

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Cháris Telles Martins da Rocha**

**Incursões Participativas nas Políticas Públicas:  
ensaios de cidadania**

**Porto Alegre  
2011**

**Cháris Telles Martins da Rocha**

**INCURSÕES PARTICIPATIVAS NAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS: ENSAIOS DE  
CIDADANIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Simone Mainieri Paulon

**Porto Alegre  
2011**

**Cháris Telles Martins da Rocha**

**INCURSÕES PARTICIPATIVAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS:  
ENSAIOS DE CIDADANIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Simone Mainieri Paulon

CONCEITO FINAL

---

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Simone Mainieri Paulon  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Porto Alegre, 08 de dezembro de 2011**

## Resumo

Esse trabalho propõe-se a examinar as formas de concretização cotidiana da participação popular na definição das políticas públicas, instituídas legalmente sob a denominação *Controle Social*. Para isso, realizaram-se reflexões sobre a vivência obtida na circulação por algumas instâncias no ano de 2010, durante a realização de um estágio curricular de psicologia na área de políticas públicas. Inicialmente, é apresentada uma contextualização do conceito e um histórico do desenvolvimento do Controle Social no Brasil, situando o objeto tratado e a conjuntura na qual se encontra. É desenvolvida, então, a narrativa das experiências como participante de algumas instâncias do Controle Social, apresentando-se o funcionamento vivenciado, situações presenciadas e reflexões críticas realizadas a partir do ponto de vista de uma graduanda em psicologia e cidadã-sujeito das políticas públicas do país. Na análise da circulação realizada, constata-se alguns empecilhos à ampla participação, tanto em termos de exercício de cidadania quanto em termos de efetividade das instâncias em questão. Finaliza-se com algumas análises de possíveis implicações e entendimentos sobre o estado atual de concretização da participação social na gestão das políticas públicas e o levantamento de questões a serem estudadas mais profundamente em futuras investigações. Conclui-se que ainda há muito que se aperfeiçoar na prática do funcionamento dos fóruns tratados para que se alcance o ideal da participação popular na definição dos rumos das políticas públicas. Avalia-se como necessário o avanço no grau de conhecimento e de participação da população nas instâncias instituídas, na eficiência do funcionamento das mesmas e no nível de efetividade das decisões tomadas por essas instâncias. Porém, constata-se, também, que, apesar de todas essas dificuldades, nesses vinte e três anos passados desde o estabelecimento da possibilidade da ampla participação popular nas definições políticas do país, o desenvolvimento e a consolidação das instâncias de controle social, mesmo que apenas em graus restritos, tem sido fundamental no estabelecimento da cultura democrática participativa no país.

Palavras chave: controle social, participação, políticas públicas.

## **Abstract**

This paper aims to research the ways of daily achievement of popular participation on public politics definitions, legally instituted under the definition Social Control. In order to do this, the experience got while transiting through some instances during 2010 as part of a curricular psychology traineeship in public politics was used. First, we present the concept of Social Control and its historical development in Brazil, contextualizing it. Then we develop a narrative of the experiences lived as a participant in some instances of Social Control, presenting its observed functioning, situations lived and some critical thoughts made through the point of view of a psychology student and a citizen who is also a subject to Brazil's public policies. Analysing the transit made, we can observe some difficulties which are imposed upon a wide public participation, both when "citizenship exercise" is in question as when the instances effectivity is. The paper is concluded with thoughts about possible implication and understandings about the present state of social participation in the public policies management, and also raising some subjects to be researched in future studies. The conclusion is that there's still a lot to improve into the forums functionalities for the ideal of social participation in the definitions of the public policies course to be achieved. People knowledge and participation level needs to increase significantly in the instituted instances; as well as the efficiency of these instances and the effectivity in the decisions they made also needs to increase. In spite of all these hindrances, though, the development and consolidation of the Social Control instances has been essential in the establishment of a democratic participative culture in our country, which can be seen in the twenty-two years time we have since the establishment of the possibility of wide popular participation into the politics decisions in Brazil.

Key-words: Social Control, participation, public policies.

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Controle Social no Brasil.....</b>                   | <b>07</b> |
| <b>Das Relações entre Estado e Sociedade.....</b>       | <b>09</b> |
| <b>Experiência de Estágio no Controle Social.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>Contexto do Estágio.....</b>                         | <b>15</b> |
| <b>Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.....</b> | <b>16</b> |
| <b>Comissão de Saúde Mental.....</b>                    | <b>19</b> |
| <b>Conselho Municipal Sobre Drogas (COMAD).....</b>     | <b>23</b> |
| <b>Conferências de Saúde Mental.....</b>                | <b>28</b> |
| <b>Algumas Questões em Aberto.....</b>                  | <b>33</b> |
| <b>Considerações Finais.....</b>                        | <b>37</b> |
| <b>Referências .....</b>                                | <b>39</b> |

## Controle Social no Brasil

O compartilhamento da responsabilidade de gerir a coisa pública entre Estado e sociedade é recente no Brasil, sendo que até a década de 80, os próprios representantes políticos do país não eram escolhidos diretamente pela população. Apenas a partir da Constituição de 88, a participação direta da sociedade na definição das políticas públicas se tornou uma diretriz oficial. Alguns instrumentos que hoje fazem parte do *Controle Social*, como *conferências* e *conselhos de políticas públicas*, já existiam anteriormente, mas com outras características (Côrtes, 2000). A efetivação do ideal de participação social de forma mais direta nos diferentes âmbitos das políticas públicas continua sendo pauta nos dias atuais.

O termo *Controle Social* é utilizado para designar mecanismos ou processos políticos e/ou sociais de regulação do comportamento de indivíduos ou grupos. Esse tema é classicamente estudado no campo das Ciências Sociais do ponto de vista do controle do Estado sobre a sociedade ou do controle da criminalidade. Porém, a partir do processo de democratização brasileira na década de 80, e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores que regulamentaram os Conselhos e as Conferências, esse termo vem sendo consolidado para se referir ao controle que a sociedade exerce sobre a gestão pública (Correa, 2006). Esse processo de institucionalização da participação popular na forma de Controle Social ocorreu pioneiramente na área da saúde, nos movimentos que levaram à estruturação do Sistema Único de Saúde, como será elucidado mais adiante.

De acordo com a definição constante na página virtual do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2011), o Controle Social é a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Trata-se de uma ação conjunta entre Estado e sociedade em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com vistas a aumentar o nível da eficácia e efetividade das políticas e programas públicos.

É a partir dessa noção que este escrito se propõe a examinar as formas de concretização cotidiana do conceito. Fazendo-se necessária a delimitação do campo de análise/intervenção,

utilizo-me da vivência obtida ao circular por algumas instâncias de controle social no ano de 2010, durante a realização de um estágio curricular de psicologia na área de políticas públicas.

Para que as reflexões pudessem ser contextualizadas em minhas práticas como estagiária de políticas públicas, optei por restringir-me à apresentação e análise das experiências que obtive em alguns dos fóruns, os quais considerei mais significativos. A delimitação também se deu relativa a quais políticas públicas se referiam essas instâncias, sendo que o enfoque aqui escolhido foi o da saúde mental, especialmente no que tange à questão do uso de drogas. Nesse contexto, é abarcada, majoritariamente, a discussão de políticas públicas de Saúde e Segurança.

Inicialmente, apresento uma contextualização do conceito e um histórico do desenvolvimento do Controle Social no Brasil, buscando situar o objeto do qual trato e a conjuntura na qual se encontra. Desenvolvo, então, a narrativa das experiências que tive como participante de algumas instâncias do Controle Social, apresentando o funcionamento vivenciado, situações presenciadas e reflexões críticas realizadas a partir do ponto de vista de uma graduanda em psicologia e cidadã sujeito das políticas públicas do país. Finalizo com algumas análises de possíveis implicações e entendimentos sobre o estado atual de concretização da participação social na gestão das políticas públicas e o levantamento de questões a serem estudadas mais profundamente em futuras investigações.



## Das Relações entre Estado e Sociedade

A participação social nas políticas públicas foi pensada enquanto *controle social* de forma que os diferentes setores da sociedade participem dos processos de formulação, acompanhamento, avaliação e execução das políticas, incluindo a definição da destinação dos recursos, de maneira que essas atendam aos interesses da coletividade. A área da saúde foi precursora no processo de efetivação desses ideais, sendo até hoje referência e modelo para os demais setores das políticas públicas no que se refere ao controle social. Esse pioneirismo se deve à enorme movimentação política ocorrida desde a década de 70 que ficou conhecida como Movimento da Reforma Sanitária. Movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda uniram-se na luta contra a ditadura e na busca da mudança no modelo de atendimento à saúde (Correa, 2006), resultando na criação do Sistema Único de Saúde - universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

A participação no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva do ‘controle social’ foi um dos eixos dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa conferência, a participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde”. O ‘controle social’ é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização. (Correa, 2006)

Esse processo foi possível através de uma mudança na relação entre os movimentos populares e o Estado. Com a abertura política nos anos 80, muitos grupos que antes mantinham uma postura de atuação “de costas para o estado”<sup>1</sup>, passaram a interagir junto ao mesmo, chegando-se à institucionalização da participação da sociedade civil, entendendo isso enquanto processo de inclusão no arcabouço institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidades de governo (Carvalho, 1995).

