estado com destaque para privatização e a reforma da ordem econômica.

³ Diante da complexidade demonstrada nas relações entre Estado e sociedade, a concepção de Estado e sociedade de Gramsci se mostra apropriada, no sentido de que ele apresenta um marxismo mais sofisticado, heterodoxo, não-sistemático, quando dialoga com todas as correntes culturais de seu tempo sem hostilizar todos os dogmatismos. Gramsci rompeu com as tradições dogmáticas da

diferente da Europa e dos Estados Unidos. Entre as décadas de 1910-1920, já se reconhecia no Estado a figura de um intermediador na relação capital-trabalho, pressionando de certa forma para que o Estado interviesse na economia. Ocorre que, essa intervenção acabou se restringindo às áreas urbanas e as categorias que tinham importância estratégica para a economia agroexportadora. Nesse período a cidadania era entendida como o conjunto das liberdades individuais incorporados nos direitos de 1ª geração, ou seja, os direitos civis de locomoção, pensamento e expressão.

Nesse contexto, a intervenção do Estado se deu basicamente no gerenciamento do sistema securitário brasileiro. Esta intervenção foi institucionalizada em 1923, com a Lei Eloy Chaves, quando determinou a criação da CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores de ferrovias, categoria esta estratégica para economia da época (BATICH, 2004).

A CAP foi o primeiro Seguro Social custeado pelos próprios seguradores. Nesse momento, o Estado apenas interferia na normatização do sistema, mas não contribuía com ele. Por volta de 1938, aos poucos as CAPs começaram a ser extintas, pois seu número em excesso provocou a fusão das mesmas, transformando-as em IAPs (Institutos e Aposentadoria e Pensões), que passaram a abranger categorias profissionais. Nesses Institutos, cada categoria profissional possuía um fundo próprio e já havia contribuição do governo, dos empregadores e dos empregados (BATICH, 2004).

Então, a transição de fato para um sistema com intervenção estatal se deu a partir da década de 30, em que através de um projeto desenvolvimentista e intervencionista, de forma tímida e quase que simbólica, o Estado passou a ser o regulador dessas estruturas emergentes na sociedade civil (FLEURY, 1994, p.169).

Nesta época, o cidadão era titular de direitos e liberdades em relação ao Estado e a outros particulares, só que ainda permanecia situado fora do âmbito estatal, não assumindo qualquer titularidade quanto as funções públicas. Nessa perspectiva, mantinha-se a ideia de que os direitos do cidadão deveriam ser exercidos frente ao Estado, mas não dentro do aparelho estatal (BENEVIDES, 1994).

Posteriormente surgiu a Constituição de 1934, a primeira a estabelecer a

análise de “estruturas”, renovando o marxismo, no momento que recriou o conceito de sociedade civil (NOGUEIRA, 2000).

tríplice forma de custeio, com contribuição do Estado, dos empregadores e dos trabalhadores. Entre essa constituição até a década de 60, não houve nenhum marco legislativo, até que em 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS que marcava a unificação dos critérios estabelecidos pelas IAPs. Essa lei ampliava os benefícios, mas não incluía os trabalhadores rurais e domésticos.

Em 1967, outra Constituição que não inovou, repetindo diversas disposições da Constituição anterior. Entretanto, no período de vigência da Emenda Constitucional de 1969, considerada por diversos autores como uma verdadeira Constituição, precisamente em 1974 foi editada a Lei 6.036 que desdobrava o Ministério do Trabalho e Previdência Social em Ministério de Trabalho e Ministério da Previdência e Assistência Social.

Nesse período, evidencia-se uma ampliação do sistema de proteção social por parte do Estado ditatorial com vistas a aliviar tensões na sociedade brasileira. Entretanto, as medidas de expansão da proteção social, citadas anteriormente, também foram facilitadas pelo crescimento da economia nacional favorecida pelo desempenho do comércio mundial e das finanças internacionais que se dirigiam ao país, através de empréstimos utilizados em investimentos diretos.

Além disso, os IAPs possuíam bastantes recursos financeiros, pois tratava-se de instituições jovens, inseridas numa sociedade com recente utilização da mão-de-obra operária em larga escala. Assim, poucos trabalhadores se aposentavam, o que permitia que a receita dessas instituições fosse bastante superior e que os recursos não utilizados com o pagamento de benefícios fossem utilizados pelo governo para aplicação em investimentos em vários setores da economia, beneficiando principalmente os empreendimentos industriais (BATICH, 2004).

Ocorre que, a partir da década de 70, o Brasil começou a enfrentar problemas de crise de dívida externa, enquanto outros países ocidentais mais desenvolvidos se viam em dificuldades de manter o padrão keynesiano, em decorrência da estagflação e do choque dos preços da OPEC de 1973, o que os levou a abandonar o “projeto” do Estado-providência de forma gradativa. Com isso, no mundo surgiu a política da nova direita, neoconservadora, com um ideal que os métodos e objetivos do Estado-Providência eram incompatíveis com o progresso econômico de uma sociedade capitalista.

Assim, as transformações do Estado só foram percebidas com a Constituição

Federal de 1988 após a crise do Bem-Estar Social e a implementação de políticas de descentralização e de cooperação com as ONGs – organizações não governamentais (SANTOS, 2011, p. 423). Por volta desse período, início da década de 90, ocorreu a integração do Brasil à ordem econômica mundial.

Vale ressaltar que o Brasil não teve a experiência anterior do Estado-providência, pois a realidade foi muito diferente, já que o país havia passado por um processo de escravidão em que se negava a cidadania, para depois o povo ser forçado a tomar conhecimento das decisões políticas do Estado num movimento de “cima para baixo”. Assim, seu processo de modernização foi conservador com a consolidação da industrialização sem a redistribuição dos resultados com a classe trabalhadora (CARVALHO, 2006).

Com relação aos direitos sociais, só começaram a ser difundidos com a Constituição de 1988, e logo após, as conquistas foram aos poucos sendo esvaziadas. O que ocorreu de fato foi uma contrarreforma do Estado brasileiro com a criação de obstáculos e redirecionamento das conquistas da Constituição (BEHRING; BOSHETTI, 2006, p. 147-148).

A intervenção do Estado se deu através das políticas sociais, tendo como corolário a existência de uma relação de direito positivo que se estabelecia entre o cidadão e o Estado, pois essa intervenção estatal era em si mesma a manifestação da natureza contraditória do capitalismo, que teve origem na necessidade do Estado de atuar como forma de atenuação dos efeitos destrutivos da ordem capitalista sobre os fatores de produção (FLEURY, 1994, p. 11).

Marx (1974), no prefácio à "Contribuição à Crítica da Economia Política" bem explicita a natureza contraditória das relações quando afirma que é necessário explicar a consciência pelas contradições da vida material e pelo conflito entre as forças produtivas sociais e as relações de produção.

Esse conflito decorre do processo de trabalho, em que o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, dono do seu trabalho, enquanto o produto também é propriedade do capitalista e não do produtor imediato que é o trabalhador, causando toda uma desigualdade (MARX, 2004, p. 209).

Vê-se que a noção de política social surge como possibilidade e como necessidade no interior do Estado. Assim, a política social seria a resultante das relações e contradições entre capital e trabalho que historicamente se estabeleceram, mediadas pela intervenção do Estado, envolvendo três atores

principais: a burocracia estatal, a burguesia industrial e os trabalhadores urbanos (FLEURY, 1994, p. 43).

Dentro deste contexto, houve um esforço da classe dominante em redimensionar seu espaço de atuação através do desaparecimento do Estado (SITCOVSKY, 2010, p. 148). No Brasil também ocorreu uma flexibilização que foi facilitada pela mudança de correlação de forças entre capital e trabalho expressa na precarização dos postos de trabalho e flexibilização dos vínculos empregatícios. Isso tudo ocorreu através do processo de terceirização e desregulamentação das relações de trabalho (BORGES, 2007, p. 84).

Reformou-se o Estado com ênfase nas privatizações, entrega do capital público para o estrangeiro, Reforma da Previdência Social, Programa de Publicização com a regulamentação de entidades do terceiro setor para execução de políticas públicas, transferindo a responsabilidade do Estado para à Sociedade. Houve uma redução dos gastos sociais para pagar dívidas públicas e se alcançar o superávit primário, resultando numa preocupação de ordem econômica maior do que a ordem social, em medidas de ajustes econômicos, retração das políticas públicas de proteção social, crescimento de desemprego e pobreza.

No campo da Seguridade Social, houve um retorno à família e às organizações sem fins lucrativos, chamado de terceiro setor. Exemplo desse retorno, foi a refilantropização da assistência social, ocorrida com a distribuição de cestas de alimentos pelo Programa Comunidade Solidária (PCS), sob a coordenação da primeira-dama. Alvo de críticas foi extinto em 1997. Esse PCS se constituiu numa espécie de programa seletivo e focalizado, totalmente dissociado das instâncias democráticas de participação (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 254).

Essa tendência também pode ser observada quando da criação das Organizações Sociais, que surgiram sob o argumento da ineficiência do Estado e na necessidade de apropriação das políticas públicas pela sociedade. O novo cenário institucional reforça a ideia de que o cidadão de direitos se torna cidadão-cliente, consumidor de serviços dessas organizações, cujo comportamento é empresarial. Prioriza-se a quantidade em detrimento da qualidade para justificar mais recursos. As reformas também tratam do controle social, mas não apontam os mecanismos para que seja viável, bem como ignoram a construção de conselhos verdadeiramente paritários e deliberativos de políticas públicas. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 259-260)

É possível também observar a perda e restrição dos direitos constitucionais, principalmente com relação aos direitos assistenciais, na medida em que não são contributivos e, portanto, materializam-se por meio dos benefícios continuados e eventuais. Já na área da saúde a situação não foi diferente, o conceito de universalização, que na realidade exclui, é confirmado pela dualidade de um sistema de pobre para os pobres e de um padrão mais elevado para aqueles que podem pagar. Esta situação era visível através da privatização da saúde por meio do estímulo aos planos de saúde e aos convênios, com tendência a tornar os problemas de direito consumidor e não de direito social para parcela significativa da população brasileira.

Nesse sentido, toda a desigualdade e contradição decorrente da hegemonia do mercado atingiu um alto nível de naturalização social, em que a difusão social da produção contribuiu para desocultar novas formas de opressão, fazendo surgir Novos Movimentos Sociais com lutas voltadas a difundir uma democracia mais participativa que se coaduna com os ideais do exercício da cidadania. E com base nessas lutas, a Constituição Federal de 1988 inseriu também novos elementos de participação social (BOAVENTURA, 2001, p. 261).

Por volta dos anos 1980, antes mesmo do marco regulatório da participação social no Brasil que se deu em 1988, já se realizavam experiências de controle social na gestão de políticas públicas por meio de conselhos e fóruns populares, principalmente na área de saúde. Esses conselhos populares foram verdadeiras propostas dos setores de oposição ao regime militar, surgindo com diversos papéis. Ora, poderiam ser organismos de movimento popular atuando junto ao executivo; ora, poderiam ser organismos superiores de luta e de organização popular (GOHN, 2007, p. 75).

No decorrer desse processo político, mais precisamente após a Constituição Federal de 1988, os atores da sociedade foram investidos de atribuições e competências legais, adquirindo prerrogativas para intervir no poder estatal através dos conselhos e outras organizações. Com isso, os conselhos passaram a fazer parte do processo de construção da democracia e da cidadania com o objetivo principal de dar visibilidade às demandas das parcelas excluídas da sociedade e conferir poder decisório, influenciando na agenda de governo (CAMPOS, 2006).

Desta forma, o cidadão passa a ser visto como aquele que tem um vínculo jurídico com o Estado e é o portador de direitos e deveres fixados pela Constituição,

que pode exercer sua cidadania através da democracia participativa. Nesse sentido, a cidadania perpassa os princípios da democracia, significando também a conquista e consolidação política e social (CHAUÍ, 1984). Assim, ela exige a criação de instituições como os conselhos, que possibilitem o seu exercício, já que os conselhos são verdadeiros espaços de lutas dos atores sociais.

Com isso, surgem as noções de cidadania ativa e passiva, sendo a primeira, a cidadania em que o cidadão possui direitos e deveres capazes de criar novos direitos em espaços de participação política, e a segunda, aquela conferida pelo Estado, consubstanciado no direito ao voto (BENEVIDES, 1994).

A cidadania ativa é entendida a partir da concepção ampliada dos direitos políticos a par da participação direta do cidadão no processo das decisões de interesse público, consubstanciados no referendo, plebiscito e iniciativa popular, que mesmo inseridos na Constituição, não garantem sua efetiva fruição (BENEVIDES, 1994).

O referendo vincula-se a deliberação sobre ato prévio os órgãos estatais, para ratificar ou rejeitar lei já em vigor ou norma constitucional, enquanto a iniciativa popular é o direito assegurado a um conjunto de cidadãos de iniciar o processo legislativo, o qual se desenrola num órgão estatal, que é o Parlamento (BENEVIDES, 1998). Já o plebiscito consiste numa consulta prévia à opinião popular, em que dependendo do seu resultado há a possibilidade de se adotar as providências legislativas, (DALLARI, 1995, p. 105).

Portanto, a discussão sobre a cidadania está intimamente associada, na teoria e na prática, à discussão sobre as perspectivas da consolidação democrática no Brasil. Entretanto, devido ao lento processo de redemocratização que ocorre no Brasil desde a década de 80, muitos acreditam na ausência de cidadania — no sentido de consciência e fruição de direitos — e na ausência de "povo", em razão do conjunto de obstáculos à extensão da cidadania, decorrentes da tradição oligárquica, autoritária, populista e corporativista (BENEVIDES, 1994).

Por isso, acredita-se que a noção de cidadania tem uma certa dose de ambiguidade, tanto na vertente progressista, quanto na vertente conservadora. Para os primeiros, a cidadania é apenas aparência de democracia, pois discrimina cidadãos de primeira, segunda, terceira ou nenhuma classe, acabando por reforçar a desigualdade. Para os segundos, a cidadania implicaria a ideia de igualdade, mesmo que apenas igualdade jurídica. As elites dependem, para a manutenção de

seus privilégios, do reconhecimento explícito da hierarquia entre superiores e inferiores, considerando a desigualdade legítima e "os de baixo" como classes perigosas (BENEVIDES, 1994).

Não só a noção de cidadania ganhou grande vulto durante o processo de redemocratização do país. O conceito de controle social também foi impactado pelas mudanças ocorridas com a Constituição Federal de 1988, quando o controle social passou a ser entendido como sinônimo de participação social nas políticas públicas.

O "controle social" foi inicialmente empregado como mecanismo da ordem social que submetia os indivíduos a certos princípios morais, regras e padrões de comportamento. No século XIX, autores como Durkheim se preocupavam com a manutenção da ordem social através de mecanismos de regulação moral da sociedade (ALVAREZ, 2004).

Nesse sentido, controle social era entendido como "o conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados" (BOUDON; BOURRICAUD, 1993, p. 101).

Ocorre que, a depender do contexto histórico, critério metodológico e teoria, um mesmo termo pode ter diversas outras acepções que variam a partir dos papéis do Estado e da sociedade ao longo da história, pois as classes sociais possuem diversos interesses que esperam obter através do Estado, principalmente através de políticas públicas.

Autores brasileiros trazem diversos conceitos importantes para o controle social. Carvalho (1995, p. 8) afirma que o "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 Bravo (2002, p. 45), "é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, segundo a Constituição Federal de 1988"; e por fim, Correia (2002), que considera o campo das políticas sociais como contraditório e conceitua controle social como a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlar e fiscalizar o atendimento as demandas das classes subalternas.

Destaca-se que a definição de controle social não se encerra nesses conceitos apresentados. Ele ainda pode ser entendido sob duas perspectivas: uma é aquela exercida pelo Estado sobre a sociedade e a outra, é aquela exercida pela

sociedade sobre Estado. No primeiro caso, cabe ao Estado tarefas de controle social, na perspectiva de monitoramento, de desenhar estratégias que compõem o processo de gestão e objetivam supervisionar o modo como os serviços são implementados, avaliando sua qualidade e efetividade” (HERKENHOFF; RABELO, 2011, p. 83). Já no segundo caso, “é um conjunto de ações de natureza sociopolíticas e técnico-operativas, desenvolvidas pela sociedade civil, com vistas a exercer influências sobre as ações governamentais” (HERKENHOFF; RABELO, 2011, p. 83).

Do ponto de vista do controle exercido pelo Estado na sociedade, é possível verificar ainda, de acordo com Bobbio (2010), duas modalidades principais. A primeira modalidade é de controle externo, em que os mecanismos de repressão são destinados para a manutenção da ordem, como as legislações restritivas, o poder de polícia, o controle dos tribunais, de forma verticalizada, centralizada e quase sempre autoritária. A segunda modalidade é de controle interno, horizontalmente construído, que ocorre como um produto de uma socialização que naturaliza as desigualdades sociais e individuais, justificando privilégios e consentindo com discriminações.

O controle social da sociedade sobre o Estado também pode ser visto sob dois prismas diferentes. Um de natureza técnica, voltado para a fiscalização da Administração Pública encontrado nas funções exercidas pelo Ministério Público, Tribunais de Contas e demais órgãos estatais e outro, de natureza política encontrada, por exemplo, nas funções exercidas pelos conselhos (CAMPOS, 2006, p. 104).

Entretanto, em que pese autores tratem o controle social como sinônimo de participação social, é preciso demonstrar a distinção feita dos dois termos pela Constituição Federal de 1988.

A Constituição, em seu artigo 216-A, quando trata do tema do Sistema Nacional da Cultura, traz em seu parágrafo 1º, inciso X, como um dos princípios a “democratização dos processos decisórios com participação e controle social”, ou seja, a própria Constituição faz essa distinção quando utiliza os dois termos “participação” e “controle social”.

Controle é investigação, verificação, fiscalização e foi nesse mesmo sentido que foi recepcionado pela Constituição, que, ao dispor sobre outros tipos de controle, como o controle externo e o controle interno da União, o fizeram debaixo de

seção normativa que começa com o nome “fiscalização”- “Da fiscalização Contábil, Financeira e Orçamentária”, conforme se vê da seção IX do capítulo I do título I-, insistindo na preservação do sentido fiscalizatório da palavra (BRITTO, 1992).

Essa fiscalização “[...] recai sobre o poder, sobre o governo, para saber até que ponto as autoridades públicas são cumpridoras dos seus deveres para com as pessoas humanas, as associações e a coletividade em geral” (BRITTO, 1992).

A participação popular é exercício do poder político e por isso não devemos confundi-la com controle social. A parte privada, o conjunto da sociedade, nenhum deles pretende fazer da liberdade ou da cidadania um elemento de anulação do poder político, pois o objetivo não é fazer oposição ao governo, porém negociar a produção de novas regras públicas como uma emanção da soberania popular.

Assim, são as características proeminentes da participação popular, que introduzem na democracia representativa do Brasil um elemento da chamada democracia direta, ou “participativa”, tal como ocorre nas hipóteses do plebiscito, do referendo, da iniciativa popular, do júri e daquelas ordenações constitucionais em que setores privados têm sua presença assegurada nos colegiados dos órgãos e entidades da Administração Pública (BRITTO, 1992).

Logo, o controle social corresponde a capacidade que a sociedade tem de efetivamente interferir nas políticas públicas, atuando em conjunto com o Estado, na elaboração de programas e principalmente na fiscalização da execução dessas políticas públicas, em razão da dificuldade encontrada pelo Estado em implementar essas políticas.

1.1 A RESERVA DO POSSÍVEL E O MÍNIMO EXISTENCIAL

Os direitos sociais são aqueles outorgados pelo Estado aos indivíduos relativos a prestações de ordem material, como assistência social, educação, trabalho e saúde. Entretanto, há uma dificuldade pelo Estado em implementar tais direitos sociais através das políticas públicas de forma satisfatória e eficiente, o que dificulta o exercício da cidadania.

Para se eximir de tal responsabilidade, o Estado se utiliza de argumentos jurídicos e de ordem econômica. O primeiro deles é a “reserva do possível”.

Autores como Canotilho (2002) e Sarlet (2004, p. 280) afirmam que os direitos sociais, diferentemente dos direitos individuais e políticos, dependem de prestações positivas do Estado, ou seja, um fazer do Estado para a sua efetivação, que demandam de recursos públicos que são insuficientes para suprir todas as demandas da sociedade. Então, a reserva do possível seria a limitação dos direitos sociais em razão dos limites orçamentários do Estado.

