

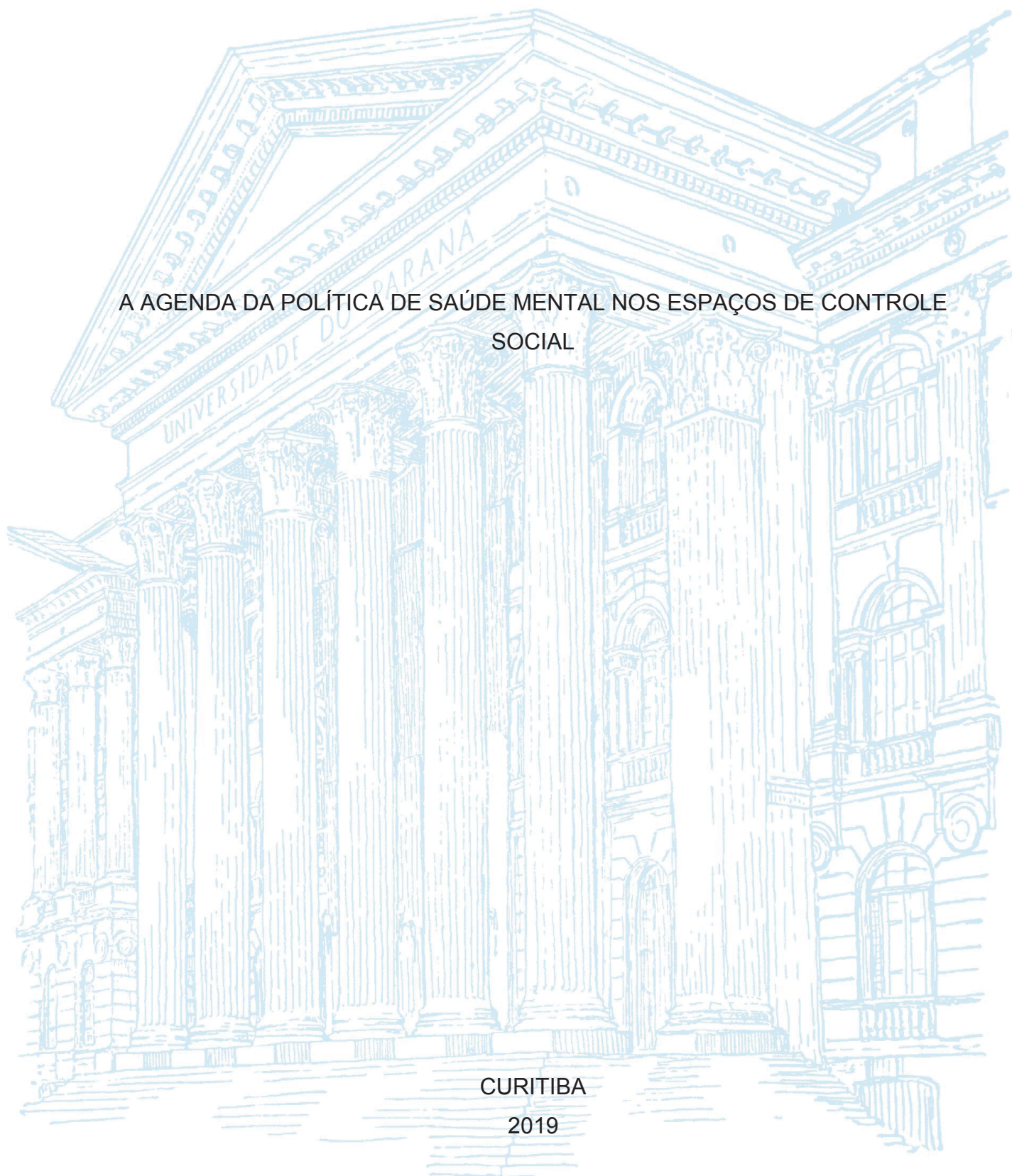
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RICHELLIANY JULIÃO DOS SANTOS CARDOSO

A AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS ESPAÇOS DE CONTROLE
SOCIAL

CURITIBA

2019



RICHELLIANY JULIÃO DOS SANTOS CARDOSO

A AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS ESPAÇOS DE CONTROLE
SOCIAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Coorientador: Prof. Dr. Luís Felipe Ferro

CURITIBA

2019

C268 Cardoso, Richelliany Julião dos Santos
 A agenda da política de saúde mental nos espaços de controle social [recurso eletrônico] / Richelliany Julião dos Santos Cardoso. - Curitiba, 2019.