Não apenas a área da saúde sofreu as conseqüências dessa transformação, mas a redemocratização garantiu a participação social no controle do Estado em diversos âmbitos. A Constituição de 88 assegurou à sociedade o direito a fiscalizar as contas municipais (Art. 31º, § 3º), denunciar irregularidades ou ilegalidades (Art. 74º, § 2º), participar dos conselhos de gestão de saúde (Art. 198º - III), assistência social (Art. 204º - II), e educação (Art. 206º - VI), cooperar

---

<sup>1</sup> Expressão de Ruth Cardoso utilizada no texto Movimentos Sociais Urbanos: balanço crítico (CARDOSO, 1983).

por meio de associações no planejamento municipal (Art. 29º - XII), receber informações das autoridades (Art. 5º - XXXIII), promover ações judiciais e representações (Art. 5º - LXXIII), entre outros.

O Controle Social no Brasil foi, então, instituído de forma a abarcar a participação efetiva da sociedade nas decisões de cunho político e também fiscalizar as ações públicas, denunciar irregularidades e possibilitar meios de tomar providências a respeito disso. Para tal fim, diversos instrumentos podem ser referidos como próprios do controle social em nosso país. Possivelmente, o mais conhecido instrumento do *controle social* no Brasil são os *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*, também chamados *Conselhos de Políticas Públicas* ou *Conselhos de Direitos*. Esses conselhos originam-se de estratégias populares informais oriundas dos movimentos sociais tais como “conselho popular” ou movimentos da luta operária como as “comissões de fábrica” (Cunha, 2003). No debate da Constituinte, a questão da participação social através desse tipo de organização foi incorporada, passando a fazer parte da Constituição e posteriormente regulamentada em diversas leis que institucionalizaram os Conselhos de Políticas Públicas em muitas áreas, tais como Saúde, Justiça e Segurança, Educação, Direitos Humanos, Assistência Social, Criança e Adolescente, Comunicação, Cultura. Apesar de existirem diferenças no funcionamento dos vários conselhos, todos têm em comum o objetivo de constituir um espaço de co-gestão das políticas públicas, formalizando a participação da sociedade junto ao Estado no nível de definição, execução, fiscalização e avaliação das mesmas. São uma forma de se exercer a cidadania de forma ativa e mais direta, uma vez que contam sempre com representantes dos diferentes segmentos sociais distribuídos de forma paritária (por exemplo, nos conselhos de saúde: representantes dos trabalhadores, usuários e gestores) e tem suas discussões abertas à participação de todos os cidadãos.

Podemos referir três diferentes vertentes dos Conselhos de Políticas Públicas: Conselhos Gestores de Programas Governamentais, Conselhos de Políticas Setoriais e Conselhos Temáticos. O primeiro tipo lida com a temática do controle de programas governamentais, como a merenda escolar (Conselho de Alimentação Escolar) e o bolsa família (Conselho de Controle Social do Bolsa Família). O segundo trata da elaboração, implementação e controle das políticas públicas setoriais como o Conselho de Saúde, Conselho de Assistência Social, Conselho de Educação. Há também os conselhos temáticos, para acompanhar políticas governamentais ligadas a temas

transversais, envolvendo direitos de populações específicas ou relativo a questões específicas como Conselho de Direitos Humanos, Conselho da Mulher, Conselho do Idoso, Conselho de Promoção da Igualdade Racial. Existem, ainda, conselhos para questões mais amplas, como Conselho de Desenvolvimento Municipal, Conselho de Desenvolvimento Urbano e Economia Social (Streck & Adams, 2006).

Outra característica inovadora da Constituição de 1988 referente à gestão das políticas públicas e que tem influência direta na forma em que se dá o controle social é o princípio da descentralização político-administrativa. Desde então, as competências entre o poder central (União), poderes regionais (Estados e Distrito Federal) e locais (municípios) foram muito mais distribuídas, sendo alteradas normas e regras antes centralizadoras do controle do Estado, providenciando relativa autonomia administrativa às unidades estaduais e municipais de gestão pública (Moroni, 2005). Como consequência disso, os conselhos de direitos (bem como outros instrumentos do controle social) se estruturam, em sua maioria, em nível municipal, estadual e nacional, facilitando uma participação ativa das coletividades locais, intervindo nos seus interesses diretos em cada nível de gestão.

Como já referido anteriormente, os conselhos necessariamente são compostos por membros dos poderes públicos e da sociedade civil. Em geral, a regra é a de ter paritariamente um representante da sociedade para cada representante governamental, porém isso pode ser alterado para a maior representação percentual não governamental, como no caso dos conselhos de saúde, compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% por gestores e prestadores de serviços (percentual de conselheiros). As reuniões dos conselhos municipais devem ser abertas a todas as pessoas, tendo essas direito à voz. Porém, apenas os conselheiros podem votar. Ocorre que alguns conselhos municipais (de municípios maiores) acabam se redividindo em conselhos distritais, de acordo com as regiões da cidade. Os conselheiros são indicados por grupos como clube de mães, associações de bairro, sindicatos, cooperativas, associações de portadores de alguma doença, etc. A definição de quais grupos terão direito a representantes como conselheiros nos conselhos é feita através das leis de criação dos conselhos e pode ser alterada por decretos posteriores.

Aos conselhos competem atribuições de ordem deliberativa, consultiva e de fiscalização. O papel deliberativo está presente na aprovação de propostas orçamentárias, diretrizes,

programação de transferência de recursos financeiros, conveniamento de serviços, avaliação e formulação das políticas setoriais, entre muitas outras. Através de recomendações e moções, os conselhos exercem sua atribuição de caráter consultivo, emitindo manifestações de advertência, ou sobre o resultado de um assunto discutido em plenário que requeira posicionamento do conselho, mas que não é possível deliberar, pois extrapola o poder do mesmo. As atribuições de fiscalização são exercidas no que concerne ao acompanhamento e controle dos fundos relativos às instâncias correspondentes à área de atuação dos conselhos, bem como da movimentação e transferência de recursos financeiros. Os conselhos devem ser informados pelo Gestor (no nível de atuação ao qual se referem) sobre tudo o que está sendo feito e o que pode ser feito no setor, assim como devem prestar esclarecimentos à população, receber as queixas e reclamações, negociar com os outros Conselhos e Secretarias ações que melhorem a qualidade de vida do cidadão, examinar e investigar fatos denunciados no Plenário, relacionados às ações e serviços concernentes a sua atuação (Carvalho, 2000).

Outro importante instrumento de controle social que efetiva a participação da população na definição dos rumos das políticas públicas são as *Conferências*. Essas são definidas como momentos em que representantes de diversos âmbitos da sociedade se reúnem para avaliar e propor diretrizes para as políticas públicas relativas a determinado setor ou temática (Correa, 2006). Semelhantemente aos conselhos de políticas públicas, as conferências, em geral, ocorrem em nível municipal, estadual e nacional. As conferências de saúde já ocorriam antes da proposição do controle social em nosso país como aqui relatado, porém, foi só a partir da VII Conferência de Saúde, ocorrida em 1986, que a participação popular se tornou característica desses eventos. Atualmente as conferências de saúde, previstas para ocorrerem a cada quatro anos, têm a composição de seus participantes, nos níveis municipais, estaduais e federais, definida na mesma proporção dos conselheiros de saúde: 50% dos participantes votantes são usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% gestores e prestadores de serviço (Lei n. 8.142, 1990).

A realização de conferências democráticas tratando das diferentes temáticas (e setores das políticas públicas) tem sido pouco a pouco conquistada. Algumas conferências demoraram muito a serem realizadas pela primeira vez em função de resistências ocorridas por parte de setores que não têm interesse na ampla discussão das temáticas pela sociedade. Esse foi o caso do setor da

comunicação, sendo que a I Conferência Nacional de Comunicação só ocorreu em 2009, após muita mobilização de setores que desejavam ver o controle social sendo exercido também sobre a mídia no país.

O setor da saúde é onde, historicamente, o controle social está mais consolidado, através da atuação dos conselhos e a realização de conferências. Essas experiências têm servido de modelo para os demais setores das políticas públicas que ainda vêm estruturando seus instrumentos de controle social.

Além dos conselhos e conferências, diversos outros mecanismos de controle social estão instituídos no Brasil, Cunha (2003) refere os seguintes:

a. *Ministério Público* - guardião da sociedade, vigilante da ordem e do respeito dos poderes públicos aos direitos assegurados aos cidadãos pela Constituição Federal;

b. *Tribunal de Contas* - órgão auxiliar do Congresso Nacional e da Assembléia Legislativa ao qual compete a fiscalização contábil, financeira orçamentária, operacional e patrimonial da União, Estados e Municípios, respectivamente e das entidades da administração direta e indireta, também nos três níveis de governo. Cabe lembrar que todo Cidadão tem o direito de denunciar aos Tribunais de Contas irregularidades e ilegalidades verificadas contra o patrimônio público;

c. *Ação Civil Pública* - "processo" utilizado mediante representação do Ministério Público ou através de Associações legalmente constituídas há pelo menos um ano.

d. *O Mandado de Segurança Coletivo* - serve para proteger direito líquido e certo, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público. Pode ser impetrado por partido político ou por organização de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano.

e. *O Mandado de Injunção* - pode ser usado quando na falta de norma regulamentadora que possa tornar inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais.

f. *A Ação Popular* - todo cidadão, individualmente, pode entrar com uma ação popular no Poder Judiciário, basta que um direito ou interesse público esteja sendo lesado. A Ação popular confere ao povo a legitimidade para defender, via Poder Judiciário, o interesse público. É a garantia dos direitos coletivos. Ela se reserva à proteção do patrimônio público, a moralidade administrativa, ao meio-ambiente e ao patrimônio histórico e cultural.

g. *O Código do Consumidor* - dá a proteção aos consumidores, garantida na Constituição Federal e depois regulamentada pelo Código do Consumidor.

h. *A Defensoria Pública* - para se recorrer ao Poder Judiciário, é necessário se fazer representar por advogado. É a Defensoria Pública o órgão competente para oferecer, gratuitamente, ao cidadão este serviço, a orientação e defesa necessárias para fazer valer seus direitos.

i. *O Legislativo* - possibilita a articulação da sociedade com o Poder Legislativo através dos Conselhos ou diretamente pelas entidades associativas. Além da parte legítima para as ações de interesse coletivo (ação civil pública e mandado de segurança) o Poder Legislativo dispõe das comissões parlamentares de inquérito como instrumento para investigação e apuração de ilícitos civil ou criminal decorrentes do desrespeito ou omissão no cumprimento da legislação.

j. *O Orçamento Participativo* - com interação entre a participação popular e a participação governamental para que a comunidade possa opinar e decidir como aplicar/canalizar recursos para áreas que verifique que precisam ser priorizadas. Dessa forma a sociedade torna-se agente das decisões públicas.

k. *A Audiência Pública* - procedimento de consulta à sociedade ou a grupos sociais interessados em determinado problema ou que estejam potencialmente afetados por determinado projeto. É canal de participação da comunidade nas decisões em nível local.