A teoria da “reserva do possível” teve origem no julgamento de 1972 pelo Tribunal Constitucional Federal da Alemanha. Nesse julgamento, havia a discussão sobre o acesso ao curso de medicina e a compatibilidade de certas normas estaduais com a Lei Fundamental, que garantia a liberdade de escolha da profissão. O Tribunal decidiu que a prestação exigida do Estado deveria corresponder ao que o indivíduo poderia razoavelmente exigir da sociedade, e entendeu que não seria razoável impor ao Estado a obrigação de todos terem acesso ao curso de medicina. A reserva do possível, nesse caso, relacionou-se à exigência de prestações dentro da razoabilidade e não da escassez de recursos, como ocorre no Brasil.

Observa-se que a importação da reserva do possível da Alemanha não corresponde com a realidade do Brasil, pois há uma grande diferença sócio-econômica entre eles. Com isso, autores como Krell (2002, p.108-109) criticam essa importação, na medida em que os integrantes do sistema jurídico alemão não desenvolveram seus posicionamentos para com os direitos sociais num Estado de permanente crise social e milhões de cidadãos socialmente excluídos, como ocorre no Brasil. Na Alemanha, como nos países centrais, não há um grande contingente de pessoas que não encontram vagas nos hospitais mal equipados da rede pública, não há necessidade de organizar a produção e distribuição da alimentação básica a diversos indivíduos para evitar sua subnutrição ou morte, não há altos números de crianças e jovens fora da escola e não há pessoas que não conseguem sobreviver fisicamente com o montante pecuniário de assistência social que recebem.

O autor ainda discorre que condicionar a realização dos direitos sociais à existência de recursos disponíveis, relativizando a sua universalidade, significa reduzir a eficácia dos mesmos à zero.

Sarlet (2004, p. 283) aponta também a relação entre a escassez de recursos e as escolhas a serem feitas, pois decidir investir recursos em determinada área pode significar deixar de atender outras demandas. Então, é importante estabelecer prioridades e critérios de acordo com as necessidades sociais.

E qual seria a solução? A aplicação de recursos principalmente para a saúde, educação, assistência social e outros ramos relacionados à vida, dignidade da pessoa humana que são essenciais, ao invés de direcionar a maior parte dos recursos para setores da economia.

Quanto ao aspecto orçamentário, Flávio Galdino (2002, p. 212) afirma que “o que verdadeiramente frustra a efetivação de tal ou qual direito reconhecido como fundamental não é a exaustão de determinado orçamento, é a opção política de não se gastar dinheiro com aquele mesmo direito”.

Bem verdade que o orçamento público sempre foi visto como um documento de contabilidade que previa receitas e despesas do Estado, sem refletir os planos estratégicos governamentais e o interesse da sociedade. O único objetivo era manter o equilíbrio financeiro do Estado.

Contudo, a partir do advento do Estado social, o orçamento do Governo passa a ser visto como instrumento auxiliar na programação, execução e controle da atividade estatal, especialmente com relação as políticas públicas escolhidas pelo Estado. Nesse sentido, na lição de OLIVEIRA (2006, p. 243) a decisão de gastar é fundamentalmente uma decisão política, pois o administrador elabora um plano de ação, descrevendo no orçamento, aponta os meios possíveis para o atendimento da demanda e depois efetua o gasto. Então, esse orçamento público pode ser direcionado para determinada política pública que o governo acredite ser mais essencial.

Diante deste cenário, surge também a concepção de “mínimo existencial”, que seria um conteúdo mínimo de direitos capazes de garantir uma vida digna ao ser humano. Ora, se o Estado possui limites para o atendimento das necessidades humanas, quais as necessidades mínimas que o Estado não poderia deixar de garantir, sob pena de ferir os ditames constitucionais?

Definir um mínimo é bastante discricionário, existindo diversos autores que divergem sobre o conceito de mínimo existencial. Sarlet (2004, p. 185), define como “um conjunto de prestações suficientes apenas para assegurar a existência (a garantia da vida) humana [...]”.

O fato é que os seus requisitos podem variar de acordo com as condições sociais, econômicas e culturais de um povo. Porém, há um consenso de que o mínimo existencial é constituído pelos direitos fundamentais de ordem social elencados na Constituição Federal, como habitação, saúde e educação. Além disso,

autores como Rawls (1999) afirmam que o mínimo não deve se referir apenas a existência, ou seja, sobrevivência, mas um mínimo social que possa garantir ao povo o exercício efetivo da cidadania.

Assim, na medida em que o Estado optou pela lógica do capital, desprezando as conquistas de inclusão constitucional de direitos fundamentais que garantiriam o amplo exercício da cidadania e do bem estar social, as políticas de cunho social foram marcadas pela segmentação e seletividade, obedecendo a noção de que bastaria apenas o mínimo de políticas sociais, voltados para os considerados mais “pobres”, já que o Estado, pela tese da reserva do possível, não teria recursos suficientes para atender a todas as necessidades.

Como consequência, há uma estratificação social, com a segmentação dos cidadãos (IVO, 2006). O orçamento passa a justificar a focalização dos recursos com a exclusão de certos grupos sociais, sendo criados vários mecanismos de ajustes fiscais com efeitos restritivos no campo da política social.

E como se não bastasse, é aprovada a Emenda Constitucional de número 42 de 19.12.2003 que na área específica da assistência social acrescenta ao seu artigo 204, um teto para vinculação de recursos destinados ao financiamento da assistência social, demonstrando a opção de pauperização das ações governamentais e da aplicação da cláusula da reserva do possível em sede constitucional.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Contudo, em que pese a utilização do Estado da cláusula da reserva do possível para se eximir da sua responsabilidade social, o poder judiciário está atento à essencialidade dos direitos sociais, muitas vezes decidindo pela impossibilidade de invocação da cláusula da reserva do possível. Como exemplo da não aplicação da cláusula da reserva do possível tem o julgamento do agravo regimental número

639.637, do Ministro Celso de Mello.

Na decisão o Supremo Tribunal Federal afirmou que a cláusula da reserva do possível não pode ser invocada, pelo Poder Público, com o propósito de frustrar, fraudar e inviabilizar a implementação de políticas públicas definidas na Constituição. Ainda, na mesma decisão o STF também trouxe o conceito de mínimo existencial que resulta, por implicitude, de determinados preceitos constitucionais compreendendo num complexo de prerrogativas, cuja concretização se revelaria capaz de garantir condições adequadas de existência digna, em ordem a assegurar acesso efetivo ao direito geral de liberdade e das prestações positivas originárias do Estado, viabilizadoras da fruição de direitos sociais básicos, tais como o direito à educação, o direito à saúde, o direito à assistência social, o direito à moradia, o direito à alimentação e o direito à segurança, conforme consta da Declaração Universal dos Direitos da Pessoa Humana, de 1948.

Neste contexto, o judiciário é provocado a manifestar-se sobre questões como controle das ações da Administração na esfera dos direitos fundamentais sociais pela falta de concretização de direitos, como o direito à saúde. Esse processo é denominado de judicialização, em que o Estado-juiz exerce o controle sobre as ações do Estado.

Vale destacar que essa discussão sobre reserva do possível e mínimo existencial, ocorre principalmente no setor da saúde, pois por meio de avanços e retrocessos no panorama da política de saúde no Brasil, ocasionou expressivo número de ações judiciais para a obtenção de serviços pelo SUS, em razão de sua gratuidade e às relações entre os planos de saúde privados num país com enorme desigualdade social e prestação de serviços de saúde com baixa qualidade.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Traçar o cenário da política de saúde tem o intuito de demonstrar as transformações da saúde no Brasil que implicaram nas diversas reorganizações administrativas e leis, desde a época colonial até os dias atuais, que deram corpo às novas instituições democráticas, como os conselhos.

No período colonial, o Brasil se encontrava à margem do capitalismo mundial, submetendo sua economia e política aos ditames da Coroa de Portugal, sendo que a exploração econômica da colônia se dava através de ciclos - do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e café. A bem da verdade, o ciclo exploratório do pau-brasil não chegou a determinar uma estruturação de classes na sociedade brasileira, ao contrário do ciclo da cana de açúcar, que se destacou pela presença de grandes propriedades escravistas, que exigiam grandes aplicações iniciais de capital, com enorme concentração de renda nas mãos dos senhores, ao lado da exploração da mão de obra de trabalhadores trazidos da África. Esse ciclo determinou a formatação da sociedade constituída pelos polos - senhor e escravo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 381 *apud* ROSSI, 1980).

Foi o ciclo da mineração que proporcionou um maior desenvolvimento comercial e urbano com grande crescimento demográfico e uma menor concentração de renda nas mãos dos senhores, evidenciando a emergência de estratos sociais, que configuraram os primeiros contornos da sociedade de classes (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 382 *apud* ROSSI, 1980).

Um país colonizado por estrangeiros aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde e

nem sequer havia o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde era limitada aos recursos da terra utilizados pelos “curandeiros” e somente com a vinda da família real para o Brasil, em 1808, que se criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001, p.3).

Na Bahia, as necessidades da corte forçaram a criação da Academia Real de Medicina Social, que tinha como norte a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência (BEROLOZZI; GRECO, 1996, p. 382).

Posteriormente, em 1888, com a Abolição da Escravatura e com a crise da mão de obra escrava, intensificaram-se as correntes imigratórias provenientes, principalmente, da Itália, Espanha e Portugal (BEROLOZZI; GRECO, 1996, p. 382 *apud* ROSSI, 1980).

Com a chegada dos imigrantes, os centros urbanos do país não possuíam as condições sanitárias necessárias para a população. A soma da falta de políticas de saúde com o enorme contingente populacional para a época fez eclodir epidemias, como a peste bubônica e a febre amarela. É neste contexto que a questão da saúde surgiu para combater as epidemias através de saneamento das cidades e das vacinas obrigatórias, assumindo o Estado um papel mais autoritário e centralizador.

Assim, até meados de 1920, não havia um marco inicial da política de saúde, nem de outra política social, com exceção do Estado do Rio de Janeiro que experimentou os efeitos da ação saneadora da Liga do Saneamento, que resultou em eventos como a Revolta da Vacina e a erradicação da Febre Amarela. Isso aconteceu, pois a sociedade, que antes era agrária, estava passando por uma intensa urbanização, em decorrência da crescente industrialização da região Sudeste (ACIOLE, 2013, p. 124).

Paralelo a isso, a urbanização desencadeava doença de massas como malária, verminoses, doença de Chagas, chamando a atenção do Estado. Começava a existir uma preocupação institucional no controle dessas doenças, surgindo o dever higienista, pois uma sociedade moderna com uma nova vida urbana deveria seguir um padrão mínimo europeu de vida (ACIOLE, 2013, p. 125).

No ano de 1922, a história brasileira era marcada pela Semana de Arte Moderna, criação do Partido Comunista e na saúde, o Congresso Nacional dos Práticos, como um dos primeiros grupos sociais a possuir uma agenda política e

social voltado para a saúde com participantes médicos.

Os imigrantes, especialmente os italianos, que traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas já conquistados pelos trabalhadores europeus, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pelas conquistas dos seus direitos. Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919 e foi através destes movimentos que os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2001, p. 6-7).

A partir da luta do movimento operário, foi aprovada em 24 de janeiro de 1923, pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social, sendo instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão.

A crise do padrão exportador capitalista e o conseqüente aumento da dívida externa acirraram os confrontos entre os republicanos e os liberais. Esse fenômeno, aliado à crise mundial do café de 1929, afetou a economia de forma contundente, criando condições para a Revolução de 1930. Nela, parte das oligarquias, o tenentismo e as classes médias urbanas, modificaram a estrutura de poder, diminuindo o poder oligárquico e aumentando o poder dos estratos sociais representados pela burguesia. O êxodo rural, decorrente da bancarrota do café, também impulsionou o processo de industrialização e urbanização, fazendo aumentar os surtos epidêmicos, que já se faziam presentes, em razão da piora das condições de vida, decorrentes do excesso populacional e da falta de infraestrutura sanitária (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 383 apud ROSSI, 1980).

Nesse período delineou-se uma política nacional de saúde através da criação de estruturas que objetivavam promover a expansão do sistema econômico: o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista.

A política continuou sendo restrita, pois se limitava apenas à cobertura de certos segmentos de trabalhadores. Com relação aos programas de Saúde Pública, eles se voltavam para a criação de condições sanitárias mínimas que pudessem favorecer a infraestrutura necessária para suportar o contingente migratório. No entanto, permaneciam, via de regra, limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitaria adotado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.384).

A sociedade era caracterizada pela estratificação social consubstanciada no crescimento das desigualdades sociais entre os trabalhadores, em razão das diferenças de tratamento na legislação, recursos financeiros e condições de trabalho, no período em que a indústria acelerava o seu crescimento. A indústria por sua vez se preocupava com a manutenção da força de trabalho em condições de produzir mais e mais. Então, para viabilizar esse sistema de produção, passou-se a criar serviços de atendimento ambulatorial de caráter terapêutico e de reabilitação.

A maior parte das intervenções no setor industrial foi feita na região centro-sul com São Paulo e Rio de Janeiro, principalmente, reforçando ainda mais a importância econômica e financeira desta região na dinâmica das transformações da infraestrutura nacional, o que agravou desequilíbrios regionais. O nordeste foi uma região prejudicada, com grandes êxodos rurais para a região centro-sul, propiciando o processo de favelização nos grandes centros urbanos.

Com isso, a crescente massa assalariada urbana passou a se constituir no ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas, através de um regime corporativista, enquanto eram promulgadas as leis trabalhistas, que procuravam estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador, ao mesmo tempo em que se criava a estrutura sindical do estado (POLIGNANO, 2001, p.9).

A crise da economia e o final da Segunda Guerra Mundial culminaram com a queda de Getúlio Vargas, que foi seguida por um período de liberalização do regime político. Houve aumento dos salários, reativação da legislação trabalhista e novas negociações para a instalação do novo pacto social.

A situação da saúde da população, após a guerra até meados de 1964, com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias, não eliminou o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, permanecendo o país com altos índices de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2001, p.5).

A partir dos anos 50, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses do capitalismo era, a mais organizada no momento e pressionava o financiamento pelo Estado, defendendo a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica

previdenciária até 1964, era fornecida principalmente pelos serviços próprios dos IAPs. A forma de compra dos serviços médicos a terceiros eram minoritárias e pouco expressivas nesses institutos. (BRAVO, 2001, p.6)

A ditadura para a sociedade brasileira era o modelo de afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político, em que os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se cada vez mais complexos e com uma dimensão mais ampla e dramática.

Com a finalidade de oferecer melhorias e orientações para a política de saúde, em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, que definiu como a ideologia da saúde, o desenvolvimento econômico, baseado na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 386 *apud* ROSSI, 1980).

Ainda assim, ao Ministério da Saúde, o governo federal destinou poucos recursos, que dessa forma inviabilizou o desenvolvimento das ações de saúde pública propostas, o que significou na prática por uma opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS (POLIGNANO, 2001, p. 16).

Com tantas dificuldades enfrentadas, emergiu o movimento sanitário no interior das universidades, devido à exclusão da participação dos trabalhadores no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas unicamente pelos governos autoritários em razão de seus interesses. Assim, a Universidade passou a ser o local destinado a contestação às práticas do regime que vigorava à época.

O Regime definia um desenvolvimento restaurador da economia baseado na livre empresa e no saneamento das greves. O General Castelo Branco, presidente, assumiu com um projeto que fortalecia o Executivo e a segurança do Estado, criando o Serviço Nacional de Informações, em que a política econômica adotada levou ao aumento da produtividade. Assim, a jornada de trabalho foi ampliada de oito para, aproximadamente, treze horas diárias e a isso se somou a baixa do poder aquisitivo do salário mínimo, seguida de uma elevada concentração de renda para uma parcela da população (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 387 *apud* ROSSI, 1980).

No período de 1968 a 1975, pode-se listar como acontecimento a promulgação do Decreto Lei 200 de 1967, estabelecendo as competências do Ministério da Saúde na formulação e coordenação da política nacional de saúde; na

responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; no controle de drogas e medicamentos e alimentos e na pesquisa médico-sanitário. Em 1970, criou-se a SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária (POLIGNANO, 2001, p.16).

Logo em seguida, em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. No documento era reconhecida e oficializada a dicotomia da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, enquanto a medicina preventiva seria de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às condições graves de saúde, com o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva. Ocorreu ainda, a construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país e a organização e complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos tradicionalmente destinados aos serviços públicos (LU, 1991).

Frisa-se que a concentração de renda foi uma das características desse período, devido o crescimento das indústrias de bens de consumo duráveis, em detrimento daquelas de bens de consumo não duráveis, que ficou estagnada e a expansão do sistema de crédito ao consumidor com a participação da classe média no mercado dos bens duráveis.

Ainda, em 1975, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, foi regulamentada a Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades de várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto para o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, ficavam os cuidados preventivos e de alcance coletivo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.388).

Nos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um

processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou também uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, após 1988, em que os ganhos materiais não foram revertidos para a população. A saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil (BRAVO, 2001, p.7).

A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia e sociedade. Dos atores que entraram em cena nesta conjuntura, destacaram-se os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais: a) a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; b) o movimento sanitário, sendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) veículo de difusão e ampliação do debate em torno da questão da saúde, democracia e cidadania na elaboração de contrapropostas; c) os partidos políticos de oposição, que deveriam colocar nos seus programas a temática e viabilizar debates no Congresso para discussão da política do setor e dos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001, p.8).

Com a crise financeira do setor da saúde expressa na seguridade social e no modelo privatizante, a proposta do Movimento Sanitário apresentava-se como uma reação forte às políticas de saúde até então implementadas, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação de todo o sistema. O Movimento Sanitário que remonta aos primeiros anos da ditadura militar, difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença.

Essas transformações vivenciadas durante a ditadura fomentaram uma grande movimentação em prol das eleições diretas para a Presidência. Com a reorganização das forças políticas, surgiu a Aliança Democrática, que impediu as eleições diretas, e elegeu através da Câmara, um novo Presidente, Tancredo Neves e, como seu vice, José Ribamar Sarney. A morte precoce de Tancredo fez com que José Ribamar Sarney assumisse o posto presidencial, dando início à chamada "Nova República" (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 391).

Diferentes medidas foram propostas para alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor público, surgindo então, para combater essa prática, o processo de reforma sanitária, que impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 que contou com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) pessoas, dentre elas representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos.

Essa conferência inovou na medida em que discutiu questões do Direito à Saúde, com vistas à participação da sociedade civil. Suas discussões colocaram à tona as políticas de saúde como questões de interesse público a serem discutidas pela sociedade, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu o Programa para a Reforma Sanitária. Ademais, a VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que mais tarde comporia o arcabouço da nova constituição.

Após o período que a população passou por um estado ditatorial, com a centralização das decisões, o tecnicismo e o autoritarismo, ocorreu uma abertura democrática que reconheceu a necessidade de revisão do modelo de saúde, com propostas discutidas em ampliar a participação popular nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado ao cotidiano dos cidadãos (DALLARI, 2000).

O processo constituinte com a promulgação da Carta Constitucional de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as injustiças sociais históricas acumuladas secularmente, incapazes de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2001, p. 9).

Assim, antes da Constituição de 1988 não havia um sistema integrado de seguridade social, mas com a forte comoção popular através de movimentos sociais democráticos, foi introduzido o Título referente à Ordem Social, conferindo diversos direitos sociais à população, sendo estabelecido o direito à saúde, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O direito à saúde comporta ações e serviços públicos de saúde que integram

uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo num sistema único organizado, o SUS. O SUS é um modelo público de assistência à saúde, orientado por princípios e diretrizes insculpidos na Constituição Federal de 1988, tendo como definição “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, conforme o disposto na Lei 8.080/90.

Entre as diretrizes constitucionais, destaca-se a descentralização, o atendimento integral, com prioridade para as atividades de prevenção e a participação da comunidade.

Em que pese ser um sistema público, caso o serviço à saúde de determinada localidade, seja insuficiente, é possível recorrer à rede particular, que o complementa. Nesse sentido, a Constituição estabelece que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, podendo participar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, bem como a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros.

Os serviços particulares de saúde também devem observar os princípios e diretrizes norteadores do SUS. Além dos constitucionalmente previstos, existem aqueles princípios e diretrizes constantes da Lei Orgânica da Saúde, Lei. 8.080/90, que também devem ser observados, como a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a integralidade da assistência.