 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.
 Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich.

 1. Política de saúde. 2. Saúde mental. 3. Participação social. 4. Conferências de saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Ditterich, Rafael Gomes. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WM 30.2

Catálogo na fonte elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFPR,
Biblioteca de Ciências da Saúde – SD, com os dados fornecidos pelo autor.
Bibliotecário: Francisco José Cordeiro CRB9/1734



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **RICHELLIANY JULIÃO DOS SANTOS CARDOSO** intitulada: **A Agenda da Política de Saúde Mental nos espaços de Controle Social**, sob orientação do Prof. Dr. RAFAEL GOMES DITTERICH, que após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 10 de Setembro de 2019.


RAFAEL GOMES DITTERICH

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


HLASCAR FIALHO PESSALI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação ao meu amigo onipotente, onisciente e onipresente,
Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela minha vida, pelas pessoas que Ele colocou em minha jornada, por me capacitar diariamente e por cuidar de mim sempre.

Agradeço ao meu amado esposo, Rafael, que sempre esteve ao meu lado, me ajudando, incentivando, cuidando de mim e doando o que há de melhor nessa vida, o amor.

Agradeço aos meus pais, Ronaldo e Silvanaide, e ao meu irmão, Rodrigo, que apesar da distância sempre estão presentes em minha vida.

Agradeço as minhas amigas do Centro Hospitalar de Reabilitação, Elisandra, Hellen, Kátia, Raíza, Tatiana e Tatiane, por toda força, apoio e por me escutarem por horas sobre as aflições advindas do mestrado.

Agradeço ao meu orientador, professor Rafael Gomes Ditterich, por compartilhar conhecimento, pela paciência e compreensão das limitações de uma estudante e trabalhadora.

Agradeço ao meu coorientador pelas orientações.

Agradeço aos meus colegas de turma pela troca de conhecimento e companheirismo.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as contribuições das Conferências Nacionais de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde Mental, Conferências Estaduais de Saúde do Paraná e do Conselho Nacional de Saúde na construção da Agenda da Política de Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa documental de caráter qualitativo, os documentos que compuseram o corpus do trabalho foram os Relatórios Finais das Conferências de 1987 a 2015 e as atas derivadas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde de 2006 a 2018. Os resultados demonstraram que as Conferências apresentaram repetições constantes de pautas, principalmente as relacionadas à Reforma Psiquiátrica, sinalizando as barreiras encontradas para a transformação de um modelo de base hospitalar para um de base territorial. As Conferências conseguiram ampliar os espaços de debate e de discussão das prioridades, porém apresentaram prejuízos em exercer seu papel deliberativo na construção da Agenda da Política de Saúde Mental. Já os resultados encontrados na análise das atas demonstraram que o Conselho Nacional de Saúde tem atuado de forma limitada como espaço promotor do controle social; as pautas restringiram-se a apresentar aspectos formais relacionados a realização de Conferências e não a discussões políticas, enfraquecendo a construção de uma Agenda de Saúde Mental. Também ocorreu uma discrepância em relação ao poder de voz dos diferentes atores, já que os prestadores de serviços dominaram as pautas em relação aos outros segmentos.

Palavras-chave: Política de saúde. Saúde mental. Participação social. Conferências de saúde. Sistema único de saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the contributions of the National Health Conferences, National Mental Health Conferences, State Health Conferences of Paraná and the National Health Council in the construction of the Mental Health Policy Agenda. It is a qualitative documentary research, the documents that made up the corpus of the work were the Final Reports of the Conferences from 1987 to 2015 and the minutes derived from the National Health Council meetings from 2006 to 2018. The results showed that the Conferences presented constant repetition of guidelines, especially those related to the Psychiatric Reform, signaling the barriers found for the transformation from a hospital-based model to a territorial-based one. The Conferences were able to broaden the spaces for debate and discussion of priorities, but they presented losses in exercising their deliberative role in the construction of the Mental Health Policy Agenda. The results found in the analysis of the minutes showed that the National Health Council has acted in a limited way as a space promoting social control; The guidelines were restricted to presenting formal aspects related to the holding of Conferences and not to political discussions, weakening the construction of a Mental Health Agenda. There was also a discrepancy regarding the voice power of the different actors, as service providers dominated the guidelines in relation to other segments.