Além desses instrumentos instituídos com o objetivo do controle da sociedade sobre o Estado, também se pode considerar que outras entidades exerçam funções de controle social. Cunha (2003) refere que sindicatos, ONGs, universidade e partidos políticos acabam por intervir diretamente com sua participação nos ditames pertinentes a um instrumento de controle.

Pela importância histórica que tais instâncias adquirem na estruturação das políticas públicas, o tema da participação foi se revestindo de especial significado em minha formação, sendo o foco de minha escolha de estágios e investimento em estudos mais aprofundados durante a graduação. Passo, então, a relatar as experiências e reflexões ocorridas nesse contexto.

## **Experiência de Estágio no Controle Social**

### **Contexto do estágio**

A escolha pela ênfase em Políticas Públicas durante minha formação em Psicologia<sup>2</sup> proporcionou a oportunidade de realizar um ano de estágio em atuação nesse campo. Meu estágio ocorreu vinculado à Cruz Vermelha do Rio Grande do Sul, uma entidade filantrópica, que realiza trabalho voluntário de atendimento à população visando contribuir para a melhoria de saúde, a prevenção de doenças e o alívio do sofrimento, através de programas de treinamento e de serviços que beneficiem à comunidade (<http://www.cruzvermelha-rs.org.br>). A origem da Cruz Vermelha Internacional está ligada ao socorro aos feridos em guerra sem fazer distinção de nacionalidade. No contexto de paz, caso no qual se enquadra o Brasil atual, essa entidade vem atuando na atenção às calamidades. Nessa perspectiva, a filial do Rio Grande do Sul elegeu como prioridade a questão da dependência química, entendendo-a como uma calamidade atual na região. Dessa forma, atualmente diversos profissionais atuam nessa entidade em programas voltados ao atendimento a pessoas que estejam com problemas relacionados ao uso de drogas, dentro dos quais são realizadas avaliações, terapias individuais, acompanhamentos psiquiátricos, grupos de ajuda e ações de prevenção junto à comunidade.

Outro trabalho que a Cruz Vermelha Brasileira do Rio Grande do Sul estava desenvolvendo durante a realização do meu estágio era um projeto de atenção a pessoas em cumprimento de pena ou medida alternativa, em uma parceria com a Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas e financiamento do Ministério da Justiça. Esse projeto incluía acompanhamento clínico, tanto em abordagens individuais quanto de grupo; capacitação profissional, através de oficinas em que se aprendia um ofício; e ainda, grupos educativos.

Nesse cenário, a proposta do Estágio de Psicologia com ênfase em Políticas Públicas oferecida pela Cruz Vermelha focou-se no trabalho de articulação da entidade com as redes de

---

<sup>2</sup>A partir de 2004, por determinação do Conselho Nacional de Educação (Resolução CNE/CES n. 8, 2004), a formação em psicologia passou a ser pautada pelo direcionamento de ênfases no final curso de graduação. Dessa forma, o Instituto de Psicologia da UFRGS, onde estudo, oferece, entre outras duas alternativas, a possibilidade de cursar disciplinas e estágios curriculares focados na temática das Políticas Públicas durante um dos últimos dois anos de formação na graduação.

serviços públicos pertinentes, e o envolvimento nas instâncias de controle social relativas a essas temáticas. Após um primeiro levantamento e avaliação da pertinência e possibilidade de intervenções junto às instâncias de controle social relativas às temáticas referidas, algumas instâncias como fóruns, conselhos e conferências, se configuraram como campos prioritários de intervenção.

Essa proposta de estágio não estava construída anteriormente ao meu ingresso como estagiária da Cruz Vermelha. Na realidade, a filial de Porto Alegre estava há anos sem contar com estagiários de psicologia atuando ligados à entidade. Dessa forma, a proposta descrita foi construída pelos dois estagiários que ingressaram naquele ano (sendo eu, um desses) em conjunto com a supervisora local. Essa construção foi possível, pois a profissional em questão tinha como uma das suas práticas enquanto psicóloga da entidade a participação e representação da Cruz Vermelha nessas instâncias do controle social. Unindo-se essa prática ao interesse dos estagiários na temática e a avaliação de que isso seria útil para a entidade, configurou-se o estágio dessa maneira. A minha inserção nas instâncias de controle social que descreverei adiante foi, então, facilitada por já haver a participação consolidada de minha supervisora local nas mesmas.

A seguir, trato, então, mais detalhadamente de minha inserção enquanto estagiária de psicologia em cada uma das instâncias nas quais atuei.

### **Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**

A primeira instância de controle social que tive oportunidade de conhecer e acompanhar mais de perto foi o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, tendo comparecido a diversas reuniões do mesmo no decorrer do ano de 2010. Esse fórum caracteriza-se por ter uma facilitada possibilidade de acompanhamento das reuniões, sendo que, pela quantidade de participantes e a forma de organização é possível entrar, assistir e sair das reuniões sem nenhuma dificuldade e, até mesmo, sem ser percebido. Porém, a manifestação e intervenção na mesma não é tão simples, uma vez que as discussões realizadas em cada reunião tratam de temas bastante específicos dentro do contexto amplo de todas as questões que envolvem a saúde no município. Sendo assim, os interlocutores que se manifestam ativamente nas reuniões são atores que estão diretamente



envolvidos nas problemáticas das pautas do dia, conhecendo profundamente os detalhes em discussão. Além disso, a concorrência para o espaço de fala geralmente é grande, sendo muitos os que desejam se manifestar verbalmente nos momentos designados para isso. Dessa forma, para os que não estão tão inteirados dos pormenores das pautas, resta ouvir e procurar compreender o que está se passando.

Por essas características e pelo fato de meu foco de intervenção como estagiária estar voltado às questões de saúde mental, as quais muitas vezes não eram pautas das reuniões, minha inserção nessa instância limitou-se à presença como ouvinte, servindo para ter conhecimento do funcionamento desse fórum tão importante e para me inteirar sobre um pouco do que estava ocorrendo no contexto amplo da saúde do município. Sendo assim, as considerações que realizo aqui a respeito dessa instância, têm aspecto muito mais descritivo do que sobre as demais.

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem um funcionamento bastante organizado, contando com diversas sub-comissões ou conselhos mais específicos. Para cada uma das regiões das gerências de saúde da cidade há um Conselho Distrital de Saúde, aproximando a participação da comunidade local, servindo para discutir demandas daquela região da cidade a serem levadas para a plenária do Conselho Municipal. Da mesma forma, existem também muitos Conselhos Locais. Esses se tratam de espaços de discussão dentro dos serviços de saúde, que reúnem os trabalhadores em saúde e a população usuária desse serviço para a avaliação dos problemas, contribuindo com o bom funcionamento, avaliando e fiscalizando essas ações e serviços prestados à comunidade. Além disso, conta com Câmaras Técnicas, instrumentos de controle social utilizados para discutir as ações dos hospitais privados, principalmente no que diz respeito ao uso dos recursos públicos, proveniente do imposto pago pelo cidadão. Outra parte importante da estrutura desse conselho são as Comissões Temáticas, que se reúnem periodicamente para discussões de temas específicos da saúde como Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e DST/AIDS, assessorando o Conselho Municipal de Saúde nessas questões.

Nesse âmbito, no decorrer do estágio, participei de diversas reuniões plenárias, algumas reuniões do Conselho Distrital da região central e acompanhei todo o ano a Comissão de Saúde Mental. As reuniões de todas as estruturas referidas são abertas à participação de toda população, sendo as datas e locais de realização das mesmas divulgadas no site do Conselho, dentro da página da Secretaria de Saúde do município.

As plenárias do Conselho Municipal de Saúde ocorrem a cada quinze dias no auditório da sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Essa instância conta com um rol de oitenta conselheiros, representantes das entidades para as quais oficialmente foram designados esses assentos Lei Complementar n. 277 (1992), sendo oito representantes da área governamental, seis dos prestadores de serviços, vinte e quatro dos profissionais de saúde e quarenta e dois representantes da sociedade civil organizada, considerados enquanto usuários dos serviços de saúde. Para cada conselheiro é designado também um suplente. Cada um dos conselhos distritais tem direito a três representantes, além desses, têm representação entidades como conselhos e sindicatos profissionais, associações de portadores de determinadas doenças, associação dos moradores, ministérios da saúde e do trabalho, secretaria de saúde, entre outros. A coordenação do Conselho é exercida por um grupo eleito pelos conselheiros. Dificilmente participam das reuniões mais da metade dos conselheiros e, geralmente, são os mesmos conselheiros que estão presentes. Muitos dos que participam são conselheiros, mas também há bastante participação de outros interessados nas questões decididas nesse conselho. Dependendo das questões que serão pauta, alguns grupos específicos comparecem em maior número, como, por exemplo, representantes de serviços que estão em discussão ou entidades de representação de portadores de alguma doença.