O acesso universal é a expressão de que todos podem obter as ações e serviços de saúde, independentemente do custo, complexidade ou natureza envolvidos. A igualdade na assistência à saúde significa que não pode haver discriminação, não sendo aceitável que um determinado grupo, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não (VIANA; FAUSTO, 2005, p. 367).

A integralidade é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços curativos e preventivos, coletivos ou individuais, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A participação da comunidade é a garantia de que a população através de entidades representativas possa participar do processo de formulação da política de saúde. Já a descentralização político-

administrativa, define as responsabilidades de cada ente, conferindo uma autonomia na elaboração de suas políticas (VIANA; FAUSTO *et al.*, 2005, p. 368).

Com base nesta perspectiva foi insculpido o modelo institucional do SUS de modo a viabilizar o acordo federativo com a participação social nas políticas de saúde, em que atores sociais, que não aqueles responsáveis pelas funções típicas de Estado, tivessem a possibilidade de participar do processo decisório sobre a política de saúde.

Ocorre que, logo em 1989, no contexto de uma crise econômica avassaladora, tomou posse o presidente Fernando Collor de Melo, que restringiu no seu governo o campo da saúde, à adoção explícita da política neoliberal.

O resultado desse processo se expressou através da oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para os diferentes cidadãos, segundo a sua inserção social e fixada na atenção médica. Entretanto, mesmo diante desse cenário, a sociedade civil não reagiu imediatamente para reverter essa situação. A derrota do Partido dos Trabalhadores, que representava a articulação das forças progressistas, impeliu o arrefecimento da cena política nacional dos setores comprometidos com o SUS (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

O governo Collor, ao assumir o poder, desconstruiu os princípios universalizantes e distributivos, principalmente da Seguridade Social, inscritos na Constituição Federal de 1988. Com uma agenda liberalizante, de integração subordinada da economia nacional à internacional e, seguindo o acordo com o Consenso de Washington (1989), privatizante, desregulamentador do mercado de trabalho e dos direitos trabalhistas e sociais até então conquistados, concebeu a política social de uma forma minimalista e com um viés estritamente neoliberal (PEREIRA, L., 2005).

Não há dúvida de que a opção neoliberal que visa reduzir o papel do Estado e a remeter a regulação da saúde para o âmbito privado, deve ser analisada com muito cuidado, porque dentre outros argumentos, encontram-se as experiências de âmbito internacional, como Chile e México, que evidenciaram a ineficiência, a ineficácia e a desigualdade crescentes no mecanismo de mercado (LAURELL, 1995).

Como pode ser verificado, estava ocorrendo um evidente processo para impedir o avanço da implementação do SUS. Exemplo disso foi o adiamento pelo governo da convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, bem como da

regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), que só teve sua aprovação, tempos depois, após amplo processo de mobilização social.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. Nesse quadro, dois projetos conviveram em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2001).

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei estabeleceu o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. A Lei 8.080/90 definiu a competência das três esferas do governo, federal, estadual e municipal no âmbito da saúde. Assim, primeiramente, afirmou que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito estadual, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e no âmbito municipal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Em comum, a União, os Estados e os Municípios exerceriam, em seu âmbito administrativo, as atribuições de definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; a administração dos recursos orçamentários e financeiros; a organização e coordenação do sistema de informação de saúde; a promoção da articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde, entre outros.

Especificamente, à direção estadual compete promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde, prestar apoio técnico e

financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde, enquanto compete aos municípios planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada, em articulação com sua direção estadual; participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho, sem prejuízo de outras competências.

Descentralização é um processo político, que resulta da transferência efetiva de poder decisório a governos subnacionais que adquirem autonomia com a finalidade de escolher seus próprios governantes que terão a atribuição de comandar diretamente a administração e gestão do ente público. Além disso, é também através da descentralização que são transferidas atribuições estatais à iniciativa privada (ABRUCIO, 2006, p. 79).

Acrescenta ainda Abrucio (2006, p. 79), que tentar distinguir claramente o termo descentralização, não é uma preocupação meramente nomológica, mas sim uma preocupação contra as maneiras indevidas de manejar os conceitos. Exemplos nessa linha foram os discursos de Margaret Thatcher sob o ideal neoliberal da década de 1980, que defendia uma descentralização com o objetivo mais limitado e economicista, significando apenas o repasse de funções a governos locais, sem garantir autonomia e financiamento e ainda a privatização de empresas públicas. Essas ações tinham o escopo de reduzir custos e melhorar o desempenho da gestão pública, negligenciando o cerne de qualquer processo descentralizador: a democratização do Estado.

Igualmente importante é a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Nela, consta em seu artigo 1º que em cada esfera do governo existirá instâncias colegiadas responsáveis pela representação de vários segmentos sociais para realizar avaliações sobre a situação da saúde e propor formulações na política de saúde, entre as quais se destaca o Conselho de Saúde.

Além disso, as pressões intensas a Lei 8142, desencadeou a recuperação da transferência automática de recursos e dos assuntos sobre participação e controle social, mas não mencionou sobre a carreira, mantendo o SUS com muitos tipos de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde.

Em 1992, ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde de caráter extremamente mobilizatório, contando com mais de 5 mil pessoas, ou seja, contou com a participação de em média mil pessoas a mais do que a VIII Conferência. Nessa Conferência os principais assuntos discutidos foram: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social, possuindo em seu relatório final a reiteração de disposições da VIII Conferência, evidenciando a palavra de ordem: "Cumpra-se a Lei", na medida em que exigia a operacionalização da VIII Conferência, no que toca à implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1992).

Enfatiza-se que a IX Conferência ocorreu impregnada pela comoção social, em decorrência das evidências de fraude e corrupção cometidas por Collor. Foi nesse contexto que, meses após, a sociedade civil festejou o "impeachment" do presidente, fenômeno que trazia no seu bojo finalmente a possibilidade de volta à democracia e de resgate da cidadania. Entretanto, mesmo com a grande movimentação política por parte da sociedade, diante desse processo, as mudanças ocorridas em nível federal foram muito tímidas e insuficientes na proporção das demandas que eram cada vez mais numerosas.

Na área da saúde o caos se instalou com uma brutal redução dos recursos de custeio e uma completa paralisação nos investimentos em manutenção e ampliação da rede de serviços. A saúde foi o setor, onde o retrocesso se tornava mais visível em todos os sentidos (SOARES, 1995, p. 180).

Discutiram-se as possibilidades de elevar o patamar do gasto social para dar conta de políticas sociais universais, redistributivas, equitativas, porém, nos anos 90, não se configurou uma situação de normalidade para a Seguridade Social (portadora do maior volume de recursos na área social) que pudesse garantir a apropriação plena das receitas de contribuições instituídas pela Constituição de 1988 para as finalidades previstas no apoio à cidadania social. Ou seja, a tão propalada crise de financiamento da Seguridade Social que nunca chegou a se constituir plenamente, poderia ter sido atenuada se, ao contrário do que afirma o governo federal, a alocação dos recursos vinculados às suas principais políticas – Saúde, Previdência e Assistência Social – tivesse sido anteriormente respeitada, observando a sua destinação constitucional (SOARES, 1995, p. 180).

A crise de financiamento do SUS agravava a operacionalização do sistema, principalmente no que se referia ao atendimento hospitalar. Um dos grandes

problemas foi a escassez de leitos nos grandes centros urbanos, o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos.

A partir de 1991, com a implementação da política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o estado ao mínimo, o discurso das limitações dos gastos públicos que deveriam ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, ocasionou na prática a redução de gastos que atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. Neste período o governo começou a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros.

A primeira NOB foi editada em 1991. A NOB 01/91, sob o argumento da inviabilidade conjuntural, redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permaneceu em grande parte, vigorando até hoje, consubstanciado na regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080. O Art. 35 mencionado definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira e outros (POLIGNANO, 2001, p. 26).

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentam o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios. Assim de acordo com o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena) havia critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros (POLIGNANO, 2001, p. 26).

Continuando com os mesmos ideais neoliberais, em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, tendo sua ideologia atrelada a globalização e a redução do “tamanho do estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agravava, e o próprio ministro da Saúde reconhecia a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e de que a cobrança

por fora seria um fato necessário. Com isso, na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde da época, Adib Jatene, propusera a criação da CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira) que acabou por ter sido ineficiente (POLIGNANO, 2001, p. 27).

Em 2002, assume o poder Luís Ignácio Lula da Silva, criando uma expectativa positivada esquerda e dos movimentos sociais brasileiros. No entanto, o que se verificou foi a manutenção dos pilares do modelo capitalista neoliberal, com a continuação das políticas do governo de Fernando Henrique voltadas à economia. A economia seguia os moldes da gestão anterior, sendo mantida em seus termos, já a CPMF, foi extinta em janeiro de 2008, sendo seus recursos utilizados de maneira inadequada, posto que destinados a outros setores que não a saúde. Uma parte desta arrecadação destinava-se à formação do primário, uma espécie de fundo destinado a cobrir parte das despesas financeiras anuais do governo.

Acredita-se que não houve muita inovação. Alguns autores mencionam como aspectos de inovação da política de saúde do governo “Lula”, o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2001, p. 16).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas demais conferências municipais e estaduais contendo dez eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa;

Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação (BRAVO, 2001, p. 17).

Em 06 de julho de 2004, foram divulgados os resultados que afirmavam que o governo federal com relação à saúde, tinha promovido as seguintes ações: 3200 novas equipes no Programa Saúde da Família, contratação de 13040 novos agentes comunitários de saúde, aumento do repasse de atenção básica para as prefeituras de 10 para 12 reais por habitante, aumento de 68% das equipes de saúde bucal, implantação de 17 farmácias populares, implantação de 132 unidades do SAMU em 1200 municípios e entregues 252 ambulâncias (BRAVO, 2001, p.20).

Os dados apresentados reforçam as questões já levantadas com relação ao posicionamento do governo diante da política de saúde, ao dar ênfase nas ações focalizadas, em detrimento das questões que deveriam ser enfrentadas como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos (BRAVO, 2001, p. 20).

Nessa esteira, a política de saúde no Brasil deve ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde através de um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos FHC e Lula, e que se repete no governo Dilma, evidenciando que no âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Logo, o Sistema de Saúde brasileiro consubstanciado pelo SUS, o responsável pelo financiamento dos serviços de atenção hospitalar e ambulatorial, e também responsável por exercer funções de vigilância sanitária e epidemiológica em todo o país, deve assistir a sociedade brasileira de forma igualitária e universal. Porém, em que pese haver princípios, normas e diretrizes que orientam o SUS, os mesmo não tem sido devidamente observados, o que ocasiona diversas desigualdades sociais na utilização dos serviços de saúde no Brasil.

Essas desigualdades sociais, conforme entendimento de Castro e Travassos (2013, p. 183) “[...] expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do individuo e caracterizam situações de injustiça social, ou seja, iniquidades”. Os autores, em questão, também distinguem o que é equidade nas condições de saúde, da equidade na utilização dos serviços de saúde. No primeiro, os grupos socialmente menos privilegiados possuem maior risco de adoecer e morrer pela exposição que sofrem, enquanto no segundo, a disponibilidade de equipamentos,

serviços, distribuição geográfica, financiamento dos serviços podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Com isso, o papel dos Conselhos se demonstra importante na medida em que fiscaliza se o Estado está cumprindo com o estabelecido pelo nosso ordenamento jurídico, favorecendo o exercício do controle social.

Para o exercício do controle social sobre a ação estatal da perspectiva democrática, 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 (BARROS, 1998, p. 31).

Enquanto as doenças resultantes da pobreza e más condições ambientais, como diarreia e tuberculose, têm sido muitas vezes "medicalizada", utilizando soluções biomédicas convencionais, esquece-se que deve haver também outra abordagem. Exemplo é o caso de pacientes com transtornos mentais graves que não dependem unicamente de acesso a serviços, medicamentos, habilidades, e da disponibilidade de cuidados profissionais, mas também de cuidados e apoio prestado por membros da família e de uma rede social (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014, tradução nossa).

2.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEU CONTROLE

As mudanças na área da saúde no Brasil ocorreram em função de um movimento político reformador iniciado em 1970, motivado pela necessidade de abertura política do país, ou seja, a democratização em todos os setores, inclusive no da saúde. Esses ideais reformadores vêm se consolidando desde 1986, quando, formalizou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação de usuários na definição dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONCIANI; OLIVEIRA, 2009, p. 320).

Assim, com base nesse novo ideal de redemocratização foi editada a Lei nº 8.080/90, que estabelece os princípios do SUS e, afirma que as ações e serviços de saúde são executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Nessa esteira,

dispondo sobre essa participação na gestão do SUS, também foi editada a Lei nº 8.142/90, definindo sobre as instâncias colegiadas do SUS, como a Conferência e o Conselho de Saúde:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

No campo da saúde mental, militantes políticos, técnicos e associações de familiares e portadores de transtorno mental se mobilizavam para que essa reforma pudesse promover mudanças através da inversão na lógica de tratamento dispensado a esse grupo. Com isso, esse movimento ficou conhecido como reforma psiquiátrica que, inspirado no movimento iniciado na Itália, desenvolveu-se no Brasil a partir da década de 1970 (CONCIANI, OLIVEIRA, 2009, p. 320).

Concomitante a elaboração da Carta Constitucional, o Ministério da Saúde passou a efetivar as iniciativas políticas da Reforma Psiquiátrica, fazendo surgir os primeiros serviços especializados na atenção aos usuários de substâncias psicoativas, em um contexto extra-hospitalar.

No processo de reforma psiquiátrica, as iniciativas do Ministério da Saúde, com a política de redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e implantação de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em todo o território nacional, foi um instrumento administrativo importante. Ademais, em conjunto com essa iniciativa, ao longo dos anos, outros instrumentos administrativos foram sendo editados de modo a disciplinar uma política para os portadores de transtornos mentais.

A reorientação paradigmática demandou a organização de uma rede de atenção psicossocial que passa pela abertura de serviços especializados e pela reorganização de ações e serviços na rede local, para o fortalecimento de ações assistenciais no nível primário de atenção, de acordo com a orientação declarada em Caracas, em 1990, como marco dos processos de reformada assistência em saúde mental nas Américas. (CONCIANI, OLIVEIRA, 2009, p. 320).

A Declaração de Caracas teve como objetivo a reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, uma vez que afirma que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, participativo, descentralizado, integral, contínuo e

preventivo. Também, o modelo centrado no hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, é considerado como um obstáculo ao tratamento psiquiátrico na medida em que isola o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social, cria condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo, bem como fornece ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Como estratégia, a orientação de Caracas indica o Atendimento Primário de Saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde desde o ano de 2000. Segundo a orientação, a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, implicando numa revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.

A orientação ainda esclarece que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, sendo baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, propiciando a permanência do enfermo em seu meio comunitário. Claro que para isso é necessário que o sistema normativo dos países se ajuste de modo que possa promover a organização de serviços comunitários de saúde mental.

Portanto, de forma similar ao que ocorreu com os Conselhos de Saúde, em 1990, a atenção psiquiátrica passa a ter um modelo mais acessível, descentralizado e participativo, prescrito e assinado pelo governo brasileiro na Declaração de Caracas (1990). Ali foi sacralizado a condenação do hospital psiquiátrico como anti-terapêutico com o intuito de reduzir o estigma (*“lugar de louco é no asilo”*) sobre o indivíduo usuário desses serviços de saúde e prescritas as estratégias de cuidados na comunidade como as mais efetivas e eficazes.

No Brasil, desde 2002, o Ministério da Saúde vem normatizando de modo a estimular a implantação de uma rede de atenção psicossocial para substituir os hospitais psiquiátricos em todo o território nacional. Destacam-se no ano de 2002, a edição das Portarias nº GM/336 que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nos serviços de CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e da portaria SAS/189 que regulariza o acolhimento, observação e repouso de

pacientes em acompanhamento nos Centros de Atendimento Psicossocial III, quando necessária a utilização do leito.

Ainda, a Portaria nº GM/251 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos, definindo a estrutura e a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.

Dentro das políticas de Saúde Mental, encontra-se um destaque atual, para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas que também teve uma evolução significativa com relação à legislação, concomitante a evolução da Política de Saúde Mental e de Institutos que promoveram a participação popular, como os Conselhos.

A discussão sobre o uso de drogas é assunto de debate, por conta do potencial para abuso e dependência, bem como pelas restrições impostas pelos governos sobre a produção e a venda dessas substâncias. Com isso, esse assunto é alvo de políticas públicas, que inicialmente construíram seus discursos em dispositivos de criminalização e medicalização, onde o usuário de drogas é responsável no sistema judiciário ou é alvo de internações compulsórias. Esse posicionamento é repressivo ao enfrentamento das drogas e foi assumido pelo Estado Brasileiro, diante dos movimentos e decisões internacionais, como nos Estados Unidos, que tem uma política proibicionista, devido ao crescimento da industrialização de bebidas alcoólicas no país e à extensão mercantil do consumo (SANTOS; OLIVEIRA, p.85, 2012).

No início, o Brasil aprovou em 1971, a Lei 5.726 que não fazia nenhuma referência ao tratamento à saúde da população usuária de drogas, exceto aqueles referidos como infratores viciados, que eram internados compulsoriamente em hospitais psiquiátricos por tempo necessário à sua recuperação ou reabilitação criminal do viciado, como dispõe o art. 9º da referida lei: “Os viciados em substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, que praticarem os crimes previstos no art. 281 e seus §§ do Código Penal, ficarão sujeitos às medidas de recuperação estabelecidas por esta lei.” Posteriormente, a Lei foi substituída pela Lei 6.368/1976, que tratava sobre as medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes.

Essa nova lei apresentou certo avanço, principalmente por ampliar as ações preventivas, destinando ações para os dependentes de entorpecentes e não apenas para os infratores viciados. Porém ainda tinha influência da concepção médico-

psiquiátrica, pela qual o usuário de drogas passou a ser considerado um doente que deveria frequentar os hospitais psiquiátricos (SANTOS; OLIVEIRA, p.86, 2012).

Em 1980, o COFEN (Conselho Federal de Entorpecentes) foi o responsável pela formulação das políticas públicas relacionadas às drogas, sendo substituído em 1998, pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). O CONAD formulou a Política Nacional Antidrogas, instituída pelo Decreto n. 4345/2002, retratando a droga como ameaça à comunidade.

Em 2002, surge a Lei 10.409 que determina a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de drogas que causem dependência física ou psíquica. Essa lei teve como avanço o estabelecimento do tratamento do dependente por equipe multiprofissional, não se preocupando apenas com a repressão aos usuários.

Então o tratamento deveria ser realizado através de uma equipe multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família. A lei destaca também o papel das empresas privadas que devem desenvolver programas de reinserção no mercado de trabalho do usuário, podendo inclusive receber benefícios da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, quando encaminhados para a rede pública.

No decorrer dos anos, foram implementados programas buscando a redução de danos na atenção à saúde dos usuários de drogas injetáveis e a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003.

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas foi criada tendo em vista a preocupação com uma política de prevenção, tratamento e de educação do usuário de drogas, sendo priorizada a construção de uma interface de programas do Ministério da Saúde com outros Ministérios e dos setores da sociedade civil organizada, já que é um grave problema de saúde pública. Assim, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários (MDS, 2003, p. 8).

Destaca-se a importância de reconhecer o usuário como um consumidor com suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, que exigem a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de

prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (MDS, 2003, p. 8).

Sobre o controle social, vê-se a preocupação da política voltada aos danos à saúde, quando estabelece às articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, por serem fundamentais para a elaboração de planos estratégicos, ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso. E se relacionados ao uso do álcool, a política contribui com o fomento do debate público em várias instâncias. Esses debates devem abordar medidas, como a revisão da taxação de bebidas alcoólicas através de imposto que seria destinado ao custeio da assistência e prevenção dos problemas relacionados ao uso do álcool, bem como pela discussão, implantação e implementação das propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental (MDS, 2003, p. 21).

Em 2005, é aprovada pelo CONAD a Política Nacional sobre Drogas, sendo o problema de ordem da saúde pública. Esta Política Nacional tem como principais pressupostos: a) buscar atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; b) reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada; c) tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias; d) buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas; e) garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas; f) priorizar a prevenção, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade e não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois é prevenção, intensificar a cooperação nacional e internacional, incentivando a participação de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, respeitando a soberania nacional.