Keywords: Health policy. Mental health. Social participation. Health conferences. Health unic system.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- SISTEMATIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS	30
Figura 2- ETAPAS PARA COLETA DOS RELATÓRIOS FINAIS.....	31
Figura 3- ETAPAS PARA COLETA DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CESa-PR.....	34
Figura 4- FLUXO DAS ETAPAS PARA COLETA DAS ATAS	36
Figura 5- ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	37
Figura 6- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DOS RF	39
Figura 7- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DAS ATAS	40
Figura 8-ETAPAS DE TODO PROCESSO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	42
Figura 9- PERCURSO DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS	46
Figura 10- PERCURSO DA COLETA DOS RF DAS CONFERÊNCIAS	48
Figura 11- PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS RF	50
Figura 12- FLUXO DAS ETAPAS PARA COLETA DAS ATAS	71
Figura 13- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DAS ATAS	74
Figura 14- PERCURSO DA COLETA DOS RF DAS CESa-PR	86
Figura 15- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO PARA ANÁLISE DOS RF	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- DESAFIOS ENCONTRADOS NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL	27
Quadro 2- INCUMBÊNCIAS DOS BENS DEMOCRÁTICOS DE SMITH	38
Quadro 3- PRINCIPAIS PROPOSTAS DE SAÚDE MENTAL APONTADAS NOS RF DAS CNSa	58
Quadro 4-PRINCIPAIS MUDANÇAS OCORRIDAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	61
Quadro 5- ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	72
Quadro 6- ASSUNTOS ABORDADOS NAS REUNIÕES DO CNS, PERÍODO DE 2006 A 2018.....	75
Quadro 7- IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS NAS PAUTAS DO CNS	78

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos
CES- PR	- Conselho Estadual de Saúde do Paraná
CESa-PR	- Conferência Estadual de Saúde do Paraná
CF	- Constituição Federal
CNRP	- Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNSa	- Conferência Nacional de Saúde
CNSM	- Congresso Nacional de Saúde Mental
CNSMa	- Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSM	- Comissão de Saúde Mental
CT	- Comunidade Terapêutica
DF	- Distrito Federal
eCR	- Equipes de Consultório na Rua
HD	- Hospital dia
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	- Leis Orgânicas da Saúde
MNLA	- Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	- Ministério da Saúde
MTSM	- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	- Núcleo de Atenção Psicossocial
PESM	- Política Estadual de Saúde Mental
PNAISP	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNASH	- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria
PNSM	- Política Nacional de Saúde Mental
PRH	- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RD	- Redução de Danos

RF	- Relatório Final
RP	- Reforma Psiquiátrica
RT	- Residência Terapêutica
SESA	- Secretaria Estadual de Saúde
SIMPR	- Serviços Integrados de Saúde Mental
SR	- Serviços Residenciais
SRT	- Serviço Residencial Terapêutico
SUS	- Sistema Único de Saúde
UA	- Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A REALIDADE DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA E OS DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL	13
1.2 OS ENTRELAÇOS ENTRE: OS MOVIMENTOS SOCIAIS, CONTROLE SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A AGENDA.	14
2 CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE	17
2.1 CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	17
2.2 O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	21
2.3 AS LIMITAÇÕES DO CONTROLE SOCIAL E AS INOVAÇÕES DEMOCRÁTICAS DE SMITH	24
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 METODOLOGIA	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E SEU PAPEL PROPOSITIVO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	44
5.2 O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E A SUA ATUAÇÃO NO FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	68
5.3 AS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E A AGENDA DA SAÚDE MENTAL	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
6.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	94
ANEXO 1- COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1.....	102
ANEXO 2- COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2.....	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 A REALIDADE DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA E OS DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL

Vasconcelos (2001) ao expor sua opinião sobre o que estamos vivenciando, afirma que temos a emergência de desafios na sociedade, no Estado e na Política de Saúde Mental no país, correndo o risco de caminhar para uma regressão de nossas conquistas neste campo.

O autor relata que no Brasil, nos últimos anos, apesar de alguns poucos avanços setoriais, como na distribuição de renda e diminuição da pobreza, ainda permanece a privatização, a focalização e o sub-financiamento das políticas sociais; a precarização dos vínculos de trabalho tanto no setor público quanto privado; a desigualdade social; o desemprego elevado; e o abuso de drogas e a violência, acarretando prejuízos no campo da saúde mental.