A estrutura das reuniões é geralmente a mesma: a coordenação informa qual será a pauta da reunião; são passados avisos pela coordenadora; é aberto espaço para manifestações dos demais presentes, que se inscrevem para ir à frente falar. Após essas etapas, que geralmente já tomam mais de uma hora de reunião, começa-se a discutir as pautas anunciadas: a problemática é apresentada pela coordenação; são realizadas inscrições dos que desejam se pronunciar sobre o assunto dentre todos os presentes; após todas as manifestações é proposta, quando cabe, uma votação para deliberar a posição do Conselho sobre o tema discutido. Dessa parte deliberativa só podem participar os conselheiros oficialmente registrados, que manifestam sua opinião levantando as mãos ou crachás.

É muito comum que a reunião se encerre antes de todas as pautas terem sido abordadas, pelo avanço da hora. Nesse caso, os assuntos ficam pendentes, sendo agendados para reuniões futuras. É comum nesse espaço que os três segmentos (usuários, gestores e trabalhadores) se façam presentes com a participação efetiva de diversos de seus representantes.

Conforme explicitado anteriormente, não tive uma participação ativa e sistemática nessa instância, sendo a percepção que obtive do funcionamento da mesma bastante fragmentada. Porém, foi possível perceber que, apesar da agitação próxima do que se poderia chamar de “bagunça” sempre presente nas reuniões, da dificuldade do tempo limitado para se discutir o que era considerado importante e do cansaço presente em função da duração sempre estendida das reuniões, esse é um espaço muito caro para os conselheiros do mesmo e para os demais participantes dos conselhos locais ali representados.

A impressão que as comunidades ali representadas passam em relação ao conselho é de tratar-se de algo de muita importância e que tem o poder de fazer diferença no contexto da saúde municipal. Além disso, também a postura dos representantes da gestão municipal em relação àquele espaço demonstrava o reconhecimento da instância como fundamental na consolidação das políticas públicas municipais de saúde.

### **Comissão de Saúde Mental**

A Comissão de Saúde Mental é um comitê para assuntos específicos dentro dessa temática, pertencente ao Conselho Municipal de Saúde. Existem também outras comissões específicas tais como a de Saúde do Trabalhador e a de DST/AIDS. A comissão em questão se reúne quinzenalmente. O papel desse grupo é o de assessorar a plenária do Conselho em assuntos relativos à Saúde Mental, analisando as questões previamente nesse comitê e apresentando posteriormente os apontamentos realizados na plenária do Conselho para apreciação. Oficialmente, o grupo é composto por profissionais da área de saúde mental, aprovados pelo Conselho, mas as reuniões são abertas à participação de todos que desejarem.

Em geral, o número de participantes era bastante reduzido se comparado às plenárias do Conselho, tendo presentes alguns trabalhadores e, muitas vezes, um representante da gestão. Assim como nas plenárias, é realizado um planejamento de quais pautas serão tratadas em cada reunião. Em função disso, alguns encontros contam com a presença de um número muito maior de pessoas do que outros, de acordo com o interesse que as mesmas têm nas questões a serem

discutidas, sendo essas, normalmente, trabalhadores ou gestores de serviços específicos, relacionados às problemáticas discutidas.

Particpei de praticamente todas as reuniões ordinárias dessa instância de maio a dezembro de 2010. Apesar das reuniões contarem, geralmente, com um grupo pequeno de participantes, a presença de participantes não habituais era vista com normalidade e bem recebida, o que pude constatar com minha própria inserção. Sempre que alguma pessoa “nova” chegava às reuniões, eram realizadas apresentações dos presentes, proporcionando uma contextualização e boa recepção no espaço. Era comum que outros estagiários de psicologia também participassem das reuniões.

Uma das pautas mais freqüentes nas reuniões das quais participei era o conveniamento de serviços privados à rede pública. Sendo necessária a aprovação do Conselho de Saúde para a ocorrência disso, os projetos dos mesmos eram sempre apresentados e discutidos previamente nesses encontros da comissão em questão. Nessas ocasiões, era grande a presença de representantes dos serviços que estavam tendo seus projetos avaliados. Durante o período em que participei das reuniões, as funções de coordenação não estavam muito bem definidas e uma das pautas sempre pendentes era a própria re-elaboração do regimento interno da comissão.

A sistemática de organização das reuniões era semelhante a das Plenárias: no início eram dados avisos e depois se iniciava a discussão das pautas. Muitas vezes, as pautas nem chegavam a ser discutidas por falta de tempo. Para tratar das que eram urgentes, então, elegia-se em reunião uma sub-comissão para, em reuniões extraordinárias, realizar a discussão específica.

O núcleo de membros oficiais dessa comissão era muito alinhado politicamente, tendo como princípio a defesa dos ideais da política da reforma psiquiátrica antimanicomial<sup>3</sup>, balizada pelos seus marcos legais, bem como a defesa de que o Sistema Único de Saúde se estruturasse baseado em serviços próprios e não através de convênios. A partir disso, todas as discussões

---

<sup>3</sup> A Reforma Psiquiátrica trata da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares. No Brasil, é um movimento paralelo ao da Reforma Sanitária que ganha estatuto legal com a promulgação da Lei Federal nº 10.216, em abril de 2001. “A Reforma Psiquiátrica tal como a concebemos hoje tem como marco inaugural o momento em que a bandeira da cidadania do louco foi posta no centro das reformulações técnicas e administrativas que até então caracterizavam o esforço de dignificar o tratamento dado ao doente mental. Em outras palavras, a reforma psiquiátrica é, em princípio, a luta pela cidadania do louco.” (Tenório, 2001, p. 20).

acabavam sempre tendo como problemática os mesmos aspectos e a maioria dos projetos ali analisados não eram aprovados. A justificativa para a não aprovação era, quase sempre, a de que o serviço apresentado não correspondia ao idealmente proposto nas orientações oficiais pertinentes, e de que não se concordava que o SUS funcionasse com serviços conveniados ao invés de próprios. Porém, o que ocorria, era que a maioria das aprovações que estavam sendo discutidas na verdade tratava-se de serviços que já estavam em funcionamento e a não aprovação implicaria, então, em deliberar que a sociedade ficasse privada de um serviço existente. Somando-se a isso a situação de falta de serviços de atendimento na área de saúde mental na cidade, o resultado era que as análises realizadas pela comissão eram sempre ignoradas no momento da votação no Conselho, pois se defendia como sendo interesse da população o atendimento nos serviços em questão.

O principal segmento responsável por essas aprovações não recomendadas pela Comissão de Saúde Mental era o dos usuários, que, em grande parte, votava contra o que poderia significar o fechamento de um serviço, mesmo que o mesmo não estivesse funcionando como deveria, conforme avaliação da Comissão. Porém, quando esse pequeno grupo (a comissão em questão) defendia a não aprovação da continuidade ou do novo convênio de determinado serviço, se colocava como defensora dos usuários dos mesmos, pela alegação de que a forma como estavam funcionando ou que estava sendo proposto o funcionamento não proporcionaria um bom atendimento. Um fato relevante de se observar nessa situação contraditória é o de que, normalmente, não havia a participação de representantes do segmento usuários nas reuniões da comissão.

Essa situação levanta uma questão sobre a função e o funcionamento dessa instância do controle social. Diante de uma política da gestão municipal de não investir na abertura de novos serviços adequados às diretrizes oficiais de atenção em Saúde Mental, a forma da comissão reagir a essa postura era a de negar consentimento a tudo o que não estava na conformidade dessas diretrizes. Porém, não se mostrava nenhuma outra forma positiva de reverter essa situação. Mesmo sendo de conhecimento dos responsáveis pelas avaliações de que sistematicamente as decisões tomadas ali eram derrubadas quando levadas à apreciação da Plenária do Conselho de Saúde, a postura, durante o tempo em que estive participando da instância, era a de repetir sempre

a mesma sistemática. A cada nova reunião onde um projeto era apresentado e se desenvolvia a discussão de sua validação, os mesmos argumentos eram apresentados.

Não tenho dúvida de que as alegações de que os serviços em questão não se encontravam plenamente adequados e de que e as defesas da implantação de um sistema público seguindo todas as diretrizes da reforma psiquiátrica antimanicomial eram procedentes. Porém, ficava claro que reiterá-las cotidianamente naquele espaço não estava sendo frutífero para alcançar os resultados pretendidos.

Pode se pensar, também, que a ineficácia da repetição dos mesmos discursos ainda poderia ser devida à forma com que o conteúdo dos mesmos era exposto. Os argumentos sempre trazidos às discussões eram baseados na alegação de que os conveniamentos propostos não se adequavam à Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216, 2001) e às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Essas explanações eram nitidamente compreendidas pelas pessoas que estavam envolvidas há algum tempo no movimento da Luta Antimanicomial, porém, podiam não ser claras para os que não estavam apropriados de todo histórico das lutas políticas nesse contexto, o que incluía muitos usuários dos serviços de saúde mental. Evidencia-se, assim, um problema referente à comunicação e representatividade do controle social frente à sociedade.