Com relação, a atuação de Conselhos sobre essa Política, tem como pressupostos garantir, incentivar e articular, por intermédio do CONAD, o

desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, nos campos relacionados às drogas, bem como garantir que o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo e que esses possuam caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando a composição paritária entre sociedade civil e governo.

Dentre os objetivos, também pode ser observado a preocupação com a participação da sociedade e o controle social, quando dispõe sobre assegurar, em todos os níveis de governo o “[...] efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade” (BRASIL, 2005).

A Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005), seguindo as orientações constitucionais, em vários dispositivos demonstra a importância do controle social e o aspecto da descentralização dessa política, principalmente no tocante ao Orçamento Geral da União, em que devem ser previstas dotações orçamentárias, em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Política Nacional sobre Drogas, distribuídas de forma descentralizada, com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, estimulando a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade.

Com responsabilidade da redução da oferta dessas substâncias, verificam-se as ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, do Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional - DRCI/MJ, da Secretaria da Receita Federal - SRF, do Departamento de Polícia Federal - DPF, do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, da Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP, da Polícia Rodoviária Federal - DPRF, das Polícias Civis e Militares e demais setores governamentais que devem receber irrestrito apoio do Estado na execução de suas atividades.

Posteriormente, foi editada a Lei 11.343/2006, que revogou as Leis 6.368/1976 e a 10.409/2002. Nela, a produção e tráfico de drogas são mais reprimidas, enquanto a condição dos usuários e dependentes é vista de forma diferenciada, além do estabelecimento de penas alternativas para o crime de porte de drogas para uso pessoal. Então, essa lei instituiu o Sistema Nacional de Políticas

Públicas sobre Drogas – Sisnad, prescrevendo medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, na medida em que estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Já o Ministério da Saúde editou várias portarias posteriores, fazendo remissão à Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. A primeira portaria importante é a de n. 1.190 de 2009 que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS, definindo suas diretrizes gerais, ações e metas. Essa portaria teve como finalidade ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

Com base nessas diretrizes e no controle social, o Poder Executivo, através do Presidente da República, em 2010, expediu o decreto n. 7.179 formulando o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criando o seu Comitê Gestor com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack. As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack também possuem previsão de serem executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

Em 2011, foi expedida a portaria de n. 3.088 pelo Ministério da Saúde que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. Essa portaria prevê como diretriz para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, no seu art. 2º, inciso IX a “ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares”.

Seguindo a tendência do exercício do controle social pela sociedade, outras normas também o previram. Dentre elas, a portaria n. 1.306/2012 que criou o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial com atribuições para

ampliar o envolvimento da sociedade civil na discussão relacionada às ações voltadas às pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, contribuir na sensibilização e na mobilização social e fortalecimento do controle social das ações, com o objetivo de facilitar e promover a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e a participação democrática.

Na Bahia, o governo do Estado expediu o Decreto n. 13.587/2012 autorizando a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde - FESBA para Fundos Municipais de Saúde no âmbito dos programas de desenvolvimento de atenção à saúde mental e de atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas.

Diante da evolução legislativa é possível extrair a importância da recomposição das instâncias estaduais e municipais de controle da política de drogas, juntamente aos conselhos de saúde, ressaltando-se o benefício se tais instâncias promoverem a participação de consumidores de drogas para a formulação de políticas locais. Os conselhos de saúde necessitam resgatar seu papel articulador entre os diferentes segmentos para não se constituírem em meros executores de ações (MDS, 2003, p. 29-30).

Para a questão específica do consumo de drogas, o mundo defronta-se com o desafio de encontrar respostas, em médio prazo, para a melhoria substancial das condições de vida das pessoas consumidoras de drogas, bem como respostas potentes relativas à prevenção e tratamento. Os principais limites observados pelas leis decorrem da falta de prioridade dada a uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o SUS. Seja pelos custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras instituições governamentais, de forma a impactar positivamente na redução do consumo de drogas, no resgate do usuário do ponto de vista da saúde e não tão somente legalista, e em estratégias de comunicação através dos conselhos que não reforcem o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade.

3. OS CONSELHOS DE SAÚDE

Mesmo com os avanços da Constituição Federal de 1988, fez-se necessário a edição de leis infraconstitucionais para melhor regulamentar a incorporação dos Conselhos. Dentre essas leis, pode-se mencionar a LOS - Lei Orgânica da Saúde proposta em 1990, que inicialmente teve o veto integral de todos os institutos da participação popular e a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social de 1993.

Os conselhos, na maneira como eles introduziram a questão da partilha do poder em uma instituição híbrida, são também o resultado de diferentes negociações após o processo constituinte. Um dos seus elementos mais importantes é a associação entre a falta da participação e sanção, expressa na suspensão da transferência de recursos públicos federais para os municípios que não praticarem a participação popular na saúde (AVRITZER, 2008, p. 53).

Houve uma verdadeira disseminação das instituições participativas pelo país, evidenciando que apesar de todas as resistências, o projeto participativo se impôs como princípio no Brasil. Nenhum governo pode hoje ignorar os conselhos nos processos da política, pois mesmo que os conselhos não tenham poder efetivo para decidir sobre a política pública, os conselhos têm poder de veto sobre as decisões do governo, podendo paralisar obras, vetar convênios e suspender o repasse de recursos (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 72).

Nesse sentido, os conselhos fazem parte da estrutura administrativa da área de política pública a que estão vinculados. Esse nível alto de institucionalização se expressa nas variações de conteúdo das agendas e nos tipos de decisão diferentes que os conselhos podem tomar em cada área de política pública. Por exemplo, enquanto na área de trabalho e emprego, eles decidem sobre os tipos de cursos de

qualificação profissional que serão financiados com recursos públicos, na área de assistência social eles definem quais os provedores privados de serviços assistências estão aptos, de acordo com os critérios legais, a receber, ou continuar recebendo, recursos públicos.

As agendas dos conselhos e as questões sobre as quais eles têm poder para decidir, bem como o seu papel institucional são modelados por regras pré-estabelecidas e pelas necessidades criadas pelas características institucionais de cada área (CORTES; GUGLIANO, 2010, p. 62-63).

O que se observa é o fomento da participação social na realidade brasileira valorizado na Constituição Federal e na legislação como um todo que trouxe estratégias políticas adotadas para definir prioridades, fiscalizar as ações, monitorar a aplicação de recursos e avaliar as condições de implementação das políticas sociais, visando uma maior articulação entre o Estado e a sociedade (GOMIDE *et al.*, 2012, p. 14).

Os conselhos são a grande novidade nas políticas públicas, pois são frutos das demandas populares e das pressões da sociedade civil pela redemocratização do país e são compostos por representantes do poder público e da sociedade civil organizada, não devendo confundi-los com os fóruns civis não-governamentais. Os fóruns civis não-governamentais são compostos exclusivamente por representantes da sociedade civil, cujo poder reside na força de mobilização e não possuem na maioria dos casos, assento institucionalizado junto ao poder público. Já os conselhos dependem de leis para serem estabelecidos, têm caráter deliberativo, com gestão descentralizada e participativa com uma composição paritária (GOHN, 2007).

A área da saúde foi pioneira na criação dos conselhos, devido a efervescência política que desencadeou à organização do Movimento de Reforma Sanitária, composta por movimentos sociais, intelectuais, partidos de esquerda na luta contra a ditadura para a mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um Sistema Nacional de Saúde universal, participativo, público, descentralizado e de qualidade (MOTA *et al.*, 2009, p. 111-2).

Especificamente, os Conselhos Municipais de Saúde, em conformidade com a Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII, Capítulo II, e as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 foram criados como órgãos permanentes, normativos e deliberativos com competência para formular estratégias e controlar a execução da

política de saúde do município. Acrescentam-se as funções fiscalizatórias, consultivas para o acompanhamento e controle da política municipal de saúde de acordo com a Lei Orgânica Municipal (CRISTO, 2013, p. 52).

Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos criados em decorrência da descentralização, na tentativa de aproximar os governantes locais dos cidadãos para que possam acompanhar a implementação da política de saúde nos seus municípios. Além disso, a criação desses conselhos é requisito para a transferência de recursos federais para os municípios, viabilizando incremento de recursos para serem aplicados na área de saúde.

Contudo, do ponto de vista histórico a noção de controle e participação social insculpida nos diplomas legislativos ainda é muito recente. Os conselhos introduziram novos elementos de disputa política e os governantes ainda não estão familiarizados com essa realidade. Para a autora Ferraz (2006, p. 62) vários estudos ressaltam os conflitos existentes entre a legitimidade dos que foram escolhidos em pleitos eleitorais regulares (prefeitos, governadores, presidente e parlamentares), no âmbito da competição partidária e eleitoral, e a legitimidade dos representantes das diferentes entidades da sociedade civil que compõe o segmento dos usuários nos mais diferentes conselhos.

Esses estudos demonstram que há um intenso conflito entre os modelos de participação e representação. O Poder Executivo que lida diretamente com os conselhos não querem partilhar o poder por não acreditarem que eles possuem legitimidade suficiente para interferir no governo, pois a legitimação para representar os interesses da coletividade apenas decorreria de um processo eleitoral regular e a prestação de contas se daria apenas aos eleitores e não aos representantes da sociedade civil.

Nesse sentido, esta perspectiva impossibilita enxergar que há uma necessária complementaridade entre democracia representativa e democracia participativa, respaldada no próprio texto constitucional que amplia os espaços político-institucionais, aperfeiçoando e consolidando os mecanismos formais da própria democracia representativa (RAICHELIS, 1998, p. 186).

Assim, deve haver uma renovação na teoria democrática com a formulação de critérios democráticos que não sejam limitados no ato de votar. Isso implicaria numa articulação da democracia representativa com a democracia participativa. A nova teoria democrática deverá proceder à repolitização global da prática social e o

campo político que daí resultará permitirá desocultar formas novas de opressão e de dominação, ao mesmo tempo em que criará novas oportunidades para o exercício de novas formas de democracia e de cidadania. Politizar significa identificar relações de poder e imaginar formas práticas de transformá-las em relações de autoridade partilhada. As diferenças entre as relações de poder são o princípio da diferenciação e estratificação do político. Enquanto tarefa analítica e pressuposto de ação prática são tão importantes à globalização do político como a sua diferenciação (BOAVENTURA, 2000, p. 270-271).

Por isso, os conselhos têm se instituído num ambiente de disputa, submissão política e contenção da participação e de seu potencial democratizante. O esvaziamento e a anulação da presença dos conselhos no circuito decisório têm sido a mais forte estratégia usada por representantes de blocos do poder e forças de caráter antidemocrático para resistir à partilha efetiva de poder e à promoção de alterações mais profundas na direção dada ao uso de recursos públicos, no sentido de efetivar políticas que possam garantir o acesso da maioria da população a bens e serviços capazes de assegurar a efetividade de seus direitos (FERRAZ, 2006, p. 68).

No interior dessa democracia participativa surge então a questão dos interesses particulares nessas instâncias participativas, chamada de neocorporativismo. O neocorporativismo constitui um conjunto de mudanças que ocorrem nas relações entre Estado e organizações representativas de interesses particulares, nos países capitalistas com regime democrático. Ambos tentam reviver uma unidade orgânica da sociedade como reação ao individualismo e à atomização produzidos pelo liberalismo. A origem do termo está na corporação medieval, associação de indivíduos que exerciam a mesma atividade profissional, monopolizavam o ofício, e, conseqüentemente, a produção, vedando o acesso a estranhos (BOBBIO, 1986, p. 818-820).

No sistema neocorporativista, a organização representativa dos interesses particulares é livre para aceitar ou não suas relações com o Estado, enquanto no corporativismo quem dirige é o próprio Estado que define estas relações. Na escolha dos representantes interlocutores, muitos Estados acabam influenciando na formação e consolidação das organizações representativas de interesses, na maioria dispersos e incapazes de se agregar na sociedade civil.

O Neocorporativismo é uma maneira específica de formação das opções políticas, pois as grandes organizações representativas de interesses não se limitam

a exercer pressões externas, como na democracia representativa, mas são envolvidas diretamente no processo de formação e de gestão das decisões.

Com isso, fica evidente que a democracia participativa acaba surgindo como uma opção, quando a democracia representativa se mostra ineficaz, ou seja, quando os representantes escolhidos pela população não representam mais os interesses de quem os elegeram. Entretanto, Boaventura e Avritzer (2005, p. 64) chamam atenção para o risco “[...] da apropriação do discurso da democracia participativa por propostas que não significam muito mais que a sua redução às categorias de mercantilização”.

De outro lado, também se observa a influência do Estado, através do poder Executivo na composição dos conselhos que compromete a tomada de decisões. Sobre a cooptação pelo poder executivo, são muitos os casos de conselhos controlados pelo poder público, legitimando um conjunto de medidas bastante questionáveis tanto do ponto de vista técnico administrativo, quanto de sua natureza ética e política. Constituem-se como instrumentos diretos de acobertamento de fraudes do sistema político ou de privilegiamento de determinados setores (LUCHMANN, 2002 *apud* LYRA, 2007, p. 608).

Considerando que a condução dos conselhos tem a tendência de não mais pertencer ao gestor do SUS, dá-se que a homologação do Executivo deixa de ser realizada como compromisso para ser exercida como mera concessão, posto que o organismo onde é gerada, no Conselho, se coloca fora do Executivo, não mais como seu componente (GOULART, 2010).

Além da prevalência de interesses do executivo manifestada através da homologação das decisões, é importante verificar a paridade na composição dos conselhos, pois é uma medida que garante a participação dos representantes dos mais diversos setores nas deliberações.

Faz-se um alerta que a paridade na composição dos conselhos não deve ser apenas uma questão numérica, mas de condições de certa igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo para evitar uma disparidade de condições de participação em um conselho de membros advindos do governo daqueles advindos da sociedade civil (GOHN, 2007, p. 92).

Os primeiros geralmente trabalham em atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal remunerado, têm acesso aos dados e informações, têm infraestrutura de suporte administrativo, estão habituados com a

linguagem tecnocrática, enquanto o segundo grupo encontra diversas dificuldades, por atuarem em porções fragmentadas sem estrutura para se articular com outras áreas ou com conselhos da administração pública. Por isso, é preciso entender o espaço da política como local, onde é possível fiscalizar e também propor políticas; é preciso capacitação ampla que possibilite a todos os membros do conselho uma visão geral da política e da administração.

Mesmo descrito na lei que o conselho seria paritário, a nível nacional é observada pouca representatividade da sociedade civil. Quando no conselho faz parte apenas uma das categorias interessadas, as deliberações geralmente são objeto de vícios corporativistas. Como o ideal é democrático, torna-se desejável que diversas entidades interessadas nos assuntos possam apresentar seus pareceres sobre as questões para haver um equilíbrio nos critérios de decisão. Os conselhos têm o mérito de servirem de local de debates das questões de interesse de uma comunidade, podendo prestar-se a instrumentalizar vozes sociais (AGUILLAR, 1999, p. 219).

Outro desafio dos conselhos é superar o entrave encontrado na sua dinâmica representativa marcada pela discussão técnica na definição das políticas sociais. O que ocorre nessas discussões é que “as diretrizes e programas transformam-se em problemas essencialmente técnicos com linguagem rebuscada e muitas vezes incompreensíveis aos leigos”, produzindo um efeito negativo de incompetência dos representantes da sociedade civil, atribuindo uma valorização dos *técnicos* (FERRAZ, 2006, p. 66).

Esse processo de fortalecimento da burocracia governamental, fundado na *tecnificação* de questões é uma triste realidade que demonstra uma despolitização das questões eminentemente políticas, como pode ser observado através das palavras do representante do Ipea (RAICHELIS, 1998, p. 192):

Porque a grande maioria dos conselheiros que representam a sociedade civil, não tem conhecimento da máquina burocrática, não sabe como funciona o governo, os trâmites que devem ser seguidos porque as leis assim determinam [...] Para a sociedade civil, de modo geral, esses trâmites são muito simples [...] Então, o governo passou a se interessar por participar mais desses conselhos, para que certas deliberações não sejam tomadas por inaplicáveis [...] Ou seja, a maioria dos conselheiros não conhece ou não sabe interpretar a lei e os decretos, porque não têm experiência, não estão habituados no dia-a-dia a trabalhar com isso.

Diante do exposto é preciso fazer uma reflexão sobre os desafios a serem enfrentados pelos Conselhos para que haja uma operacionalização plena, conforme os ideais democráticos e para isso foi escolhido o estudo de caso de um Conselho Municipal de Saúde para analisar em que medida o que acontece a nível nacional é refletido a nível local.

Outro questionamento a ser observado é se existe o desconhecimento pelos usuários de suas possibilidades, o que inviabiliza a cobrança na prestação de contas. É preciso fiscalizar e controlar não só os governantes, mas também os próprios conselheiros.

Entretanto, mesmo com os diversos problemas enfrentados no processo de reconhecimento da participação popular, não se pode esquecer que houve de fato uma inovação legislativa e institucional com a Constituição Federal de 1988, que possibilitou a inserção das camadas populares no rol do governo. Isso ajudou a dar maior transparência, sendo uma verdadeira conquista dos movimentos sociais que lutaram contra a ditadura.

3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS (RESOLUÇÃO 466/2012 E NORMA OPERACIONAL 001/2013)

A pesquisa se encontra respaldada na aprovação do projeto “AVALIAR RAPS⁴”, bem como na aprovação da pesquisa pelo Colegiado do Comitê de Ética e Pesquisa da UCSAL (Universidade Católica do Salvador) em 05/08/2014, tendo sido submetida uma emenda referente ao cronograma da pesquisa em 31/08/2014, que culminou na emissão do parecer em 18/09/2014 (n. 796.170).

A pesquisa foi autorizada em razão de o estudo observar a norma que prevê o respeito aos participantes, quanto à sua dignidade, na medida em que oferece o sigilo, expõe a relevância do estudo, os benefícios e riscos inerentes, bem como orienta através do termo de consentimento livre e esclarecido sobre os objetivos da

⁴ AVALIAR RAPS: Avaliação das políticas e qualidade do cuidado nas Redes de Atenção Psicossocial no Estado da Bahia – RAPS, com foco para os territórios de Salvador, Feira de Santana, Macaúbas, executada pela Universidade Católica do Salvador em parceria com a Universidade Estadual de Feira de Santana e a Universidade Federal da Bahia, sob a coordenação da prof. Ana Maria Fernandes Pitta, MD.,PhD (Parecer n. 432.553 de 16.10.2013) – FAPESB/CNPQ.

pesquisa.

O estudo tem relevância social e é benéfico por ampliar a discussão sobre a participação dos cidadãos em Políticas de Saúde que os beneficiam, bem como na compreensão da atuação do CMS que deve se alinhar aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a inclusão dos usuários na proposta de cidadania. Desta forma, o estudo beneficia o exercício do controle social pela sociedade.

Como a pesquisa envolveu a aplicação de entrevista e questionário, que poderia ocasionar algum tipo de dano, referente à esfera psicológica do participante, que está apropriado de valores, cultura, emoções e sentimento, os riscos foram evitados, já que foram fornecidas todas as informações necessárias sobre a pesquisa e o seu sigilo no momento da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o fim de garantir o princípio da não maleficência. Ademais, o Termo de Consentimento previa nos casos de risco, a previsão de desistência e/ou encaminhamento do participante à Rede de cuidado do SUS.

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Com o intuito de atingir os objetivos propostos neste estudo foi realizada uma estratégia qualitativa de investigação, em que se busca uma compreensão interpretativa da ação social (MINAYO *et al.*, 2010).

O método qualitativo não pretende mensurar o problema e justifica-se para entender a natureza de um fenômeno social. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa descrevem a complexidade de determinado problema, analisando a interação de certas variáveis, facilitando a compreensão e classificação dos processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuindo assim, no processo de mudança de determinado grupo, em maior nível de profundidade, bem como no entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1999, p. 80).

Assim, a pesquisa qualitativa possibilita uma aproximação com as pessoas, o local, os fatos que constituem o objeto de pesquisa, para extrair desse convívio os

significados visíveis e latentes que só podem ser perceptíveis a uma atenção mais sensível. Após esse processo, o investigador interpreta e traduz, através de um texto, os significados explícitos ou ocultos do seu objeto de pesquisa (CHIZZOTTI, 2008, p. 28-9).

Corroborando com o entendimento desses autores, esta é a abordagem mais adequada, em razão de partir do campo das ciências sociais para estudar uma instituição e os conjuntos de interações pessoais.