Foi possível concluir que as defesas realizadas pela Comissão de Saúde Mental visavam favorecer os interesses da população atendida, uma vez que se buscava garantir uma melhor qualidade nos serviços prestados e a consolidação eficiente e duradoura do SUS. Porém, foi possível verificar uma baixa eficácia dos métodos utilizados pelos membros da mesma. Além das situações já expostas quanto à relação da comissão em questão com a plenária do Conselho de Saúde, ainda era possível constatar uma dificuldade de negociação com os representantes da gestão. Nos momentos em que pude presenciar a possibilidade de interlocuções diretas da Comissão com atores da gestão municipal (Secretaria Municipal de Saúde), evidenciou-se uma desconsideração do segmento governamental para com essa instância. Sendo assim, apesar da demonstração de que muitos dos participantes da comissão gozavam de uma importante trajetória política, não parecia estar se conseguindo agir com estratégias politicamente eficazes naquele espaço.

Proponho a reflexão sobre um fator que pode contribuir para a compreensão da dificuldade de estratégia política da Comissão de Saúde Mental. Trata-se do reconhecimento das tensões presentes em nível mais amplo no que concerne aos temas tratados naquele âmbito. Atualmente, no campo da saúde mental, principalmente no que tange à temática do uso de drogas, estamos em meio a um conflito de ideais. Temos propostos modelos que pretendem respeitar a liberdade individual e coletiva dos sujeitos, procurando enxergá-los considerando suas particularidades de ordem cultural, social, econômica e a aposta em modelos de atenção à saúde que valorizem suas particularidades e potencializem a autonomia. Ao mesmo tempo, modelos baseados na visão biológica dos chamados “transtornos mentais”, investimentos em tecnologias farmacológicas, isolamentos sociais e intervenções técnicas altamente especializadas. Além disso, (e, algumas vezes combinado a esses) modelos repressores, baseados na eliminação da oferta dos estímulos considerados causadores dos males. Esse conflito não se restringe apenas ao âmbito do município, mas reflete a divergência de concepções colocada em um debate de abrangência internacional que incide, às vezes de forma sutil, e outras escancaradamente, nas manobras políticas e nas opiniões da sociedade como um todo. Enquanto participei dos encontros dessa comissão, não presenciei discussões que levassem em consideração esses fatores e, assim, creio ser possível afirmar esse como mais um entrave para se efetivar atuações estrategicamente eficazes.

### **Conselho Municipal Sobre Drogas (COMAD)**

O Conselho Municipal Sobre Drogas de Porto Alegre<sup>4</sup> é definido por lei como sendo um órgão normativo de deliberação coletiva, com a finalidade de auxiliar o Executivo Municipal nas políticas públicas atinentes à prevenção e ao combate ao uso de entorpecentes e à recuperação e à reinserção social de dependentes químicos (Lei Complementar n. 662, 2010). Essa instância encontra-se vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, tendo como membros dezessete conselheiros, sendo quatro indicados pelo Conselho Municipal de Saúde; nove originários da Sociedade Civil; e quatro representantes dos Conselhos Locais de Saúde, definidos em reunião do

---

<sup>4</sup> O nome foi alterado em 07 de dezembro de 2010 (Lei Complementar n. 662, 2010) para CONSELHO MUNICIPAL SOBRE DROGAS - COMAD, atendendo à orientação de alinhamento ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Durante a realização do meu estágio a denominação dessa instância era Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN.

Conselho Municipal de Saúde. A legislação determina que as vagas destinadas à Sociedade Civil devem ser ocupadas por representantes de entidades participantes do Fórum Porto Alegrense de Prevenção à Dependência Química, escolhidos por voto direto em Assembléia do mesmo. Esse órgão é composto de um grupo formado por organizações não governamentais legalmente constituídas que lidem com prevenção e tratamento do uso de drogas. Sendo assim, atualmente essas vagas são ocupadas por representantes de duas comunidades terapêuticas, uma clínica particular para tratamento de dependentes químicos, um hospital, um centro espírita e uma filial da Cruz Vermelha. Os indicados pela SMS são representantes da própria Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Municipal de Educação, da Fundação de Assistência Social e Cidadania e da Secretaria Municipal da Juventude. Não há a participação de representantes dos serviços municipais de saúde mental.

As atribuições dessa instância, definidas por lei (Lei Complementar n. 662, 2010) são:

- auxiliar a Administração Pública na orientação, no planejamento, na fiscalização e no controle da prevenção do uso de substâncias psicoativas e na recuperação e reinserção social dos dependentes químicos do Município de Porto Alegre;
- elaborar e manter atualizado cadastro das entidades que atuem em programas relacionados com o uso indevido de substâncias psicoativas;
- gerir as verbas decorrentes de convênios, bem como aquelas que forem colocadas sob sua responsabilidade pelo Executivo Municipal;
- elaborar seu regimento.

As reuniões do órgão ocorrem ordinariamente a cada quinze dias e são abertas à participação de todos interessados, em uma pequena sala própria, localizada no prédio da prefeitura municipal. A metodologia do funcionamento das reuniões era a de apresentação da pauta no início, seguido de diversos informes e a posterior discussão dos pontos da pauta apresentados.

Particpei de, praticamente, todas as reuniões dessa instância de maio a novembro de 2010. A minha inserção se deu acompanhada de minha supervisora local, a qual era conselheira representante da Cruz Vermelha. Essa apresentação e acompanhamento inicial foram fundamentais para facilitar minha inserção, pois, diferente das reuniões acima descritas, nessa instância não era comum a presença de participantes que não eram conselheiros. Em função



disso, a receptividade inicial do grupo foi bastante tranqüila, porém, assim que comecei a intervir mais ativamente nas reuniões, a postura do grupo em relação a mim mudou consideravelmente. O coletivo se mostrou bastante fechado a opiniões divergentes das comumente promulgadas naquele espaço, passando a me tratar como uma estranha em meio a semelhantes.

Ao iniciar minha participação nessa instância, o Conselho estava focado em uma única questão. As pautas das reuniões tratavam da obtenção de visibilidade do Conselho como forma de garantir recursos financeiros próprios, bem como outras estratégias voltadas para esse fim. Muitas vezes, a discussão de uma pauta resumiu-se ao relato do, então, presidente de todas as reuniões das quais tinha participado buscando a criação de um fundo próprio do Conselho. A justificativa dada para tal comportamento era de que o Conselho só poderia exercer a sua função quando tivesse dinheiro. A função a qual se referiam não era clara, parecia muitas vezes estar ligada à realização de eventos de panfletagem anti-drogas e à idéia de repasse de dinheiro às entidades das quais os conselheiros ali eram representantes, tais como comunidades terapêuticas e clínicas de tratamento.

A realização de eventos também ocupava um espaço grande das pautas das reuniões. Pelo que pude observar, era uma marca deste conselho organizar passeatas em locais públicos, empunhando cartazes e entregando panfletos com conteúdo informativo sobre os males do uso de drogas. Eram feitos esforços para que se conseguisse o maior número de entidades apoiando esses eventos, bem como a maior quantidade de pessoas possível desfilando. Muito tempo se utilizava para discutir quantos panfletos seriam entregues, para quais entidades iriam pedir dinheiro para as impressões e outras questões de cunho organizativo. Nas reuniões subseqüentes à ocorrência dos eventos referidos, discutiam-se, então, como os conselheiros tinham avaliado os acontecimentos.

Além dessas pautas, eram freqüentemente discutidos os cursos que os conselheiros fariam, ou eram feitos repasses das capacitações das quais já haviam participado como membros do Conselho. Nesses momentos, os representantes que haviam participado de algum curso, contavam aos outros o que tinha sido exposto no mesmo.

Dessa forma, ao longo tempo em que estive presente nas reuniões foi se demonstrando que o Conselho não trabalhava na perspectiva das atribuições previstas, e se afigurou que mesmo

entre alguns conselheiros havia um estranhamento quanto aos objetivos e o funcionamento daquela instância. Esse incômodo, porém, não era exposto abertamente durante as reuniões. Entretanto, diversas falas demonstravam a forma diferente como os conselheiros viam o papel que deveriam desempenhar ali. As poucas vezes em que foram levantados questionamentos a respeito do andamento dos trabalhos do grupo, foi possível ver que haviam divergências de concepção entre os membros e, também, que as ações tomadas na qualidade de instância não estavam fazendo sentido para muitos deles. Diversos conselheiros evidenciavam a perspectiva de se afirmarem como trabalhadores voluntários que estavam dedicando um tempo ali para ajudar dentro de concepções particulares que tinham, demonstrando não haver um entendimento da função de auxiliares da administração pública, e enquanto representantes da sociedade.

Uma das principais concepções da forma de ajuda que poderiam fornecer, demonstrada nas falas de diversos conselheiros, era a de que se tinha que distribuir informações, principalmente, às crianças e aos jovens sobre os malefícios das drogas (lendo-se como drogas álcool e drogas ilícitas). Imaginando-se com isso, inibir o uso das mesmas. Outra concepção bastante presente era a de que o grupo ali reunido se configurava como uma força contrária aos que defendiam a descriminalização ou legalização de algumas substâncias. Isso se demonstrava em quase todas as reuniões, quando eram elogiados discursos públicos anti-drogas e comentadas negativamente preleções à favor de legalização ou mesmo referindo aspectos positivos do uso de algumas substâncias. Uma situação em que esse espírito de combate ficou muito explícito foi em uma reunião ocorrida logo após a realização da Marcha da Maconha<sup>5</sup> na cidade, em que o presidente do Conselho declarou que tinha ido ao evento para realizar um “fichamento” dos presentes, registrando quem eram os manifestantes por meio de fotos. Outra postura bastante presente por parte de alguns conselheiros era a defesa da necessidade de participação em capacitações para aprenderem mais sobre formas de prevenção ao uso e tratamento de usuários de drogas.

---

<sup>5</sup> A Marcha da Maconha é um evento que tem ocorrido todos os anos em diversas cidades, estados e países. Caracteriza-se por um dia onde ocorrem manifestações em prol da mudança nas leis relacionadas à legalização, regulamentação do comércio e do uso (tanto recreativo quanto medicinal e industrial) dessa planta. Desde 1994, a Marcha já ocorreu em mais de 485 cidades ao redor do mundo. No Brasil essas manifestações têm ocorrido desde 2002, envolvendo discussões sobre a legalidade do evento. Em 2011, o Supremo Tribunal Federal decidiu, por unanimidade, pela legitimidade da manifestação, entendendo que ela não faz apologia da droga e considerando que sua proibição é uma ameaça à liberdade de expressão, garantida pela Constituição (Supremo Tribunal Federal, 2011). Na cidade de Porto Alegre a Marcha tem ocorrido sem maiores complicações nos últimos anos, tendo como local principal para as manifestações o Parque Farroupilha, mais conhecido como Redenção.

Essas diferentes concepções refletiam muitos posicionamentos encontrados na sociedade em geral, e como referido anteriormente, refletem também disputas ideológicas em evidência no âmbito internacional. No grupo de conselheiros do COMAD, diferentemente da Comissão de Saúde Mental, não havia coesão entre os ideais dos membros. Era perceptível, inclusive, que muitos deles nem chegavam a perceber que estavam defendendo discursos alinhados a posições mais amplamente difundidas

Apesar de ser uma instância diretamente ligada à Secretaria de Saúde, não se conhecia as políticas de atenção aos usuários de drogas, bem como os serviços públicos de saúde disponíveis na cidade. Sempre que se falava em tratamento, os discursos eram remetidos a comunidades terapêuticas e clínicas particulares, às quais muitos conselheiros entendiam que era papel daquele órgão ajudar a financiar. Havendo um representante da Secretaria Municipal de Saúde, que tencionava esses questionamentos, tornava-se mais evidente esse desconhecimento, e, para além disso, mostrava-se, em alguns discursos, um intencional descrédito às diretrizes das políticas públicas.

Além do desconhecimento das diretrizes de saúde, evidenciou-se também, a ignorância sobre as diretrizes das políticas públicas da temática específica *Drogas*. Perto do final do ano, foi anunciado em reunião que o Conselho teria que ter seu nome modificado para estar em consonância com as políticas oficiais nacionais e os demais conselhos de mesmo teor em todo o país. A diretriz colocada pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), determinou que os Conselhos fossem denominados *Conselho Sobre Drogas*, tanto no âmbitos estaduais como nos municipais. Porém, a notícia que foi passada e por bastante tempo sustentada nas reuniões era a de que o nome seria *Conselho Municipal Anti-Drogas*. Essa situação evidenciou não apenas o descompasso com as diretrizes das Políticas Públicas, mas também o caráter repressor que membros do Conselho imaginavam para o mesmo.

Ainda, o caráter público e de participação social da instância também não se mostrava claro para a maioria dos conselheiros. Isso ficou explícito em determinada situação em que foi perguntado pelos estagiários presentes na reunião como faziam para ter acesso à ata de uma reunião, a qual não haviam comparecido. As reações dos conselheiros foram completamente diversas. Primeiramente, a maioria demonstrou não ter conhecimento do que se fazia com as atas, então, foi esclarecido que elas ficaram arquivadas na sala do Conselho. Alguns demonstraram não

entender porque as atas não eram abertas, e opinaram que elas poderiam ser disponibilizadas na internet; ao que outros responderam de que entendiam que as atas eram sigilosas e não poderiam ser lidas por outras pessoas; outros, já afirmaram que entendiam que tinham o dever de disponibilizá-las a toda a sociedade. Enfim, ficou clara a incoerência interna e o desconhecimento do papel que realizavam ali pela maioria dos membros do Conselho. Após esse episódio, aparentemente, buscou-se informações sobre os procedimentos legais e as atas passaram a ser postadas na página virtual do conselho.

Creio que essas situações demonstram o quanto ainda temos a avançar no entendimento e concretização do ideal das práticas democráticas, uma vez que mesmo os atores oficialmente designados para exercer diretamente essas funções demonstram não ter entendimento do que as mesmas significam.

### **Conferências de Saúde Mental**

Em 2010, ano em que realizei o estágio em questão, ocorreu no país, após nove anos de intervalo, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Como preparação para a mesma ocorreram previamente as etapas municipais e estaduais da Conferência por todo o país. Dessa forma, tive oportunidade de participar das Conferências Municipal e Estadual de Saúde Mental.

A etapa municipal era aberta à participação de todos que desejassem. A programação contou com uma primeira noite com mesa e conferência de abertura, um segundo dia com mesas compostas por representantes dos órgãos de saúde do município, estado e federação, e da coordenação da Conferência Nacional. Esses primeiros dois momentos foram bastante conturbados em termos de organização, pois o local conseguido para a realização da conferência não comportava a totalidade dos participantes. Esse fato foi avaliado por muitos como um entrave ocasionado por interesses de instâncias que não desejavam a realização do evento. Porém, essas dificuldades foram superadas no restante da programação, sendo que o evento seguiu ocorrendo em outros locais.

Na tarde do segundo dia realizaram-se discussões, onde todos os presentes puderam se manifestar, divididos em três eixos temáticos: “Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais”, “Rede de atenção Psicossocial e os movimentos sociais” e “Direitos Humanos e Cidadania: desafio ético e intersetorial”. A cada participante era dada a escolha de participar das discussões de um desses eixos, uma vez que ocorriam simultaneamente em locais diferentes. A metodologia para esses debates era a de apresentação de sub-eixos (em torno de cinco) para se organizar a discussão, a possibilidade de formulação de propostas por parte dos participantes e posterior apresentação e defesa das mesmas para votação pelos demais, abrindo a possibilidade de que as mesmas fossem levadas à plenária final da conferência. Equipes de coordenação eram responsáveis por organizar as sessões e escolher um relator em cada um dos grupos.

Naquele espaço, efetivamente todos poderiam expor suas concepções e transformá-las em propostas para apreciação dos demais. O eixo o qual pude acompanhar (Direitos Humanos e Cidadania: desafio ético e intersetorial), contou com a participação de muitas pessoas, entre trabalhadores, principalmente, dos serviços de saúde e assistência social da cidade, usuários e familiares de usuários dos serviços de saúde mental. Além desses, também havia alguns outros estudantes da área da saúde presentes. A metodologia proposta foi seguida e bem aproveitada no tempo disponível, sendo tiradas diversas propostas em todos os sub-eixos para serem submetidas à aprovação na plenária do dia seguinte. A maioria das propostas se referia a formas de garantir direitos como moradia, transporte e trabalho aos usuários dos serviços de saúde mental. De acordo com a proposta da conferência de ser intersetorial, o enfoque das discussões esteve muito pautado na necessidade e as dificuldades de se tratar o atendimento em saúde mental de forma a envolver outros setores e as demais políticas públicas, não apenas a Saúde.

O terceiro e último dia, que previa a realização da plenária final durante a manhã, teve a programação alongada por todo o dia. Na plenária eram lidas uma por uma todas as propostas elaboradas nos três grupos. Após a leitura, se alguém não concordasse com alguma coisa da proposta, poderia pedir destaque. Assim, depois de lidas as propostas de cada sub-eixo, os que pediram destaque tinham a oportunidade de ir à frente defender a saída ou modificação da proposta. Da mesma forma, se alguém desejasse, poderia também se manifestar dirigindo a todos a justificativa do por que gostaria que a proposta fosse mantida. Após esses esclarecimentos, a

proposta era votada, momento em que todos os presentes poderiam se posicionar (levantando os crachás) pela continuidade da proposta, pela retirada ou pela sugestão de modificação.

O tempo que levou para os presentes conseguirem compreender e seguir minimamente essa metodologia já fez com que praticamente a manhã inteira transcorresse. Foi, então, posta em votação a realização de uma pausa para almoço. A maioria dos presentes votou por seguir com a programação sem interrupção, porém, após isso, mais da metade dos presentes se ausentou. As votações de propostas seguiram até quase o final da tarde. Depois de terminada essa etapa, passou-se para a escolha dos delegados que iriam representar os segmentos de usuários e trabalhadores na Conferência Estadual, a qual não teria participação aberta a todos.

Durante a plenária participaram ativamente usuários dos serviços de saúde mental, familiares dos mesmos, trabalhadores, principalmente da área da saúde e assistência social, estudantes, participantes de movimentos sociais e trabalhadores da gestão de saúde. A atmosfera geral durante a maior parte do tempo de realização da plenária era um tanto tensa, sendo isso demonstrado tanto na relação da mesa com os movimentos da platéia, quanto na forma como os participantes que iam à frente eram recebidos pelos demais da platéia quando não concordavam com o que diziam, e, mesmo “de dentro” da platéia, onde de vez em quando se ouviam xingamentos de uma pessoa para outra. Outro aspecto curioso observado foi o de um grupo de usuários que acompanhava alguns profissionais de um serviço de saúde e que parecia estar votando de acordo com o que os profissionais manifestavam.