Caracterizou-se como exploratório-explicativa, na medida em que teve como objetivo, proporcionar maior aproximação com o problema para torná-lo mais explícito, bem como de identificar os fatores que contribuem para que ocorra o controle social. Além disso, é de cunho teórico-empírico, na medida em que confronta os referenciais teóricos e documentais com as informações coletadas por meio da pesquisa de campo, favorecendo assim a análise qualitativa dos resultados.

Nesse sentido, a pesquisa se deu no desenho de estudo de caso, envolvendo a coleta sistemática de informações sobre o CMS. O estudo de caso objetiva reunir os dados relevantes sobre o objeto de estudo e, desse modo, alcançar um conhecimento mais amplo sobre esse objeto, dissipando as dúvidas, esclarecendo questões pertinentes, e, sobretudo, instruindo ações posteriores (CHIZZOTTI, 2008, p. 135). Vale ressaltar que, em decorrência do estudo de caso envolver uma coleta sistemática de informações sobre o objeto da pesquisa, há a possibilidade de se recorrer a múltiplas fontes de coletas de informações, como os documentos, relatórios, entrevistas e outros (CHIZZOTTI, 2008, p. 140).

Trata-se de um estudo de caso que se ocupa de um Conselho Municipal de Saúde (doravante CMS) de um município do Estado da Bahia, aqui não denominado, para preservar o sigilo e confidencialidade dos informantes, além do intuito de universalizar o estudo para outros municípios.

O estudo tomou o CMS como objeto de análise, em todas as suas dimensões: estrutural, de funcionamento, dos seus integrantes e da efetividade nas suas ações com relação à Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a fim de conhecer melhor como é exercido o controle social.

Os sujeitos da pesquisa são os conselheiros representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários do SUS, com especial atenção para os conselheiros representantes da categoria dos usuários portadores de neuropatologias e transtornos mentais.

Ainda, na perspectiva da construção de um modelo teórico de análise, respaldado pelo referencial teórico circundante ao tema, o estudo consistiu numa pesquisa bibliográfica, documental e etnográfica.

3.2.1 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir da análise do tema em livros e artigos científicos, buscando traçar o estudo da influência da democracia e da cidadania no exercício do controle social exercido pelo CMS.

A escolha pela pesquisa bibliográfica se deu em razão da maior vantagem de permitir ao investigador uma cobertura maior de fenômenos ao invés de se realizar o estudo diretamente. Também se mostra relevante a utilização da pesquisa bibliográfica para traçar o estudo histórico, buscando dados do passado que influenciam no presente (GIL, 2010, p. 50).

3.2.2 Pesquisa documental

Documentos são todas as realizações produzidas pelo homem que se mostram como indícios de sua ação e que podem revelar suas ideias e opiniões. Seguindo este raciocínio, podem ser apontados vários tipos de documentos, como os escritos, estatísticos, de reprodução de som e imagem e os documentos-objeto. Nesse sentido, a pesquisa documental é responsável por permitir a investigação de determinado problema não em sua interação imediata, mas de forma indireta, revelando o seu modo de ser e compreender um fato social (BRAVO, 1991).

Corroborando com este entendimento, o estudo documental consistiu na análise dos documentos institucionais do CMS, quais sejam: o seu Regimento Interno, as Atas das reuniões realizadas no período de 2012 a 2013 e as legislações aplicáveis à Instituição.

Não houve a permissão de acesso às atas das reuniões realizadas em 2014, sob a alegação que as mesmas não estavam assinadas por todos os conselheiros e que por isso não poderiam ser fornecidas.

Com relação à legislação, além da análise da Constituição Federal de 1988, foram utilizadas as resoluções n. 33/92, n. 333/03 e 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a lei federal n. 8142/90 em conjunto com a lei 8080/90, bem como a Lei

Orgânica do Município.

3.2.3 Pesquisa etnográfica: observação direta, entrevista e questionário

Respaldado nos instrumentos construídos para a coleta de dados, roteiro de entrevista, questionário e a observação direta, realizou-se a pesquisa de campo. A pesquisa de campo foi escolhida, pois permite focalizar o estudo de uma comunidade, podendo ser desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes de modo a captar as explicações e interpretações que ocorrem no grupo, havendo a possibilidade de ser conjugado com outros procedimentos como a análise documental (GIL, 2010, p. 53).

Com relação, a observação direta na pesquisa de campo, o método escolhido foi o etnográfico, em que o autor é simultaneamente, o seu próprio cronista e historiador, examinando os fatos ou fenômenos que se desejam estudar, materializados no comportamento e na memória humana (MALINOWSKI, 1978, p. 84).

Nesse sentido, pela observação direta e por um período de tempo, das formas costumeiras de viver de um grupo particular de pessoas associadas de alguma maneira é possível analisar uma unidade social representativa para o estudo (MATTOS, 2007). Assim, o pesquisador etnógrafo efetua sua pesquisa de campo através da observação direta, de modo que o trabalho de campo é a própria fonte da pesquisa. Este fenômeno se revela devido à necessidade de compreender as relações sócio-culturais, os comportamentos, saberes e práticas das sociedades, até então, desconhecidas, e que se adaptaram a problemas comuns da atualidade (LAPLANTINE, 2003). Mostra-se não ser suficiente fazer perguntas, é necessário observar o que as pessoas fazem, as ferramentas que utilizam e como se relacionam entre si.

Assim, a observação direta foi realizada em três momentos que se deram em duas reuniões e no Aulão sobre controle social. A primeira reunião foi em 23 de julho de 2014, a segunda reunião em 08 de outubro de 2014, enquanto o Aulão sobre controle social ocorreu em 17 de setembro de 2014.

Após a observação direta, realizou-se a entrevista no dia 19 de setembro de 2014, que é uma técnica que permite o desenvolvimento de uma relação mais estreita entre as pessoas e é bastante utilizada na pesquisa em Ciências Sociais.

Com isso, a melhor situação para participar na mente de outro ser humano é a interação face a face, pois tem o caráter de proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos (RICHARDSON, 1999, p. 207).

A entrevista foi semiestruturada por está focada em um determinado assunto sobre o qual foi elaborado um roteiro com perguntas principais, que foram complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias da entrevista. Esse tipo de entrevista possibilitou que as informações pudessem surgir de forma mais livre com respostas não condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1991, p. 154).

Já o questionário, técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, foi aplicado entre os meses de setembro e outubro de 2014 (GIL, 1999, p.128). A vantagem de utilizar essa técnica decorreu da possibilidade de atingir um maior número de pessoas, mesmo que dispersas, e ainda garantiu o anonimato das respostas, não expondo o pesquisador à influência das opiniões e do aspecto pessoal do participante (GIL, 1999, p.128-9).

Nesse sentido, a escolha dos entrevistados através da entrevista semiestruturada ou questionário decorreu em razão dos propósitos da pesquisa que giraram em torno da discussão da Saúde Mental, em específico da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, permitindo assim um aprofundamento sobre o tema. Assim, foi aplicada a entrevista semiestruturada a um dos representantes dos usuários portadores de neuropatologias e transtornos mentais e aplicação de questionário aos demais conselheiros, sendo um representante do governo, um representante dos trabalhadores do SUS e quatro representantes dos usuários.

Sendo assim, entrevistou-se com o intuito de identificar o entendimento sobre participação social, a contribuição à comunidade e as dificuldades encontradas nas discussões sobre a Política de Saúde Mental e Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas. A escolha por uma entrevista semiestruturada se deu de modo a possibilitar a se seguir um roteiro previamente definido de modo a evitar a fuga dos pontos de interesse da pesquisa.

Seguindo as orientações de Marconi e Lakatos (1999, p. 100), para os demais

conselheiros foi entregue junto com o questionário, uma nota explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, para tentar despertar o interesse do receptor para que ele pudesse preencher e devolver o questionário.

Então, foram entregues pessoalmente 15 (quinze) questionários aos conselheiros juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim distribuídos: 5 (cinco) para os representantes dos usuários, 5 (cinco) para os representantes dos trabalhadores e 5 (cinco) para os representantes do governo. Apenas 3 (três) conselheiros concordaram em responder o questionário no mesmo momento, enquanto outros 3 (três) preferiram entregar momentos após o questionário respondido. Os demais recusaram responder o questionário, em razão das eleições.

3.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados coletados escolhida foi a análise de conteúdo, destacando que o enfoque é a perspectiva qualitativa de análise. Para uma aplicabilidade coerente do método, segundo Bardin (2009, p. 121), de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a Análise de Conteúdo (AC) deve ter como início uma organização em torno de três polos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados através da inferência e da interpretação.

A análise de conteúdo é a técnica mais elaborada e de maior prestígio, constituindo como meio para estudar as comunicações entre os homens enfatizando o conteúdo das mensagens por eles emitidas, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens (BRAVO, 1991).

A partir da análise minuciosa dos documentos coletados durante a pesquisa, em conjunto com o respaldo teórico, foi possível realizar uma interpretação qualitativa dos resultados através da AC.

Ademais, de modo a facilitar a compreensão deste estudo, foi feita a opção de categorizar os dados, agrupados por palavras-chave temáticas, descrevê-los e após interpretá-los, demonstrando que pela AC é possível realizar análises dentro de

múltiplas perspectivas. A mensagem escrita pode ser categorizada por palavras e orações, podendo ainda categorizar-se as frases, descrever a estrutura lógica das expressões, verificar as associações, conotações e também formular interpretações políticas ou sociológicas (KRIPPENDORF, 1990, p.30).

CATEGORIAS DE ANÁLISE

QUADRO 1 – CATEGORIAS CONSTRUÍDAS

CATEGORIAS
CATEGORIA - 1: COMPOSIÇÃO, FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA DO CMS
CATEGORIA - 2: CONTROLE SOCIAL X PARTICIPAÇÃO SOCIAL
CATEGORIA - 3: A DISCUSSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS PELO CMS: DIFICULDADE NA DISCUSSÃO DE ASSUNTOS TÉCNICOS E DE TRANSCENDER A INTERESSES PESSOAIS.

QUADRO 2 – DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE POR CATEGORIAS

CATEGORIAS	PALAVRAS-CHAVE TEMÁTICAS
C1 – COMPOSIÇÃO, FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA DO CMS	Paridade, reunião (Ata 1) Falta dos conselheiros, quórum (Ata 5) Políticas partidárias (Ata 1) Gravação das reuniões, motivos técnicos (Ata 2) Falta de recursos, inadequação do espaço, mudança de local (Ata 1) Participação, Resgatar imagem, soberania do CMS (Ata1) Auditoria, fiscalização, veto (Ata 2) Presença do Ministério Público e dos conselheiros nas reuniões (Ata 5) Deficiência da gestão (Ata 1)

C2 – CONTROLE SOCIAL X PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Capacitar, fiscalizar (Ata 2) Participação popular (E1, Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6)
C3- A DISCUSSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ALCOOL DE OUTRAS DROGAS PELO CMS: DIFICULDADE NA DISCUSSÃO DE ASSUNTOS TÉCNICOS E DE TRANSCENDER OS INTERESSES PESSOAIS.	Plano Municipal de Saúde Mental, Saúde Mental (Ata 4) Hospitais, Polícias Militar, Usuários (OD1) Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6) Político partidário (Q6) Auditoria, consultoria (Ata 4) Segmentação exclusiva (Ata 1) Representação político partidária (E1) Individualismo, participação popular (Ata 1)

Legenda:

Ata 1 - a reunião de dezembro de 2012;

Ata 2 - a reunião de janeiro de 2012;

Ata 3 -a reunião de julho de 2012;

Ata 4 - a reunião de fevereiro de 2013;

Ata 5 - a reunião de junho de 2012;

E1 – Entrevista 1

OD1 – Observação direta das reuniões de 2014;

OD2- Observação direta do Aulão do CMS;

Q1, Q2, Q3 E Q4 – Questionários aplicados aos representantes dos usuários do SUS;

Q5 – Questionário aplicado ao representante dos trabalhadores do SUS;

Q6 – Questionário aplicado ao representante da gestão;

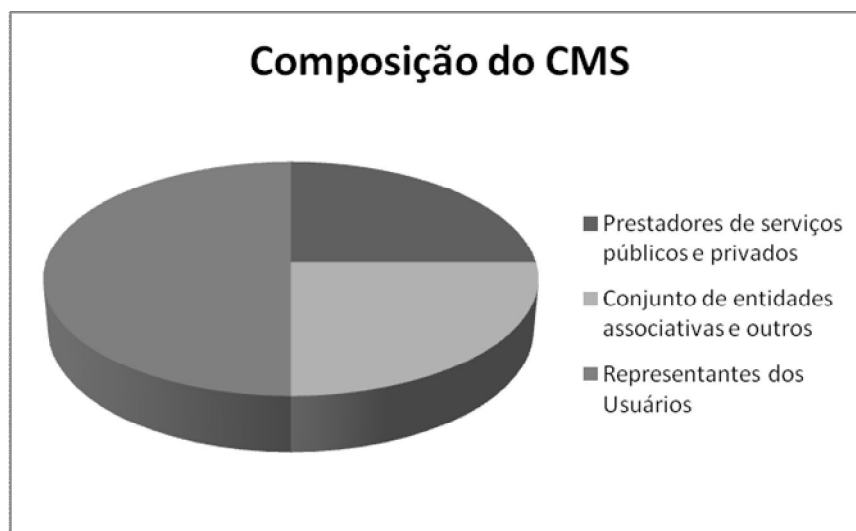
3.3 RESULTADOS

3.3. 1 Categoria de análise 1: composição, funcionamento e estrutura do CMS

O CMS é integrante da estrutura da Secretaria Municipal da Saúde, sendo órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), de composição paritária, de acordo com art. 208 da Lei Orgânica do Município, Lei Federal no 8.142/1990 e a Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A sua função, conforme descrito no seu Regimento Interno é deliberativa e fiscalizadora, de controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, constituindo em espaço de participação da comunidade.

No art. 5º do seu Regimento interno encontram-se as suas competências detalhadas, incluindo entre elas o controle social da saúde, com a observância dos princípios e diretrizes do SUS. O CMS é composto paritariamente de 24 (vinte e quatro) membros Titulares, com representação de Usuários e Setor Governamental, Prestadores de Serviços, Universidades e Profissionais Trabalhadores de Saúde, sendo: 06 (seis) representantes de Prestadores de Serviços Públicos e Privados, 06 (seis) representantes do conjunto de entidades Associativas, Conselhos Regionais e Sindicatos de Profissionais na área de Saúde e 12 (doze) representantes de entidades de Usuários dos Serviços de Saúde.

Gráfico 1:



Fonte: Autora

A representação de cada órgão ou entidade tem como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto das forças sociais no âmbito de atuação do CMS, de acordo com as especificidades locais, aplicando-se o princípio da paridade, bem como mantendo o que propõe as Resoluções n. 33/92 e 333/03 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, que distribuíram as vagas da seguinte forma: “a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos”.

Corroborando com entendimento acima exposto, a representação dos Usuários está assim definida no seu Regimento Interno: 01 (um) representante de associações de bairros, de associações comunitárias e de moradores; 01 (um) representante de entidade do movimento de mulheres; 01 (um) representante de entidades que representem crianças, adolescentes e jovens; 01 (um) representante de entidades de idosos, aposentados e pensionistas; 01 (um) representante de entidades do Movimento Étnico Racial; 01 (um) representante de entidades de portadores de neuropatologias e transtornos mentais; 01 (um) representante de entidades de pessoas portadoras de deficiências; 01 (um) representante de entidades de portadores de doenças ocupacionais; 01 (um) representante de entidades de portadores de patologias; 01 (um) representante de entidades religiosas; 01 (um) representante de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais e 01 (um) representante do movimento estudantil.

Ainda, o CMS é constituído de Plenária, Coordenação Executiva, Secretaria Executiva, Comissões Temáticas e/ou Especiais, Grupos de Trabalho, Plenária de Conselhos de Saúde, compostas por conselheiros que detém uma função não remunerada, por ser considerada como de relevante interesse público, na medida em que devem zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do Conselho, apreciar e deliberar sobre matérias submetidas ao Conselho para votação, apresentar moções, recomendações ou proposições e solicitar diligências sobre assuntos de interesse da saúde, acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito da municipalidade, dentre outros.

Vê-se que na composição do Conselho, é muito destacado, inclusive pelos conselheiros, o princípio da paridade, que consiste no critério de sua formação por igual número de representantes do poder público e da sociedade civil. Além disso, deve ser representado por pessoas com representatividade e legitimidade para defender as questões que representam. Nesse sentido, a paridade referida no Regimento Interno é quantitativa, devendo a representação governamental ser em número correspondente à representação das organizações da sociedade civil.

“já será chamada uma reunião, a fim de discutir as Comissões, pois acredita que estas têm que funcionar, sendo respeitada a questão da paridade.” (Ata 1)

“[...] O Conselheiro [...] propôs um posicionamento a respeito das faltas dos conselheiros e também um acordo a fim de que o quórum fosse garantido.” (Ata 5)

Mesmo sendo importante a paridade quantitativa, deve ser observada a paridade qualitativa que se refere à efetiva participação na reunião, compondo o quórum necessário para seu início, como indica o conselheiro quando observa a falta dos conselheiros.

A resolução 453/2012 do CNS ainda dispõe que a representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma, em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho. Por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos Usuários ou dos Trabalhadores. A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário e Trabalhador, não sendo permitida a participação de membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros.

Essa última vedação se deve ao fato de que sendo membro eleito do Poder Legislativo pode influenciar nas decisões que não devem conter conteúdo político partidário. Com relação aos membros do Ministério Público e do Poder Judiciário, os mesmos também estão afastados, pois já exercem o controle social por meio de suas instituições e a autonomia dos conselheiros deve ser preservada.

Ressalta-se que os Conselhos de Saúde devem intervir, de forma autônoma, no processo de gestão das políticas públicas de saúde, para em conjunto com o

órgão gestor criar estratégias, controlar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas em cada esfera do governo, podendo se constituir em espaços democráticos de construção de uma nova ordem capaz de revigorar o sentido autêntico da democracia e igualdade social (CONASS, 2011).

Mesmo com a vedação trazida pelo Regimento Interno com relação as questões políticas partidárias, pela fala de um dos Conselheiros registrada em ata, é possível depreender que existe forte influência política partidária que dificulta o exercício do controle social, fazendo prevalecer os interesses da gestão.

“o Controle social com o passar do tempo começou a se esgarçar demais, por questões verdadeiramente políticas ou partidárias, o que levou as instâncias de gestão a se sobrepor aos Conselhos”.(Ata 1)

Para que o Conselho possa exercer sua função são necessárias, segundo a Resolução do CNS, que as três esferas de Governo possuam a autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico.

“[...] a Ata foi encaminhada para todos os conselheiros a que não foi gravada, por motivos técnicos. Assim, fez-se apenas o registro de alguns pontos colocados pelos conselheiros que permaneceram na reunião”. (Ata 2)

Através do trecho acima, bem como das solicitações da gravação das reuniões, em mais de 3 (três) oportunidades não houve resposta com relação ao gravador.

Apenas na reunião de julho de 2012, seis meses após, que a Secretaria do Município, através de uma Comunicação Interna, justificou que haviam furtado o gravador. É surpreendente o fato do CMS não ter seu próprio gravador e utilizar equipamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o que desrespeita o sigilo e privacidade dos dados do CMS.

Chama a atenção a total falta de organização no CMS também em outros aspectos. Através da Observação direta foi possível identificar que, não só o CMS utiliza os equipamentos da SMS, como possui sua sede no mesmo edifício da Secretaria objeto de sua fiscalização. A estrutura é precária e o acesso às salas

destinadas ao Conselho não estão devidamente identificadas o que dificulta a sua localização.

Além disso, os conselheiros não possuem sala própria devidamente climatizada, bem como não existe em todo o prédio um local apropriado para a realização das reuniões. Assim, o “auditório” de reuniões é um espaço adaptado que fica no último andar do prédio, que nem mesmo o elevador dá acesso.

Por ser a sala pequena, não é possível acomodar os conselheiros e os visitantes de forma confortável, motivo este que levam os visitantes e até mesmo os próprios conselheiros a ficarem de pé por toda a duração da reunião, deixando tanto os conselheiros como os demais, cansados, dificultando as deliberações.

Os conselheiros de modo geral não se mostram motivados durante as reuniões. Muitos não comparecem, levando o adiamento das reuniões por falta de quórum e quando comparecem pouco se pronunciam. Na maioria das vezes são os visitantes convidados, principalmente os representantes de associações, que estimulam os debates.

*“a conselheira [...] cumprimentou os presentes e propôs a mudança do local de realização da reunião devido à inadequação do espaço.”
(Ata 1)*

“[...] Lembrou que recentemente esteve presente em uma reunião, onde foi citado que não chega recurso para o Conselho por que o mesmo não tem a competência de disparar os dispositivos legais, de provocar a gestão. [...] Citou como exemplo da dificuldade devido a falta de recurso, a locomoção dos Conselheiros para as reuniões e eventos do Conselho”. (Ata 1)

Outro aspecto é a publicidade das reuniões e a divulgação das suas datas que ocorrem através de e-mails para os convidados, anúncio na página da internet do CMS e de comunicados fixados no prédio sede. Poderia ter uma maior divulgação fazendo menção, inclusive, do conteúdo das pautas, nos meios de comunicação, como televisão, rádio e outras páginas de internet, pois é essa divulgação que possibilita a interação do CMS com a sociedade.

Porém, em que pese não haver previsão no Regimento Interno de reuniões secretas, ainda existe conselheiro adepto da privacidade das reuniões, em total dissonância com a Resolução do CNS, que prevê que todas as reuniões plenárias

dos Conselhos serão abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

“antes da mudança, a conselheira [...], lembrou que foi acordado pelo Pleno da última reunião que participariam desta reunião apenas os Conselheiros Municipais de Saúde, e que desta forma nenhuma outra pessoa poderia estar presente no Plenário” “a conselheira [...] disse que tal decisão foi deliberada pelo Pleno do CMS, e que entende que o mesmo é soberano e suas decisões devem ser obedecidas.” (Ata 1)

“[...] o conselho tem a obrigação de buscar as pessoas para participar”.(Ata 1)

“Dirigindo-se o Secretário Municipal de Saúde, [...] disse que irá brigar pela convocação de Conferências, pela instalação do Fórum de Trabalhadores, e também tentará discutir com a academia. O presidente falou que será uma de suas prioridades resgatar a imagem do Conselho, que ficou desgastada.” (Ata 1)

O obscurantismo democrático da gestão anterior é alvo de relatos pelos conselheiros, inclusive do presidente do CMS, quando desabafa que uma das prioridades é resgatar a imagem do Conselho. É fundamental que a construção dessas instâncias públicas seja acompanhada de iniciativas que fomentem a apropriação do Conselho pela própria sociedade, não se tornando um “esconderijo” para suas práticas. Em que pese um dos conselheiros relatar que o Pleno é soberano, ele é soberano na medida em que respeita os ditames constitucionais e o próprio Regimento da Instituição. Então, ao realizar reuniões secretas, isso fere todo o ordenamento jurídico brasileiro.

Quando se fala no segundo trecho em buscar as pessoas para participar, isto é acertado e pode ser realizado através de maior divulgação nos meios sociais sobre as reuniões e atividades do conselho. O ideal é que haja sempre um maior incentivo para a participação da sociedade. Nesse sentido, Almeida e Tatagiba (2012, p. 78) alertam que inúmeros estudos de casos revelam que os conselhos podem se transformar em mais um local secreto do Estado ao não permitirem acesso público às suas reuniões ou criarem dificuldades para a consulta de suas atas.

Percebem-se também posicionamentos contraditórios entre os conselheiros, pois enquanto a primeira conselheira se posiciona pela realização da reunião privativa, os outros dois se posicionam pela maior participação de todos, ficando clara a contradição de interesses. Para que se possa exercer a democracia deve

haver um equilíbrio entre a liberdade do indivíduo e o interesse da coletividade, sendo que no âmbito de um Conselho o que deve prevalecer é o interesse da coletividade consubstanciado na transparência da atuação dos conselheiros, possibilitando uma maior fiscalização por parte da sociedade.

Porém, em outra realidade mais animadora, o CMS promoveu um Aulão sobre o controle social, garantindo a prevalência do interesse da coletividade com ampla divulgação do evento.

O Aulão não ocorreu no “auditório” do CMS, mas em um enorme espaço situado dentro de uma Universidade, ou seja, numa estrutura apropriada com enormes caixas de som, microfone e todo o aparato para o recebimento de um grande público.

E bem assim ocorreu com a participação de uma parcela considerável da sociedade, na maior parte estudantes universitários e trabalhadores do SUS, em razão da maior divulgação do evento através de vários meios de comunicação e de panfletos espalhados nas universidades. O Aulão contou com a participação de professores da Universidade que ministraram aulas sobre controle social e a trajetória histórica das políticas de saúde.

Ao final de cada aula era possível aos conselheiros e as pessoas da plateia realizarem perguntas diretamente aos professores para esclarecerem suas dúvidas. Em média foi concedida a manifestação de dez pessoas por aula apresentada. Em sua maioria as perguntas eram destinadas a esclarecer dúvidas sobre conceito de controle social, funcionamento das instituições como Conselhos, Ministério Público e outros órgãos que exercem o controle social e o papel dos conselheiros no CMS.

Apesar da maioria das pessoas utilizarem a oportunidade para realizar perguntas esclarecedoras, outras apareceram apenas para fazer propaganda política, em decorrência da proximidade das eleições. Entretanto, o mais importante foi o comprometimento da população com o evento na elaboração de questionamentos pertinentes, indicando que o CMS conseguiu estimular a participação da sociedade nas discussões das políticas de saúde.

Dentre as perguntas, a sociedade mostrava possuir dúvidas sobre o funcionamento do Conselho, principalmente de como é exercida a fiscalização. Porém nenhum participante conseguiu responder de forma satisfatória a esses questionamentos.

Segundo o Regimento Interno, uma das possibilidades de fiscalização é

aquela exercida, de forma justificada, com auxílio de auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, devendo o Pleno do Conselho manifestar-se por meio de resoluções. Isso ocorre, pois o poder de fiscalização consubstanciado no controle social, para ser devidamente realizado necessita de um conhecimento especializado.

Contudo, no CMS e também por parte da sociedade revelou-se uma falta de conhecimento com relação a essa atribuição de buscar a auditoria externa, ou seja, exercer a fiscalização através do auxílio de outros órgãos da administração pública, que não aqueles vinculados ao CMS ou à SMS.

"O conselheiro disse ainda haver uma grande preocupação com respeito à Auditoria que o Estado vem tentando realizar há cinco anos na SMS, mas sem sucesso. Alertou que quando não há auditoria o município deixa de ganhar os recursos, o que prejudica a população. Pediu, então, ao conselheiro [...] que representa a SMS, que se pronunciasse sobre o fato." (Ata 2)

"[...] repúdio ao veto da participação do CMS na fiscalização e atenção no trabalho realizado". (Ata 2)

"[...] se manifestou dizendo constar do art. 2º e 39 do Regimento Interno a possibilidade dos contratos serem revistos pelo CMS através da fiscalização, podendo buscar auditorias externas e independentes das contas do gestor do SUS municipal. Outro conselheiro afirmou não haver possibilidade de realização de auditoria externa, pois seria da competência da própria auditoria da SMS, [...] do Ministério da Saúde e referente aos recursos caberia apenas aos Tribunais de Contas". (Ata 4)

Nessa esteira a Resolução do CNS traz o papel do CMS de estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros. Só que essa articulação também depende da disponibilidade desses outros órgãos, como o Ministério Público, em que seus membros não costumam frequentar as reuniões.

"O Conselheiro [...] reforçou a solicitação da presença do Ministério Público nas reuniões da CMS." (Ata 5)

"Disse que aceitou esse desafio por reconhecer que o Conselho Municipal de Saúde está deficiente na sua área de gestão e processos. Dirigindo-se ao Secretário disse que o CMS precisa de

colaboração também, e não só da gestão, mas do Ministério Público. Disse que o que é necessário neste momento para o fortalecimento do CMS é disparar os Processos essenciais , e também não deixar que um grupo conduza este Conselho, mas sim de remeter os assuntos para a Plenária". (Ata 1)

3.3.2 Categoria de análise 2: Controle social x Participação social

Para que o controle social exercido pelo CMS seja efetivo, além de observar a paridade, a frequência nas reuniões e o apoio de outros órgãos, ainda é necessário o conhecimento de seu conceito pelos conselheiros.

O conceito de controle social pode ter vários significados, mas a maioria dos autores brasileiros quando se remete ao controle exercido pela sociedade no Estado faz referência à participação social na elaboração e fiscalização das políticas públicas dentro de um contexto democrático, trazendo o controle social como sinônimo de participação social.

Britto (2014) afirma que a fiscalização nasce de fora para dentro do Estado e é naturalmente exercida pelos particulares ou pelas instituições da sociedade civil. A ela é que se aplica a expressão “controle popular” ou “controle social do poder”, para deixar evidente que a população tem satisfações a tomar do Estado, que é aquele que formalmente se obrigou a velar por tudo que é de todos.

Nesse sentido, o dever de fiscalização constante do controle social muitas vezes é levantado pelos conselheiros como o poder de fiscalização das obras realizadas pelo Poder Público.

"O conselheiro salientou também que cabe ao CMS fiscalizar como anda as construções das UPAS e como anda o atendimento na rede básica, asseverando que a iniciativa das implantações das UPAS é de grande importância para o município. Acrescentou também a importância de capacitar os conselheiros distritais para trazê-los para um debate". (Ata 2)

No tocante, a participação social, ela foi também implementada pela Constituição Federal, na medida em que a sociedade pode participar dos assuntos governamentais, especialmente sobre as políticas públicas, por meio da concepção e implementação de mecanismos institucionais de participação (conselhos de políticas públicas, conferências, orçamentos participativos e outros), que buscam

operacionalizar os princípios da democracia participativa consagrados (BRASIL, 2013). É nessa esteira que o conselheiro demonstra a vontade de buscar a sociedade para participar das deliberações do CMS.

“[...] a segunda é referente à participação popular, pois o conselho tem a obrigação de buscar as pessoas para participar”. (Ata 1)

Isso é o que desafia a democracia participativa: o individualismo capitalista que leva as pessoas a se dedicarem aos seus próprios interesses privados, a falta de informação do que acontece na esfera pública e o desinteresse pela política (DIAS, 2002, p. 82-83). Então, surge essa necessidade por buscar pessoas para participar.

A busca pela diferença de definição se mostra importante para conscientizar a sociedade sobre seus poderes. A finalidade do controle social deve ser entendida como demonstrar o dever do Estado de acatar a conduta e decisões da sociedade, submetendo-o às consequências. Não é simplesmente um aconselhamento para que o Estado trace uma conduta futura, se assim pretender, mas um dever constitucional.

Com efeito, seja qual for a maneira pela qual o controle possa se manifestar (participação de reuniões, denúncias, reclamações), o objetivo do indivíduo é desfrutar de uma situação ativa juridicamente contra o Poder Público. Ele não quer formar propriamente a vontade do Estado, mas impor ao Estado a vontade dele, particular, que é a de penetrar na intimidade das repartições públicas⁵ para reconstruir fatos ou apurar responsabilidades (BRITTO, 1992).

Vê-se que a democracia brasileira já não é mais exclusivamente representativa, pois os novos institutos da democracia direta, como a participação social em conselhos, redimensionam o princípio constitucional da soberania popular. Com isso, é válido inferir através dos conhecimentos dos conselheiros se eles realmente sabem diferenciar seu papel no exercício do controle social e o da participação nas deliberações do CMS.

O conselheiro entrevistado, bem como aqueles que responderam o questionário, assim definiram o controle social:

⁵ Essa penetração da parte privada na intimidade das repartições públicas se faz por intermédio do próprio Estado, já que “não existe liberdade que não seja garantida pelo Estado e, ao inverso, só um

“Palavra controle é muito imperativa, permanece na perpetuação de uma política de controle de massa e essa massa de manobra vira uma massa manipulada, objetivando e perpetuando sua razão de existir. [...] O controle desde que comecei a entender controle é algo muito imperativo que perpetua o interesse de uma população muito restrita, a dominante. [...] Controle social é só utopia, eu me sinto como partícipe da construção de políticas dentro do movimento social de um processo chamado de democrático onde vai impactar diretamente na qualidade dos serviços prestados por essa Secretaria de Saúde” (E1).

“Controle social como o contrato da sociedade pelo aquilo que é público”. (Q1)

“Controle social como o reflexo de uma utopia para a massa de manobra permanecer inerte aos interesses da classe dominante, pois o que é possível é a participação nas políticas e práticas de saúde, bem como a promoção de saúde através de intervenções nas ações referentes aos serviços prestados pela Secretaria em questão”. (Q2)

“Controle social como o ser vigilante o tempo todo nos temas coletivos”. (Q3)

“Controle social como agente transformador, levando em conta a capacidade (possibilidade) de ser ouvida a voz de quem vive a dor e tudo que seja proposto; seja feito comigo e para mim. Eis um controle (participativo) que pode vir a funcionar e não somente está proforma”. (Q4)

“Controle social como o conjunto de representantes da sociedade organizada, em seus diversos segmentos, a fim de fiscalizar e planejar a utilização pelo governo do dinheiro público nas diversas políticas e demandas da população”. (Q5)

“Controle social como o processo de acompanhamento consciente do cidadão com relação a execução das políticas públicas de saúde. Dentro desse processo, estão implícitos a fiscalização (fomentar a queixa da não prestação), mas não é só isso, é preciso ter ideias e sugestões sobre os serviços para a melhora da qualidade” (Q6).

Tanto o primeiro conselheiro, como o terceiro, na definição de controle social mostra se sentir oprimido pelos interesses da classe dominante, aqui interpretados como o interesse da própria gestão. Nesse sentido, o controle social não existiria, sendo mera “utopia”, já que suas ações não conseguiram alcançar diretamente a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo governo. Já o segundo, utiliza-se

Estado controlado por cidadãos livres podem oferecer-lhes alguma dose razoável de segurança” (POPPER, 1966 apud BRITTO, 2014).

da concepção de contrato social de Rosseau, em que ele considera que a sociedade civil estaria em igualdade com o Estado, realizando um pacto de cooperação mútuo.

A forma de organização social é tão complexa que a participação direta da população nos assuntos governamentais reunidas no conselho, para definir a vontade comum e as políticas públicas necessárias para viabilizá-la, como pretendido por Rousseau, é na realidade uma utopia.

Já a definição do quarto e do sexto conselheiro, mas se coadunam com o conceito de controle social trazido pela Constituição Federal, enquanto poder de fiscalização, enquanto o quinto e o sétimo conselheiro compartilham do entendimento de controle social como sinônimo de participação do cidadão.

Ao serem questionados sobre a possibilidade da sua atuação no exercício desse controle social corresponder aos anseios da parcela da sociedade que eles representavam, bem como se essa atuação estaria sendo efetivada de forma satisfatória, a maioria afirmou que suas atitudes correspondiam aos anseios da sociedade, e que estariam realizando sua função de forma satisfatória e frequente.

3.2.3 Categoria de análise 3: A discussão da Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas pelo CMS- Dificuldade na discussão de assuntos técnicos e de transcender a interesses pessoais

Faz parte do papel do CMS a deliberação para promoção do controle social, como é de conhecimento dos conselheiros. As discussões travadas no Conselho decorrem do poder de deliberação que é decidir após reflexão.

“O Conselheiro [...] propôs uma moção de repúdio contra a gestão. Faz parte, ainda, do papel do CMS, deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS”. (Ata 5)

Só que essa deliberação, nem sempre está livre da ratificação pelo poder executivo, pois muitas vezes a deliberação dos conselhos esbarra no dever da homologação por parte do poder Executivo, que tem responsabilidades perante o Poder Legislativo, Tribunais de Contas e do Ministério Público, outras instituições de

controle social, e ainda, perante a Lei de Responsabilidade Fiscal (GOULART, 2010).

Nesse sentido, apesar de haver a participação do Conselho com reflexões e discussões, quem acaba decidindo ao final com relação a determinados assuntos, ainda é o Executivo, o que de certa forma diminui a autonomia preconizada pelas Resoluções do CNS e demais legislações.

Ademais, o Regimento Interno, de forma contraditória a autonomia que deveria ser assegurada, afirma: “destaca-se que os representantes dos Usuários após a indicação de seus nomes, devem passar por um referendo do Prefeito Municipal”.

O CNS, na Resolução n.33/2003, na sua quarta diretriz, inciso XII também é exemplo do poder deliberativo do Conselho que deve ser homologado pelo Poder Executivo, quando afirma que o Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações e outros atos deliberativos e que as resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias. Decorrido o prazo e não sendo homologada a resolução, nem enviada com a justificativa pelo gestor ao Conselho, as entidades que o integram podem buscar a validação das suas resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

Se a formulação de estratégias através das deliberações depende de homologação do Gestor, isso compromete a autonomia do CMS, pois o mesmo não é apenas fórum para debate, mas um verdadeiro espaço institucionalizado que deve formular estratégias de políticas em prol do interesse coletivo.

Porém quais são os temas objeto de deliberação? Observou-se através das atas das reuniões do ano de 2012 e 2013, bem como das reuniões, em que foram realizadas a observação direta, que o tema mais encontrado nas pautas era o orçamentário, sendo identificado que a discussão da política de Saúde Mental foi tratada de forma secundária, na medida em que apenas nos momentos finais da reunião um dos convidados lembrou que a Saúde Mental deveria ser discutida. Isso apareceu frequentemente nas reuniões, em razão da preocupação da gestão com o repasse de recursos ao invés da efetivação das políticas de saúde.

“A conselheira [...] cumprimentou e questionou ao Senhor Secretário o que estaria no planejamento em relação às unidades básicas de

saúde e as de Saúde Mental, por não haver havido referência a elas em sua apresentação". (Ata 4)

"No que dizia respeito à Saúde Mental, referiu que o Plano Municipal de Saúde Mental estaria sendo revisto, no que estaria contando com o apoio técnico, conforme convênio de cooperação técnica [...] no sentido de rever a rede já implantada, verificar o que esteja funcionando, rever o perfil dos profissionais, e que toda estrutura discutida na atenção básica tradicional e [...] estaria sendo feita na área de saúde mental para uma ação mais efetiva, sugerindo que a apresentação do Plano de Saúde Mental se constituísse em ponto de pauta de reunião do CMS". (Ata 4)

O âmbito local deve se constituir em espaço privilegiado de discussão das reformas no setor saúde, pois propicia uma maior aproximação entre os atores nela envolvidos (PITTA; DALLARI, 1992). Entretanto, a maioria das pautas das reuniões do CMS compreendem mais assuntos de natureza orçamentária, já que é do interesse da gestão o acompanhamento de suas contas pelo CMS para o recebimento de repasse de verbas federais, como se pode extrair da Lei 8.142/90.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

Então, outros assuntos diretamente envolvidos com a política de saúde não recebem a devida atenção pelos gestores. O Plano de Saúde Mental que deveria fazer parte da próxima pauta de reunião não foi objeto de deliberação nas reuniões seguintes. Isto implica em afirmar a influência neoliberal de dar ênfase nos assuntos econômicos, em detrimento dos assuntos de ordem social.

Assim, após análise de temas relacionados a gestão anterior com previsões para a nova gestão, considerando o Plano Plurianual e demais leis orçamentárias, o próximo tópico da pauta foi a discussão sobre a Saúde Mental.

No princípio, um convidado dos conselheiros representantes do poder executivo municipal, iniciou o debate apresentando a Rede de Atenção Psicossocial do município⁶, informando toda a sua divisão orgânica. Ainda, o mesmo informou a construção e reformas de 02 (duas) unidades CAPS AD III⁷ na cidade.

Seguiram-se as manifestações dos conselheiros. O Conselheiro, aqui denominado Conselheiro A, informou que em visita a um unidade de atendimento, avisaram-no que apenas 8 (oito) pacientes psiquiátricos poderiam ser recebidos, em razão de só possuir 8 (oito) refeições para serem servidas.

Então, o Conselheiro B, representante de Sindicato questionou: “Quantos psiquiatras são servidores? Quantos pacientes têm no CAPS AD III? Quantos pacientes estão em observação?”. Outro Conselheiro C levantou outros questionamentos: “Os CAPS estão em reforma, quando serão entregues?”.

Nessa linha seguiram diversos questionamentos: “Os psiquiatras convocados já estão nas unidades? Há falta de psiquiatras nas unidades”, “Passe livre dos usuários para reunião no Conselho Municipal e no Ministério Público.” “Atenção à família.” “E os consultórios de rua?”.

Situações como falta de medicação, preconceito dos profissionais da área da saúde, o trabalho com os guardas municipais, capacitação da policia para saber lidar com os usuários, poucos médicos psiquiátricos para realizarem atendimentos e muita negativa de direitos, foram os assuntos mais discutidos.