É bastante interessante em um evento como esse perceber como diferenças que na leitura de uma sentença podem parecer sutis e sem importância, mas que, quando defendidas e discutidas, demonstravam estar envolvendo fortes embates de concepções técnico-políticas que refletiam posicionamentos formados bem anteriormente por grupos e interesses que ultrapassavam muito aquele momento e seus interlocutores. Um dos temas sobre o qual praticamente todas as propostas foram fortemente debatidas foi relativo ao atendimento a usuários de drogas. Naquele espaço foi possível visualizar claramente o contexto de conflito de concepções em que se está referente a essa temática. Diferentemente de outras questões em que o mérito era debatido com argumentações procurando esclarecer os demais sobre a melhor redação ou a melhor resolução para um problema reconhecido por todos, quando se abordava as maneiras de atendimento a usuários de drogas, ficava evidente um embate com ideais contrários em suas

bases. Ficava claro, também, que essas concepções diferentes já estavam colocadas muito anteriormente ao debate naquele fórum, inclusive, em alguns casos, era visível que os atores que ali se manifestavam já eram figuras conhecidas no cenário como defensores de determinadas causas.

A etapa estadual da Conferência de Saúde Mental – Intersetorial ocorreu seguindo um formato semelhante ao da municipal. Como diferença havia o fato de que a participação era aberta apenas a um número limitado de representantes escolhidos previamente em cada município, seguindo a proporção entre segmentos utilizada na composição dos conselhos de saúde (50% usuários, 25% trabalhadores, 25% prestadores e gestores). Esses representantes escolhidos nas conferências municipais perfaziam apenas 85% dos delegados, sendo que ainda havia 15% de delegados como representantes estaduais, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde. Ainda, foram disponibilizadas algumas vagas para participantes com direito a voz e não a voto, dos quais alguns eram convidados pela Comissão Organizadora e outros poderiam se inscrever por vagas limitadas no site do evento. Outra diferença em relação à etapa municipal era a de que naquele evento não poderiam ser formuladas novas propostas, sendo apenas discutidas as propostas previamente aprovadas nas conferências municipais.

Por se tratarem de muitas propostas a serem debatidas, os grupos de discussão foram divididos para que em cada um deles se discutisse apenas um dos sub-eixos dos três eixos temáticos. Esses sub-eixos não eram os correlatos exatos dos utilizados na etapa municipal, sendo que, para cada um dos eixos, havia nove sub-eixos nessa etapa, dentro dos quais foram distribuídas as propostas advindas das conferências dos municípios. Foi disponibilizado um dia inteiro da programação para o debate nesses grupos, o qual foi bem aproveitado, sendo que muitos grupos avançaram bastante no horário para conseguirem dar conta da consideração de todas as propostas. Sendo assim, todas as propostas que foram consideradas apropriadas, foram enviadas para serem votadas por todos os delegados na plenária final do dia seguinte.

A plenária final iniciou depois de uma hora de atraso. Praticamente durante toda a manhã foi discutido mais sobre o funcionamento da mesma do que as propostas em si. Era uma determinação da organização da Conferência Nacional de que cada estado escolhesse em plenária apenas cinco propostas prioritárias dentro de cada sub-eixo para apreciação na etapa nacional.

Também era prescrito no regimento a indicação de cinco propostas prioritárias à nível estadual dentro de cada sub-eixo. Foi um processo bastante lento até que todos os participantes da plenária conseguissem compreender essa determinação e concordar com a metodologia estabelecida para isso. À tarde a votação das propostas teve uma melhor fluidez, seguindo os mesmos moldes da etapa municipal. Porém, o evento se estendeu muito mais do que o programado e muitos grupos tiveram que deixar o local antes do encerramento, sendo necessário o retorno às cidades de origem até uma determinada hora.

De forma semelhante à Conferência Municipal, alguns temas foram muito mais debatidos, e tiveram as aprovações de propostas comemoradas ou lamentadas acaloradamente. Durante toda a realização da plenária final, muitos movimentos de grupos eram organizados paralelamente conforme os interesses de defesa ou enfrentamento de propostas que seriam votadas, sendo claramente percebido que as votações se davam muito mais na dimensão de concepções coletivas já formadas previamente do que no caráter de análise individual ou por segmentos definidos. Naquele espaço se mostraram muitas estratégias políticas de organização para defesa de interesses. Esses coletivos que se formavam estrategicamente ali se mostravam sendo menos relacionados a segmentos específicos, mas muito mais a ideais e concepções conseqüentes dos mesmos que extrapolam a segmentação entre usuários, trabalhadores e gestores, demonstrando a concretude dos discursos ideológicos, perpassando a sociedade como um todo.



### **Algumas Questões em Aberto**

A partir dessas experiências pude vivenciar um pouco de como os instrumentos de controle social Conselhos e Conferências referentes às temáticas de Saúde Mental e Drogas têm funcionado na esfera municipal e estadual. Dessas vivências, algumas questões chamaram a atenção, as quais creio serem dignas de originar futuros estudos.

Foi possível verificar que as instâncias de controle social instituídas por lei com as quais pude entrar em contato estão em atividade constante e com muitos atores envolvidos, demonstrando que, para além da regulamentação em lei, esses instrumentos se efetivaram. Porém, quanto aos ideais propostos na concepção dos mesmos, pode-se dizer que ainda se verificam diversas dificuldades. A primeira delas diz respeito à parcela da sociedade que participa desses fóruns. Apesar de visualizar um número absoluto considerável de presentes nas reuniões dos conselhos e, mais ainda, nas conferências, grande parte da população não tem ao menos o conhecimento de que esse tipo de mecanismo participativo exista. O próprio conceito de Controle Social ainda é bastante desconhecido<sup>6</sup>.

Creio que isso demonstra a necessidade do estabelecimento de políticas públicas de educação para cidadania que contemplem a divulgação das possíveis formas de participação da sociedade, incluindo os instrumentos do controle social. Nesse sentido, em 2006, a Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde, em parcerias com os conselhos municipais e estaduais de saúde, formulou a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Essa tem como objetivos contribuir para a ampliação e qualificação da participação social nas políticas públicas de saúde; fortalecer os conselhos de saúde como representantes da sociedade na formulação e deliberação das políticas de saúde; e promover o intercâmbio de experiências sobre o controle social no SUS (Resolução CNS n. 363, 2006). Sendo assim, muitas ações de formação de conselheiros e de divulgação do controle social tem sido realizadas no país,

---

<sup>6</sup> É difícil encontrar na literatura estudos que quantifiquem e qualifiquem esses dados, sendo eles aqui referidos a partir das experiências que tive. Dessa forma, a realização de estudos quantitativos e qualitativos a respeito do conhecimento que a sociedade possui sobre o controle social e sobre as formas como se relaciona com ele podem representar contribuição significativa às políticas públicas a que se referem.

porém, ainda é possível encontrar até mesmo conselheiros exercendo essa função sem ter o conhecimento mínimo necessário.

Outro fator que dificulta muito a participação popular nas instâncias de controle social é a forma bastante burocratizada de funcionamento das mesmas. Também nos conselhos, mas, especialmente, nas conferências, a forma de organização e de regulamentação dos próprios meios de expressão dos participantes passa por um regramento bastante burocrático. Tomando-se o exemplo das plenárias finais das conferências, um percentual muito grande do tempo das mesmas é despendido para que se consiga esclarecer os participantes de quais são e como se aplicam as regras de funcionamento. Isso se refere a como cada um pode se manifestar, a quais aspectos podem se referir, que nível de influência nas decisões podem ter, em que momentos podem haver as manifestação, quais e como serão os encaminhamentos, etc. Para os que não estão apropriados da sistemática, há uma dificuldade de conseguir participar efetivamente até que a plenária esteja funcionando sistematicamente por algum tempo de acordo com o previsto nas normativas.

Esse nível de organização burocrática não apenas compromete a participação igualitária de todos, mas acaba dificultando, também, a discussão dos conteúdos em si. Como referido, muitas vezes, termina-se uma reunião de um conselho sem ter ao menos iniciado a discussão de uma pauta prevista. Essa forma de funcionamento também proporciona que atores para os quais é interessante que as discussões não ocorram se valham dos detalhes burocráticos para impedir ou adiar a ocorrência de discussões e, conseqüentemente, a tomada de decisões importantes.

Além disso, outro fator problemático, mesmo para os que já estão familiarizados com as sistemáticas utilizadas, é a duração sempre demasiado extensa das reuniões de conselhos e, principalmente, das plenárias finais das conferências. Não houve reuniões dos conselhos de saúde e das conferências das quais participei que tenham terminado dentro do horário previsto. De forma marcante, as plenárias finais das conferências se estenderam muitas horas além do que o constante na programação. Mesmo sendo isso entendido como muito previsível para os participantes acostumados a tais eventos, avalio que o fator cansaço e a pressão pelo término do que estava previsto para acabar muito antes, exerça também considerável influência nos modos de participação nesses fóruns. Percebi que a exaustão gera a ausência (momentânea ou definitiva) mesmo dos que estão mais apropriados e interessados nas discussões, diminuindo quantitativa e qualitativamente a participação.

Outras questões que me chamaram muito a atenção nas vivências que tive foram relativas à temática do uso de drogas. Esse campo apresenta algumas singularidades em relação às demais temáticas da área da saúde. Primeiramente, o fato das políticas relacionadas não se referirem exclusivamente a políticas de saúde, mas também estarem situadas nas políticas de segurança. Outra diferenciação é que o tema do uso de drogas perpassa questões culturais e ideológicas, mobilizando não apenas os atores diretamente envolvidos na construção das políticas públicas, mas a sociedade como um todo, inclusive a nível internacional. Nessa conjuntura, no contexto do controle social também se mostram situações diferenciadas.