O maior desafio da saúde mental e da clínica psiquiátrica é o de não necessitar de leitos para desenvolver uma reabilitação psicossocial efetiva, mas de um atendimento acessível, descentralizado através de uma Rede de Atenção Psicossocial que funcione em tempo integral e utilize uma mais ampla capilaridade com a presença dos municípios (PITTA, 2011). Essa seria a forma mais eficiente e eficaz de garantir a hospitalidade diuturna, integral e resolutive, onde a crise

⁶ RAPS é a Rede de Atenção Psicossocial trazida pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 que preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

⁷ Em função da necessidade de um serviço de saúde que atenda a demanda de usuários de álcool e outras drogas no atendimento diário, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD), como um serviço substitutivo à internação. O serviço busca promover a reabilitação psicossocial de seus usuários através do atendimento por uma equipe multidisciplinar (DUARTE; DALBOSCO, 2011, 217-236).

Já o CAPS AD III é aquele destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, conforme art. 2º da Portaria 130/2012 do Ministério da Saúde.

aconteça, pois "a boa assistência em saúde mental precisa menos de leitos e sim de vagas" (ALVES *apud* PITTA, 2011).

Outro fato que chama atenção é o questionamento do Conselheiro C que diz não frequentar as reuniões, pois já está bem representado. Esse mesmo Conselheiro contribuiu com o debate quando menciona a questão da violência na abordagem policial perante os pacientes com transtornos mentais:

“No CAPS, após assalto, foi colocada a Polícia Militar para garantir a segurança do órgão. Só que eles intervêm com relação aos usuários. Crise é para levar ao Pronto Atendimento e não para o hospital. Usuário tem que se apropriar disto e saber seus direitos”. (OD1)

Em que pese o Conselheiro C acreditar não ser importante a sua presença, engana-se, pois o assunto trazido por ele foi objeto de muito debate, já que há o entendimento que a questão da saúde não deve ser vista como questão policial, mas questão social.

O Conselheiro D, logo após a manifestação sobre a violência, acrescentou que: “tinha apenas uma psiquiatra para atender, mas tiraram os psiquiatras do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -, então mandaram a polícia conter. O Pronto atendimento não pode aceitar policial agressivo”.

Os problemas da saúde mental estão longe ainda de serem resolvidos, mas precisam ser discutidos e o CMS é um dos espaços apropriados para isto, mas não basta a reflexão sobre as questões da saúde mental, precisa também trazer contribuições para auxiliar no enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social, questões estas debatidas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, sob o marco da Lei 10.216/2001 (PITTA, 2011).

É no município que as políticas conseguem uma maior concretização, permitindo o intercâmbio das experiências locais com as experiências nacionais discutidas em Conferências Nacionais, a realimentação teórica e prática dos atores e a explicitação da diversidade existente no território nacional (PITTA; DALLARI, 1992).

Por fim, o Conselheiro representante da gestão se limita a responder que o governo está construindo e reformando novas unidades para atendimento e que possui dificuldade de encontrar médico psiquiatra, solicitando uma maior articulação com as universidades para ampliar as ofertas de cursos. Afirma ainda não faltar refeições e que os Conselheiros podem realizar visita as unidades para a verificação das denúncias, pois são fornecidas 5 refeições por dia para cada paciente.

Essa resposta da gestão evidencia que os avanços nas prescrições e nas diretrizes do Ministério da Saúde, da Justiça e Direitos Humanos, na Legislação, nos relatórios das Conferências, nas portarias ministeriais, não são acompanhados pelo poder executivo com ações que viabilizem o dito ou o escrito na intensidade que se faz necessário. Vê-se uma sistemática de negação de direitos que a condição marginal dos usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas parece determinar e postergar qualquer demonstração de factibilidade para as políticas de saúde mental, pois a exclusão, a restrição de recursos ainda é a política hegemônica dos governos municipais, desobedecendo às diretrizes nacionais da política de saúde mental (PITTA, 2011).

Sem consenso, o que ganha relevo em alguns momentos na agenda do governo federal, se dilui nas demais esferas de governo, chegando aos cidadãos de um modo pálido, em ações pouco potentes, com pequena margem de resolutividade, com equipes que flutuam na dependência do prefeito municipal em exercício (PITTA, 2011).

Ademais, na aplicação do questionário reforça-se a participação ainda tímida dos conselheiros no assunto da Política de Saúde Mental e de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, quando eles assim afirmaram:

“Com relação à Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas já participou algumas vezes de reunião e contribui com esta política na medida em que participa das reuniões, seminários e formação para conselheiros”. (Q1)

“Com relação à Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas sempre participou de reuniões e contribui com a participação no humaniza SUS e outros espaços de promoção à Saúde. Acrescentou ainda que temos que mudar os conceitos e valores dentro de uma modernidade política, as quais não estão sendo reconhecidos e considerados os contextos sócio-histórico e cultural, muito pouco territorializando as pessoas em seu ambiente”. (Q2)

“Com relação à Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas sempre participou de reuniões e contribui com a comunidade sempre sendo solidário com as famílias. Acrescentou ainda que deveria haver mais participação dos conselheiros”. (Q3)

“Com relação à Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas já participou as vezes de reuniões e contribui fazendo parte da representação dos usuários discutindo, com relação a política de saúde mental que perpassa a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas, o bom funcionamento dos CAPs AD e ampliação dos mesmos dentro da demanda que hora vivenciamos neste segmento. Acrescentou ainda que esperamos que o conselho e trabalhamos por um conselho totalmente participativo e reconhecido pela sociedade gestora como agente de transformação e valores fieis em direção a sociedade em que vivemos”. (Q4)

O Conselheiro representante dos trabalhadores asseverou que: “com relação à Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas participou às vezes de reuniões e contribui com a sua atuação na área da saúde mental e em prevenção ao abuso de drogas e álcool em diversas áreas comunitárias”.

Por último, o Conselheiro representante da gestão disse que com relação à Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas participou às vezes de reuniões e contribui com a participação de algumas reuniões sobre o assunto:

“[...]verificando os problemas dessa área e o que se pode alcançar com outros órgãos. Acrescentou ainda que deveria haver menos embate política partidário, já que todos os partidos defendem a política pública, sendo este o ponto negativo. A sociedade civil organizada tem mais participação, além dos próprios conselheiros, sendo o ponto positivo”. (Q6)

Verifica-se que o papel dos representantes no Conselho pode se tornar de difícil efetivação, quando há a ausência de conhecimento sobre certos assuntos debatidos dentro do seu espaço, evidenciando que é necessária mais capacitação. Atualmente ainda há resquícios da prática tecnicista, juntamente com uma carência de conhecimento técnico especializado sobre o setor da saúde, sobre assuntos orçamentários e contábeis que permitam aos conselheiros deliberarem e discutirem nas reuniões com os representantes da gestão em pé de igualdade.

Isso implica numa diminuição do exercício do controle social, pois dificulta ao acesso das informações necessárias para a fiscalização dos atos do poder público, já que, corroborando com o pensamento de Raichelis (1998), o controle social é um

dos elementos constitutivos primordiais da estratégia política da esfera pública. Esse controle implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.

Levando em consideração o controle social da gestão de recursos, percebe-se que a análise da gestão também pode pressupor conhecimentos específicos das áreas de contabilidade e administração, o que demanda uma capacitação dos conselheiros. Porém, na maioria dos conselhos não existe um quadro de profissionais habilitados e politicamente independentes do Poder Executivo, a maioria dos gestores não apresenta relatórios contábeis para apreciação do conselho. Ademais, outras atribuições exigem conhecimentos técnicos como na avaliação de qualidade e da efetividade das ações que também demanda equipes técnicas com o domínio de metodologias para a avaliação de resultados das políticas sociais (CAMPOS, 2006).

Um dos exemplos dessa ocorrência é na análise de instrumentos contábeis e financeiros pelo Conselho, como se extrai do trecho da ata a seguir exposta, em que o conselheiro ressalta a importância de possuir uma consultoria para esses assuntos mais específicos.

“O conselheiro [...] ressaltou que o que o CMS precisa é contar com uma consultoria contábil e jurídica própria contratada através da rubrica que cabe a este para auxiliar os Conselheiros na análise de matérias sob a sua responsabilidade, sugerindo que, em a SMS não atendendo a isto, tomar atitudes mais enérgicas frente a isso, já que no passado esse colegiado foi omissos quanto a isso. O presidente do CMS, dirigindo-se ao Conselheiro [...], colocou discordar do exposto por este, apesar do embasamento legal referido, pelo próprio conceito de auditoria externa e interna, esclarecendo que auditoria interna do município é feita pelo próprio órgão municipal referente, e para levantar aquilo que é do seu interesse, e a auditoria externa o CMS pode buscar mecanismos outros, inclusive numa força-tarefa composta do CMS, Ministério Público Estadual e Federal, SESAB e a própria SMS”. (Ata 4)

Não só isso, os representantes do governo acreditam que a democracia deve ser mais representativa do que participativa, ou seja, centrada no voto, pois assim, a gestão teria maior liberdade na administração financeira com uma menor ingerência da sociedade.

Assim, realizando um contraponto entre essas democracias, pode-se afirmar que nas concepções contra-hegemônicas de democracia surgidas no último período de redemocratização, no final do século XX no Brasil, deram ênfase à criação de uma nova gramática social e cultural e ao entendimento de uma inovação social articulada juntamente com uma inovação institucional. Os movimentos sociais desenvolveram uma ampliação do poder político, com aumento da cidadania, que fez desenvolver a democracia participativa para se contrapor aos ideais liberais. A democracia representativa é centralizadora e “elitizada”, enquanto a democracia participativa seria descentralizadora e popular (SANTOS; AVRITZER, 2005).

O neocorporativismo é uma forma de intermediação de interesses entre a sociedade e Estado. No sistema neocorporativista os interesses gerados na sociedade civil são organizados em números limitados de grupos, segmentos, seja em sindicatos dos trabalhadores, seja em associações empresariais, por exemplo. Isso é visível no CMS, quando um dos conselheiros afirma que na gestão anterior havia muitos posicionamentos individuais, atendendo uma concepção de um segmento exclusivo, sem observar a totalidade do interesse público.

“Lembrou que já vem de uma gestão onde muitos posicionamentos individuais, ou atendendo ao olhar de um segmento exclusivo, os levou à divisão. E que isto ocorreu por não entenderem que o que todos queriam era a melhoria da assistência, do acesso, da capacitação dos conselheiros e outros benefícios do SUS”. (Ata 1)

O Estado assume a iniciativa de reconhecer publicamente as organizações representativas de interesses, dando a elas reconhecimento público e até delegando-lhes funções públicas ao torná-las coparticipantes na formação de opções políticas. Na impossibilidade do Estado de evitar o conflito de classes, transporta-o para a arena política, como é o caso do Conselho, concedendo poder e benefícios às organizações do capital e do trabalho, em troca de moderação em suas relações conflitivas.

Face à crise de governabilidade, alguns governos reagem procurando incorporar os grupos mais fortes, em termos de poder e legitimidade, no processo de formação das opções políticas, para induzi-los a não exercer a posteriori seu poder de veto sobre as próprias opções, envolvem-nos na regulamentação das políticas públicas.

No CMS, em específico, através da fala do conselheiro entrevistado percebe-se que não há como se afastar dos interesses políticos, mas ainda assim existe um conselho ativo com poder deliberativo e consultivo. Segundo ele, esta composição do CMS está mais engajada, participando mais, representando seus segmentos.

“Apesar dos interesses políticos que em todo canto tem e existe eu acredito que do que nós tínhamos como conselho deliberativo e consultivo, a gente passou a ser ativo [...] O conselho é a última instância, depois do voto do conselho, é que se deve tomar alguma decisão aqui na SMS. O conselho é soberano, superior ao Secretário.

[...] Já estou há 10 (dez) anos e vi muita gente fingindo fazer coisas que não fazia, essa mesa diretora tem tentando fazer, a conferência do trabalhador saiu, já tem saído muitas ações. Vai participando, vai intervindo e vai causando algum impacto que traz algum benefício para a população esse é o grande mote do conselho ele trabalhar para que as políticas q já existem mais as mudanças que ele produz através de suas ações, beneficie mais a sociedade e a gente está aí para representar os segmentos. Interfere na política direta, partidária, mas a política pública, estamos construindo”. (E1)

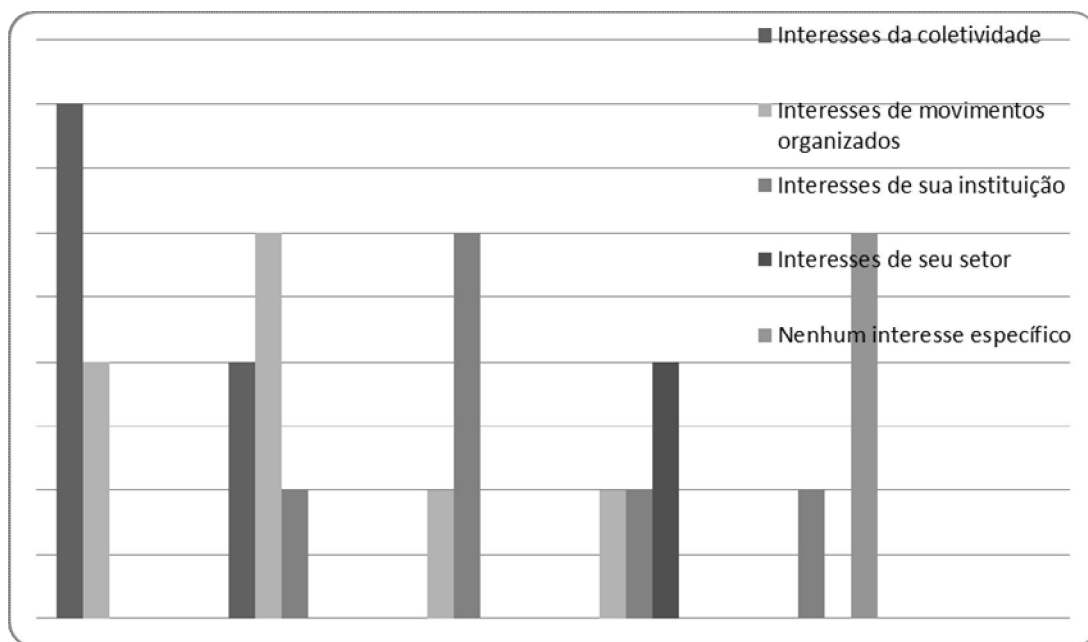
Mesmo assim, o Conselho é importante para o aprimoramento do governo democrático, pois propicia a expressão dos interesses representados pelos movimentos sociais e associações, ainda que os interesses possam ser particulares de um determinado grupo, sendo expressão da democracia participativa.

Nesse sentido, devido ao seu alto nível de institucionalização, corrobora-se com o entendimento que a experiência participativa do CMS é neocorporativista, na medida em que diferentes interesses são representados frente ao governo.

“[...] existem alguns princípios básicos que tem haver neste conselho: o primeiro é o de respeitar a individualidade de cada segmento e discutir as questões em cada segmento; a segunda é referente à participação popular, pois o conselho tem a obrigação de buscar as pessoas para participar”.(Ata 1)

Diante desses interesses, revelou-se no estudo que o interesse defendido de forma prioritária pelos conselheiros foi a defesa de interesses de toda a coletividade. Como 2ª opção, ficou o interesse de movimentos organizados em função de temas específicos, como 3ª opção os interesses de sua instituição, em 4ª opção o interesse de seu setor e por último nenhum interesse específico.

Gráfico 2



Fonte: Autora

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais finalidades do estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde, em questão, foi o oferecimento de contribuições para o seu melhor funcionamento, indicando elementos que permitam o favorecimento do exercício do controle social pela sociedade, num espaço público que deve revigorar o sentido da democracia participativa.

A democracia que permanece como sendo a melhor invenção humana, que carrega em si paradoxos e desafios à criatividade do agente, sempre confrontado com as questões de seu próprio tempo (LEFORT, C., 1987), requer grande discussão e debate para promover o desenvolvimento de ações e estratégias para implementação das políticas sociais pelo governo. Sendo assim, a utilização de elementos únicos da democracia representativa não é mais suficiente para expressar os interesses de grupos e segmentos da sociedade, fazendo-se necessária sua complementação com institutos da democracia participativa, como os Conselhos.

Entretanto, essa prática da democracia participativa deve ser bem conhecida por aqueles que representam os segmentos da sociedade dentro de um conselho, bem como pelos usuários que se beneficiam dos serviços públicos. Para isso, o Conselho deve ter sua autonomia preservada consubstanciada no seu pleno funcionamento, dotação orçamentária e organização de sua infraestrutura e apoio técnico.

Além disso, o Conselho deve contar com a participação dos usuários dos serviços, que não deve se encerrar apenas nos debates sobre as políticas públicas.

A participação deve ser compreendida como um processo de transferência de poderes, constituindo uma atividade pública de interlocução com o Estado. Ocorre que, essa interlocução do Estado é complexa, pois interesses particulares devem ser convergidos para um interesse maior, coletivo, por uma parcela da população que, na maioria das vezes, não detém o poder político.

O processo histórico evidencia a exclusão da sociedade na participação política, em razão da redemocratização brasileira ter sido marcada pela influência de lutas através dos movimentos sociais, a exemplo da Reforma Sanitária da década de 70. Essa reforma foi a principal expoente da saúde, cujo surgimento foi fruto das contestações das políticas, práticas e serviços de saúde vigentes até aquele momento, que relegavam a saúde pública a um segundo plano e repercutiam sobre as condições sanitárias da população, que se via limitada em relação ao acesso à saúde.

Desta forma, a Reforma Sanitária também foi responsável pela criação de espaços para debates das políticas públicas de saúde como o CMS estudado, que é fruto das disposições constitucionais. Assim, os Conselhos de saúde surgiram desde a década de 90 como órgãos colegiados e deliberativos que deveriam ser capazes de estabelecer relações de controle social do governo, bem como de materializar a cidadania, possibilitando a inclusão de diferentes atores nos processos políticos e de distribuição de acesso das políticas de saúde. O seu alto grau de institucionalização também foi pensado para favorecer o controle social, já que suas regras se encontravam bem delineadas no regimento interno, leis, resoluções, princípios e demais normas disponíveis ao público.

Porém, em que pese o surgimento dos conselhos ter ocorrido a mais de vinte anos, a sociedade até os dias atuais, ainda encontra dificuldades em compreender o seu regular funcionamento. Corroborando com isso o desconhecimento geral do Regimento Interno e demais legislações e a concentração do poder da gestão, em detrimento dos outros segmentos da sociedade.

Os desafios são diversos e a política de saúde engloba muitas peculiaridades, então foi escolhida uma política de saúde específica, a Política de Saúde Mental e Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, dentre as demais políticas de saúde, com vistas a identificar o alinhamento do CMS com os princípios do SUS e de que forma essa política proporcionaria a inclusão do usuário na proposta de cidadania.

Sabe-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) já reconhece há décadas o elevado custo social que representa o uso abusivo de substâncias psicoativas, considerado um problema de saúde pública. O Ministério da Saúde (MS) desde o ano de 1980 vem desenvolvendo tímidas iniciativas na área do uso indevido de drogas, sendo que em 2003 assumiu a responsabilidade de intervir nessa área com a efetivação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Nesse sentido, a discussão desta política mostra-se atual e relevante para os dias de hoje. Contudo, em que pese a necessidade de deliberações sobre o tema, o CMS só o discutiu de forma indireta. Temas orçamentários como os de repasses de recursos da União, faziam parte de quase a totalidade das pautas de reuniões entre os anos de 2012 e 2014, demonstrando uma maior ênfase nas questões financeiras que privilegiam os interesses da gestão em detrimento dos interesses da coletividade.

É importante repisar que os conselhos sempre se mostraram como ícones de um desenho contemporâneo de inovação institucional e apresentam-se como âmbitos vitais para a geração de vínculos de co-responsabilidade entre os representantes governamentais e os da sociedade civil, em relação a temas e causas de interesse coletivo, que demandam envolvimento de diferentes setores para uma condução eficiente e frutífera, uma vez que os conselhos são espaços que se baseiam na ideia de “coletivo”, e não de “indivíduos”.

Para que o CMS atinja o objetivo pelo qual foi criado, é necessária a promoção de eventos como o “Aulão do CMS”, que possibilitou a compreensão de temas, como histórico da política de saúde e exercício do controle social por parte dos representantes integrantes do conselho, bem como de profissionais e usuários do SUS que ali participavam.