Como exposto anteriormente, no Controle Social da área da Saúde é muito expressiva a participação direta dos usuários dos serviços, mesmo no que se refere à saúde mental. Porém, quando se trata de usuários de drogas, essa participação é praticamente inexistente. Nas duas instâncias que lidavam mais diretamente com esse tema das quais tive oportunidade de participar (Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal Sobre Drogas) em nenhum momento houve a participação de algum representante do segmento dos usuários. Ao consultar a literatura disponível sobre o tema, descobri que essa não era uma particularidade das instâncias relativas à cidade de Porto Alegre: em geral, não há espaço para os usuários de drogas se manifestarem.

Dênis Petuco no livro “Outras palavras sobre o cuidado das pessoas que usam drogas” (Petuco, 2010) questiona o porquê das pessoas que usam drogas terem tão pouco espaço para se manifestarem e avalia que, mesmo no campo da saúde mental, não existe uma abertura suficiente para isso. Afirma que só há dois discursos autorizados às pessoas que usam drogas: os *discursos desesperados*, e os *discursos heróicos*. Ou seja, para além dos relatos de desespero e impotência ou de vitória pela superação da própria vontade, não há efetiva abertura para a manifestação dos usuários de drogas.

Ao pensar nos motivos para isso, podem-se vislumbrar facilmente algumas razões como o preconceito alimentado por modelos econômicos, sociais e culturais vigentes, o que incide também sobre os atores que interferem na definição e efetivação das políticas públicas de saúde e segurança. Entendendo, então, que essa questão envolve processos bastante complexos, não tenho, nesse trabalho, a pretensão de elucidá-los aprofundadamente.

Contraopondo-se à constatação da falta de espaço para as falas dos usuários de drogas, atualmente tem-se discutido amplamente o tema do uso de drogas. Como referido anteriormente, internacionalmente são pautas atuais o entendimento legal sobre a comercialização e uso de drogas, as formas de tratamento oferecidas aos usuários e, até mesmo, a visão cultural sobre o que significa fazer uso de substâncias consideradas como tais. No Brasil, é fácil reconhecer isso através da cotidiana veiculação de discussões sobre a chamada “epidemia do crack” e sobre a descriminalização da maconha. Esses debates tem se dado expressivamente em fóruns alheios ao controle social formal tais como acordos políticos internacionais, abaixo-assinados, discussões e manifestações em fóruns da internet, manifestações de rua e programas de televisão. Nesses contextos, alguns grupos de usuários e de outros atores que não têm se feito presentes nas instâncias de controle social instituídas têm se mostrado muito ativos, conseguindo obter visibilidade para as suas opiniões.

É interessante pensar que esses outros espaços e dinâmicas de participação podem estar influenciando a formulação das políticas públicas do país mais efetivamente do que as formas de participação oficialmente instituídas. Nesse aspecto, creio ser bastante interessante realizar estudos para se compreender as formas em que essas dinâmicas têm-se dado. Assim, acredito que seria interessante examinar que movimentos têm ocorrido no âmbito das variadas formas de participação social; como isso tem influenciado nas dinâmicas do controle social e como as formulações do controle social tem influenciado nesses outros contextos de participação; o quanto e de que forma esses variados níveis têm tido influência nas definições das políticas públicas nacionais; que papel os usuários tem tido nessas diferentes possibilidades de manifestação. Acredito que esses estudos poderiam ajudar a pensar a problemática da participação nas instâncias de controle social e também sobre a efetividade das mesmas.

## Considerações Finais

A pesquisa bibliográfica e a incursão prática não deixam dúvidas de que os instrumentos de controle social previstos em lei se efetivaram no país, contando com participação efetiva de muitos cidadãos. Também não há dúvidas de que o setor em que essa efetivação se consolidou mais fortemente foi o da saúde, sendo que, atualmente, contamos com conselhos de saúde em funcionamento na totalidade dos estados e municípios do país (Côrtes, 2009) e temos a ocorrência sistemática das conferências de saúde com a participação paritária dos segmentos, conforme a lei.

As experiências que tive vivenciando o cotidiano de algumas instâncias da cidade de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul indicaram que ainda há muito que se aperfeiçoar na prática do funcionamento desses fóruns para que se alcance o ideal da participação popular na definição dos rumos das políticas públicas. Podemos referir como necessário o avanço no grau de conhecimento e de participação da população nas instâncias constituídas, na eficiência do funcionamento das mesmas e no nível de efetividade das decisões tomadas por essas instâncias, como discorrido ao longo deste trabalho. Porém, o que pude concluir é que, apesar de todas essas dificuldades, nesses vinte e três anos passados desde o estabelecimento da possibilidade da ampla participação popular nas definições políticas do país, o desenvolvimento e a consolidação das instâncias de controle social, mesmo que apenas em graus restritos, tem sido fundamental no estabelecimento da cultura democrática participativa no país.

Os conselhos e as conferências hoje representam canais através dos quais a população em geral tem a possibilidade de discutir as políticas públicas em um espaço oficial, expor seus descontentamentos e propor mudanças. Mesmo que em muitos âmbitos ainda não se tenha a efetividade desejada e não se alcance uma grande parcela dos cidadãos, creio que essas experiências têm servido, pelo menos, em seu caráter educativo, para, aos poucos, qualificar a participação da sociedade a fazer parte da gestão do país.

Muitos avanços ainda fazem-se necessários para alcançar os ideais de democracia participativa propostos na era democrática de nosso Estado. Nesse sentido, defendo como sendo

de grande importância o investimento em estudos que busquem elucidar dinâmicas que têm dificultado a efetivação dos ideais a que temos buscado. Que esses estudos possam não apenas indicar como superar os empecilhos nos modelos de participação propostos atualmente, mas, também, ajudem a avançar na proposição de outros modelos para se alcançar a efetiva participação social na definição cotidiana dos rumos do país.

## Referências

Cardoso, R. (1983). Movimentos Sociais Urbanos: balanço crítico. Em Sorj, B., & Alameida, M. H. T. (Orgs.) *Sociedade e política no Brasil pós-64*. São Paulo: Brasiliense.

Carvalho, A. I. (1995). *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE / IBAM.

Carvalho, M. C., & Teixeira, A. C. (Org.). (2000). *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Pólis.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília. Recuperado em 07 de maio de 2011, de [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)

Correa, M. V. C. (2006). Controle Social na Saúde. Em Mota, A. E., Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M.. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez.

Côrtes, S. M. V. (2000). Balanço de experiências de Controle Social, para além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde: construindo a possibilidade de participação dos usuários. Em Ministério da Saúde (Org.). *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. Recuperado em 07 de maio de 2011, de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>

Côrtes, S. V. (Org.). (2009). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cunha, S. S. (2003). *O controle social e seus instrumentos* (Relatório de Pesquisa/2003), Salvador, BA, Núcleo de Estudos sobre Poder e Organização Locais, Programa de Desenvolvimento e Gestão Social, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia.

*Lei Complementar n. 277, de 20 de maio de 1992*. (1992). Dispõe sobre o Conselho Municipal da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS. Recuperado em 28 de maio de 2011, de <http://www.democraciaparticipativa.org/files/pesquisafinep/CMS-Portoalegre-Lei1.pdf>

*Lei Complementar n. 662, de 7 de dezembro de 2010*. (2010). Institui o Conselho Municipal sobre Drogas (Comad), o Fórum Porto-Alegrense de Prevenção à Dependência Química e o Fundo do Conselho Municipal sobre Drogas (Fundo do Comad) e revoga a Lei Complementar nº 241, de 4 de janeiro de 1991. Porto Alegre, RS. Recuperado em 11 de junho de 2011, de <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin>

*Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. (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. Brasília, DF. Recuperado em 27 de maio de 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

*Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado em 23 de setembro de 2011, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2011). *O que é Controle Social?* Recuperado em 09 de abril de 2011, de [http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/controle\\_social/o-que-e](http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/controle_social/o-que-e)

Moroni, J. A. (2005). *Participamos, e daí?* Recuperado em 15 de maio de 2011, de [http://www.aracati.org.br/portal/pdfs/13\\_Biblioteca/Textos%20e%20artigos/participacao\\_Moroni.pdf](http://www.aracati.org.br/portal/pdfs/13_Biblioteca/Textos%20e%20artigos/participacao_Moroni.pdf)

Petuco, D. R. S. (2010). Pra não dizer que não falei de drogas: o cuidado de pessoas que usam drogas e a luta antimanicomial. Em Santos, L. M. B. (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf.

*Resolução CNE/CES n. 8, de 7 de maio de 2004.* (2004). Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília, DF. Recuperado em 13 de agosto de 2011, de [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf)

*Resolução CNS n. 363, de 11 de agosto de 2006.* (2006). Brasília, DF. Recuperado em 10 de setembro de 2011, de [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/ResolucaoMSCNS\\_2006\\_00363.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/ResolucaoMSCNS_2006_00363.pdf)

Streck, D. R., & Adams, T. (2006). Lugares da participação e formação da cidadania [Versão eletrônica], *Civitas: Revista de Ciências Sociais*, 6(1), 95-117.

Supremo Tribunal Federal. (2011). *STF libera "marcha da maconha"*. Recuperado em 3 de setembro de 2011, de <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=182124>

Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.