Esse “Aulão” só foi possível de ser realizado, tendo em vista a utilização da intervenção da comunicação como uma estratégia eficaz para a promoção de vias de mão dupla entre conselhos, conselheiros, entidades representadas e sociedade em geral. O objetivo é o de fomentar redes de mobilização social a partir de estratégias de comunicação construídas em parceria com os conselhos.

Nesse contexto, a comunicação representa um elemento fundamental para o bom funcionamento de um Conselho. A criação de fluxos e procedimentos de comunicação entre os vários grupos e atores que se vinculam a um conselho torna-

se extremamente profícuo para: a) estimular a circulação de informações entre os membros que compõem o conselho; b) estimular a circulação de informações nos espaços externos ao conselho, “espalhando” para muito além de seus limites as principais deliberações e questões trabalhadas em seu âmbito; c) contribuir para a efetividade do conselho, no intuito de dar transparência a suas ações, e de constituir espaços de diálogo e interação, que extrapolem seus limites institucionais, e que podem, a partir de processos comunicativos, pautar temas, perceber problemas e tornar o conselho sensível a demandas as quais ele venha a representar.

Não só isso, deve-se buscar também a articulação com outras instituições como Ministério Público, Tribunal de Contas, para auxiliá-lo com relação as auditorias realizadas na SMS, bem como de um espaço adequado para a realização de suas reuniões.

Assim, obstáculos e entraves no funcionamento do CMS são vários, mas não se pode perder o foco que o conselho é uma instituição de grande relevância para toda a sociedade, pois faz parte de uma das arenas públicas de debates, onde é possível exercitar a democracia participativa. E por isso o seu fortalecimento como espaço de participação é necessário para que as dificuldades sejam superadas e o CMS possa trazer contribuições, conforme os propósitos de sua criação.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Luiz Fernando. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury, Sonia (org). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. A Trajetória da Saúde no Brasil: veredas e caminhos do Público e do Privado. In: **A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2013.

AGUILLAR, Fernando H. **Controle Social de Serviços Públicos**. São Paulo: Max Limonade, 1999. 302 p.

ALENCAR, F. et al. **História da sociedade brasileira**. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico S.A., 1985.

ALMEIDA, Clara; TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sobre o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 68-92, jan./mar. 2012.

ALVAREZ, M. C. Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica. In: **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: Fundação Seade, nº 18, p. 168-176, 2004.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opin. Pública**. 2008, vol.14, n.1, pp. 43-64.

AYRES BRITTO, Carlos. "Distinção entre Controle Social do Poder e Participação Popular", In: **Revista de Direito Administrativo (RDA)**, Rio de Janeiro, n.º 189, pp. 114-122, jul./set., 1992.

BAHIA. Decreto n. 13.587, de 11 de Janeiro de 2012. **Autoriza a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde - FESBA para Fundos Municipais de Saúde no âmbito dos programas de desenvolvimento de atenção à saúde mental e de atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas..** Diário Oficial [da] Bahia, Salvador, BA, 11 jan. 2012. Disponível em: < <http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/1030742/decreto-13587-12>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARROS, M. E. D. **O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998. 69p.

BATICH, Mariana. **Previdência do Trabalhador uma trajetória inesperada**. São Paulo em Perspectiva, v. 18, 2004, p. 33-40.

BEHRING, Elaine Rosseti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo**. In: Política Social: fundamentos e história. São Paulo, Cortez, 2006, p. 147-191.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. **Cidadania e democracia**. Lua Nova [online]. 1994, n.33, pp. 5-16. ISSN 0102-6445.

_____. **A Cidadania Ativa: Referendo, Plebiscito e Iniciativa Popular**. São Paulo: Ática, 1998, p. 33.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BOAVENTURA, S. S. Subjectividade, cidadania e emancipação. In: Pela Mão de Alice. **O social e o Político na pós-modernidade**. Boaventura de Sousa Santos. P. 75-280. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

BOAVENTURA, S.S.; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 3ª ed. 2005.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Ática, 1993. 653p. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo Perspec. [online]. 2004, vol.18, n.1, pp. 168-176. ISSN 0102-8839. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000100020>.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 13ª edição, 2010. 1328 p.

BRAGA, J. C. de S. PAULA, **S. G. de Saúde e Previdência** - Estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1987.

BORGES, Angela. Mercado de Trabalho: Mais de uma década de precarização. In G. Druck & T. Franco (Orgs.), **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007, p. 81-94.

BOUDON, R.; BARRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo. Ática, 1993.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.436 p. – (CONASS Documenta, 23)

_____. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário

Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 mar. 2014.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 18 mar. 2014.

_____. Lei n. 8.842, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. 1998. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 18 abr. 2012.

_____. Lei n. 10.409, de 11 de janeiro de 2002. **Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 jan. 2002. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10409.htm>. Acesso em: 18 mar. 2014.

_____. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L11343.htm>. Acesso em: 18 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <www.saude.mt.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas.** Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <www.saude.mt.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em set. 2013]. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (Orgs.). **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; Potyara Amazoneida Pereira (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios**. 7 ed. Ver. Madrid: Paraninfo, 1991.

BRITTO, Carlos Ayres. Distinção entre “Controle Social do Poder” e “Participação Popular”. In: **Revista de Direito Administrativo** - 189. Rio de Janeiro: Renovar, jul./set. 1992, pp. 114/122.

BUSS, P. M. **Saúde e desigualdade: o caso do Brasil**. In: BUSS, P.M.; LABRA, M.E. (org.). Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças. São Paulo, Hucitec/Fiocruz, 1995. p.61-102.

CAMPOS, Edvaldo B. Assistência Social: do descontrole ao controle social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 88, p. 101-121, nov. 2006.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. – 5 ed. Portugal: Livraria Almedina, 2002

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania: tipos e percursos**. In: Política Social: fundamentos e história. São Paulo, Cortez, 2006, p. 147-191.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social**. Tradução de Iraci D. Peleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CEBES, **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Conheça o manifesto "Emenda Constitucional 29: qual regulamentação?". Disponível em:<http://www.cebex.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=167&acao=exibe&bID=11> Acesso em: 10.05.2014.

CASTRO, M.S.M; TRAVASSOS, C.,. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: **GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**. São Paulo, Editora Moderna, 1984.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**, 10 ed. – São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

CONCIANI, M. E.; OLIVEIRA, A. G. B. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2009, p. 319-331

CONDER - Companhia de Desenvolvimento Urbano do estado da Bahia. **Projeto integrado de desenvolvimento sócio-ambiental**: Lagoa Grande. Feira de Santana: Programa de Aceleração do Crescimento, 2008.

CORTES, Soraya; GUGLIANO, Alfredo. Entre neocorporativistas e deliberativos; **uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil**. In: Revista Sociologias, Porto Alegre, ano 12, n. 24, maio/ago, 2010, p.44-75.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Que **controle social na política de Assistência Social?** In: Serviço Social & Sociedade, Ano XXIII n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.

CORTES, Soraya; GUGLIANO, Alfredo. Entre neocorporativistas e deliberativos; **uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil**. In: Revista Sociologias, Porto Alegre, ano 12, n. 24, maio/ago, 2010, p.44-75.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 419-438, jan./jun. 2009.

CRISTO, Solange Conceição Albuquerque de. **Controle Social: uma análise de conselhos de saúde**. 1 ed. – Curitiba, PR: CRV, 2013.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 19ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

_____. Sociedade, Estado e direito: caminhada brasileira rumo ao século XXI. In: MOTA, C. G. (org.) Viagem incompleta – a experiência brasileira (1500-2000): **a grande transação**. São Paulo: SENAC, 2000.

DANTAS, Francisco Wildo Lacerda. Reflexões Sobre o Processo Legislativo e a Participação Popular, Revista dos Tribunais. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, nº 628: 30-62, fev. 1998.

Declaration of Caracas (1990). Adotada em 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada em Caracas, Venezuela, pela Organização Panamericana de Saúde / Escritório Regional da OMS para as Américas. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>).

DIAS, Márcia Ribeiro. **Sob o signo da vontade popular: o orçamento participativo e o dilema da Câmara Municipal de Porto Alegre**. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2002.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. A. Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: **SENAD. Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Brasília: SENAD, 2011, p. 217-236.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, 1993. Tese (mestrado), ENSP/Fiocruz.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 88, p. 59-74, nov. 2006.

FILGUEIRAS, L. M. **A desestruturação do mundo do trabalho e o "mal-estar" desse fim de século**. Cadernos do CEAS, n.171, p. 9-29, set./out. 1997.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>
Galdino, Flávio. **Legitimação dos Direitos Humanos**, 2002, p.212ss.

FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). **Saúde e sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro, Relume do Mará, 1994. p. 1-42.

GALDINO, Flávio. **Legitimação dos Direitos Humanos**, 2002, p.212.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 3: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 120. (Questões da Nossa Época)

GOMIDE, Cristina de Mello, *et al.* Movimentos sociais e redes: reflexões a partir do pensamento de Ilse Scherer-Warren. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 112-125, jan./mar. 2012.

GOULART, FA. **Dilemas da Participação Social em Saúde no Brasil**. Revista Saúde em Debate – CEBES. Rio de Janeiro. Março 2010.

HARVEY, David. **Condição Pós Moderna**. São Paulo – SP, Loyola, 1989.

HERKENHOFF, Maria Beatriz; RABELO, Desirée Cipriano. **Controle social e direito de acesso à informação – considerações a partir da política de Assistência Social**. Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 82 - 93, jan./jul. 2011.

INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>> Acesso em: 10.05.2014.

IVO, Anete B. L. A Reconversão da Questão Social e a Retórica da Pobreza nos anos 1990. In: Cimadamore, Alberto; Dean, Hartley; Siqueira, Jorge (Org.) **A Pobreza do Estado**. Reconsiderando o papel do Estado na luta contra a pobreza global. Buenos Aires: CLACSO/CROP, 2006, p. 61-86

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

KRELL, Andreas J. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: os descaminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sérgio A. Fabris, 2002, pp. 108-109.

KRIPPENDORF, L. J.; PEDERSEN, D. **Toward a new architecture for global mental health**. Transcultural Psychiatry 2014, Vol. 51, p. 759–776.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. Porto Alegre: Brasiliense, 2003.

LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995.

LEFORT, Claude. **A invenção democrática: os limites do totalitarismo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. A democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade. **Cadernos de Pesquisa**, nº 33, novembro 2002. Santa Catarina: PPGSP/UFSC, 2002. Disponível em: <<http://www.sociologia.ufsc.br/cadernos/Cadernos%20PPGSP%2033.pdf>>. Acessado em setembro de 2014.

LYRA, Rubens Pinto. Democracia **representativa x democracia participativa: a representação do estado e da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas**. Florianópolis, Anais do II Seminário Nacional sobre Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2007..

MALINOWSKI, B. Argonautas do Pacífico Ocidental: **Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia**. São Paulo: Ática, 1978.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1991.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa** :

Planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 231 p.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. Trad. port. São Paulo: Abril Cultural, 1974 (Os Pensadores).

_____. **O Capital: crítica da economia política**: Livro 1, Volume 1, 22ª Ed. Rio de Janeiro – Civilização Brasileira, 2004.

MATTOS, Carmen Lúcia Guimarães de. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001. Disponível em: http://fmail2.uol.com.br/cgi-bin/webmail.exe/Pesquisa_Etnografica.htm?ID=YhrouZKmzZ>. Acesso em: 11.03.2014.

MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

MISHRA, R. **O Estado providência na sociedade capitalista**. Oeiras, Celta, Portugal, 1995.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista**. In Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais – Brasília CFESS/ABEPSS, 2009, v. 1, p. 51-67.

_____. **Formação e Trabalho Profissional**. Serviço Social e Saúde. Ed. Cortez, 2006

NOGUEIRA, M. A. **Gramsci desembalsamado: em torno dos abusos do conceito de sociedade civil**. Educação em Foco, Juiz de Fora, 2000, p. 115-1130.

NORONHA, J. C. D.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES,R.; TAVARES,R.(org). **Saúde e sociedade no Brasil** - anos 80. Rio de Janeiro, Relume do Mará, 1994.p. 73-111.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester.Participação social e reforma psiquiátrica: **um estudo de caso**. Ciênc. saúde coletiva[online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 319-331. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100038>.

OLIVEIRA, J.A.de A.; TEIXEIRA, S.M.F. (In) **previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, Abrasco, 1985. 360p.

OLIVEIRA, Régis Fernandes de. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: RT, 2006.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4579-4589. ISSN 1413-8123.

PITTA A. M. F.; DALLARI S. G. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. *Revista Saúde em Debate* 36, 1992, p. 19-36.

PEREIRA, L. D. A proteção social como “necessidade mínima”, o avanço dos preceitos (neo)liberais e a desconstrução da Seguridade Social brasileira na década de 1990. *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, de ISSN 0327-7585, n. 39, Edición Primavera 2005 (para el hemisfério sur) Site: <http://www.margen.org/num39.html>

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In (organizadoras: Boschetti, I. et alli) **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural – textos de apoio. 2001, Disponível em: <http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>. Acesso em 18 de outubro de 2014.

PONTES DE MIRANDA, Francisco Cavalcanti. **Comentários à Constituição de 1967** (com a Emenda nº 1, de 1969), 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987, Tomo III, p. 559.

POPPER, Karl. **The Society na Its Enemies**, 5ª ed., *Revista Londres*, 1966, pp. 50/51

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998. 303 p.

RAWLS, J. **Political Liberalism**. New York. Columbia University Press, 2005.

RICHARDSON, Robert Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999, 334 p.

ROCHA, J. S. Y. **O movimento da reforma sanitária no Brasil**. *Previdência Dados*. v.3, n.2, p.5-11, 1988.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo, 1980.

SANTOS, J. T. Novas questões sociais mundiais, projetos sociais e culturais e a planificação emancipatória. In: *Violência e cidadania. Práticas sociológicas e compromissos sociais*. Org. Santos, José Vicente Tavares dos; Teixeira, Alex Niche; Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011. p. 413-437.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L.F. Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas: **breve resgate histórico**. Pelotas: J Nurs Health, 2012 jan/jun; 1(2): 82-83.

SARLET, Ingo Wolfgang - **Dignidade da Pessoa Humana e Direito Fundamental na Constituição Federal de 1988**. 3ª edição, Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, maio/jun, 2007.

SITCOVSKY, M. Particularidades da expansão da assistência social no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.) **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Campinas, 1995. 445p. Tese (doutorado) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.

TEIXEIRA, S.M.F. **Política de saúde na transição conservadora**. Rev. Saúde Debate. n.26, p.42-43, 1989.

TEIXEIRA Santos, Jessica Adrielle; Félix de Oliveira, Magda Lúcia. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico** Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 4, núm. 1, 2013, pp. 82-89, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

TOCQUEVILLE, Alexis. **A democracia na América**. 2. ed. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1977.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, mar./abr. 2007.

VIANA, Ana Luiza d' Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x Focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: **VIANA, Ana Luiza d' Ávila. Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por gentileza assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo ficam garantidos o sigilo tanto da identidade do participante quanto das informações prestadas. Em caso de recusa, o(a) Sr(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO MECANISMO DE CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO

Pesquisadora responsável: Sabrina da Silva Vianna

Telefones para contato : (71) 9957-0567

Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

Endereço: Avenida Cardeal da Silva, 205 - Federação, Salvador - BA, 40231-902.

Telefones para contato: (71) 9938-2828.

Esta pesquisa se desenvolve sob supervisão do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, situado à Avenida Cardeal da Silva, 205 - Federação, Salvador - BA, 40231-902. Contato através do telefone (71) 3203-8910.

O objetivo deste estudo é analisar como o CMS (Conselho Municipal de Saúde), enquanto instituição de controle social, vem discutindo a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas diante das demandas atuais e verificar como

vem sendo realizada a discussão dessa Política. A investigação contempla abordagens através de questionários aos conselheiros e de entrevista semiestruturada ao representante da categoria dos usuários portadores de neuropatologias e transtornos mentais, propondo questionamentos que permitem verificar o controle social exercido pelo CMS. Riscos, prejuízos ou desconfortos inerentes a qualquer pesquisa serão minimizados, havendo a possibilidade de encaminhamento a atendimento especializado do SUS, caso seja demandado. Garantimos o mais absoluto sigilo quanto à identidade dos participantes, bem como das informações prestadas. Da mesma forma, asseguramos o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. Para fins de assegurar a informação obtida através da entrevista, solicitamos a sua autorização para uso de gravador, sendo que, após transcrita e revisada a entrevista será definitivamente apagada de todo e qualquer registro gravado.

Profa. Dra. Ana Maria Pitta
Orientadora

Sabrina da Silva Vianna
Pesquisadora responsável

Participante:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO MECANISMO DE CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: ESTUDO DE CASO”. Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Sabrina da Silva Vianna sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, bem como que me foi garantido o sigilo das informações e da minha identidade. Ainda, tenho conhecimento que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que isto leve prejuízo de qualquer natureza.

Salvador, _____ de _____ de 2014.

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Representante da categoria dos usuários portadores de neuropatologias e transtornos mentais:

- 1- Como o Sr.(a) se sente como conselheiro do CMS?
- 2- Como o Sr.(a) percebe o exercício do Controle Social por parte do CMS?
- 3- Quais as propostas trazidas pelo Sr (a) para as discussões do Conselho?
- 4- As questões debatidas nas reuniões do Conselho têm trazido melhorias para a comunidade que representa?
- 5 -O Conselho Municipal promoveu ou promove algum debate sobre a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas?
- 6- O Sr.(a) considera que o CMS interfere na Política Pública de AD na cidade?
- 7- O Sr.(a) teria algo de importante que gostaria de acrescentar?

8-FAIXA ETÁRIA

- () 8.1 Até 20 anos;
- () 8.2 de 21 a 30 anos;
- () 8.3 de 31 a 40 anos;
- () 8.4 de 41 a 60 anos;
- () 8.5 Mais de 60 anos;

SEXO:

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO

Conselheiros:

Usuário

Trabalhador

Governo

1- Na sua atuação no Conselho, quais os interesses defendidos de forma prioritária? Assinale as opções, em ordem de relevância, indicando com um “x”.

	1 ^a opção	2 ^a opção	3 ^a opção	4 ^a opção	5 ^a opção
1. Nenhum interesse específico.					
2. Interesses da minha instituição.					
3. Interesses do meu setor.					
4. Interesses de movimentos organizados em função de temas específicos					
5. De toda a coletividade.					

2- Com que frequência a sua atuação corresponde aos interesses da

sociedade:

- () 2.1 Nunca;
- () 2.2 Frequentemente;
- () 2.3 Raramente;
- () 2.4 Sempre;
- () 2.5 Às vezes;
- () 2.6 Não sabe;

3-Como o Sr(a) define o controle social?

4-O Sr. acredita que o Conselho está exercendo seu papel de controle social?

- () 4.1 Nunca;
- () 4.2 Frequentemente;
- () 4.3 Raramente;
- () 4.4 Sempre;
- () 4.5 Às vezes;
- () 4.6 Não sabe;

5-O Sr. já participou de alguma reunião em que foi discutida a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas?

- () 5.1 Nunca;
- () 5.2 Frequentemente;
- () 5.3 Raramente;
- () 5.4 Sempre;
- () 5.5 Às vezes;
- () 5.6 Não sabe;

6-De que forma o Sr(a) tem contribuído para a efetivação da Política Integral de

Atenção aos usuários de álcool e outras drogas em Salvador?

- () 6.1 Nunca contribui e não tenho interesse nesta política;
- () 6.2 Nunca contribui, pois não faz parte da categoria que represento;
- () 6.3 Nunca contribui, mas tenho interesse em me aprofundar sobre esta política;
- () 6.4 Contribui com:

7- O Sr.(a) acredita que sua participação no Conselho é satisfatória?

- () Sim.
- () Não.

8. Observações que gostaria de acrescentar:

9-Sexo:

- () 9.1 Masculino; () 9.2 Feminino;

10-Escolaridade

- () 10.1 Ensino fundamental;
- () 10.2 Ensino médio;
- () 10.3 Superior incompleto;
- () 10.4 Superior completo;
- () 10.5 Pós-graduação _____;

11-Faixa etária

- () 11.1 Até 20 anos;
- () 11.2 de 21 a 30 anos;
- () 11.3 de 31 a 40 anos;
- () 11.4 de 41 a 60 anos;
- () 11.5 Mais de 60 anos;