Como consequências temos: o baixo volume de investimentos e lentidão de crescimento do número de serviços de base territorial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais (SR); crescimento da privatização/terceirização dos serviços; desvalorização do trabalho de equipe; e redução dos espaços de participação da comunidade e de controle social. Esses são apenas alguns prejuízos que enfraquecem a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

A situação da Política de Saúde Mental do Estado do Paraná não difere muito da nacional. Brischiliari (2011) ao realizar sua pesquisa em uma Regional de Saúde do Paraná, identificou que: é comum os familiares se queixarem quanto à demora para conseguir realizar uma consulta com o psiquiatra; reclamações referentes à má atuação de outros profissionais como o assistente social e a psicóloga; o espaçamento entre as consultas psiquiátricas normalmente são superiores há três meses; queixas a respeito do tratamento recebido na instituição hospitalar asilar; e a importância que os familiares agregam aos atendimentos extra hospitalares.

A situação da saúde mental apresenta indícios e sinais que nos chegam de excessiva institucionalização e burocratização dos serviços na rede de saúde

mental. Além desta realidade, temos vivenciado as dificuldades que limitam o exercício do controle social na saúde mental.

Apesar de todo o aparato legal que rege o controle social não existe uma garantia que a participação da comunidade ocorra de forma democrática no acompanhamento da gestão e na implementação das políticas de saúde (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008). Stotz (2006) aponta que as instâncias colegiadas, Conselhos e Conferências de Saúde, não têm sido populares, nem ambientes de debates e discussões que remetam às situações de saúde locais. Ao contrário: esses espaços têm se comportado como promotores de indicação de delegados para as etapas estadual e nacional.

Ao nos depararmos com os fatos atuais, conseguimos identificar a necessidade urgente de ações voltadas para o fortalecimento e avanço da Política de Saúde Mental. Na perspectiva de Lucchese (2004), as Políticas Públicas se materializam por meio da ação concreta de atores sociais e de atividades institucionais e seu impacto sobre a situação existente deve ser acompanhado e avaliado permanentemente nos espaços de controle social.

Nessa percepção, é oportuno afirmar que para se constatar avanços nas Políticas Públicas é necessária a existência de diversos mecanismos de avaliação, acompanhamento e aprimoramento. Entre eles podemos destacar o exercício do controle social por meio da participação da comunidade na saúde.

Nesta vertente este estudo tem por objetivo analisar as contribuições das Conferências (Conferências Nacionais de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Conferências Estaduais de Saúde do Paraná) e do Conselho Nacional de Saúde na construção da Agenda da Política de Saúde Mental, no período de 1987 a 2015.

1.2 OS ENTRELACES ENTRE: OS MOVIMENTOS SOCIAIS, CONTROLE SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A AGENDA.

Em contexto brasileiro, nos anos de 1980 foi intensamente discutida a participação organizada da sociedade brasileira no controle das ações públicas, período em que ocorreram as lutas sociais pela redemocratização, a revitalização do Movimento da Reforma Sanitária e a realização da VIII Conferência Nacional de

Saúde (CNSa). Nesta trajetória surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), resultado dessas mobilizações sociais (BRASIL, 1990 a, 1990 b).

Com o surgimento do SUS foi possível vivenciar a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, acarretando em ações, serviços e práticas assistenciais. De acordo com a Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo nº 198, o SUS é norteado pelas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Dentre os princípios do SUS destaca-se a participação da comunidade na saúde, entendida como a partilha do poder entre Estado e sociedade civil (LONGHI; CANTON, 2011). É por meio da participação da comunidade nos Conselhos e nas Conferências de Saúde que ocorre o controle social, ato de fiscalizar, acompanhar e avaliar as políticas públicas de saúde (MENDES, 2001). Os Conselhos e as Conferências de Saúde são definidos pela Lei nº. 8.142/90 como órgãos colegiados permanentes com caráter deliberativo e devem ser compostos de forma paritária (BRASIL, 1990b).

A atuação dos Conselhos de Saúde corresponde à formulação de estratégias e ao controle da execução da política de saúde. Já as Conferências de Saúde têm como incumbência avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas municipais, estaduais e nacional (BRASIL, 1990b).

A legislação dispõe que os Conselhos e as Conferências de Saúde têm como uma das metas a promoção e o fortalecimento do controle social por meio de articulações dos movimentos sociais objetivando viabilizar mudanças e conquistas nas diversas problemáticas políticas (BRASIL, 1990b).

A redemocratização do Brasil, a revitalização do Movimento da Reforma Sanitária, a realização da VIII CNSa, o SUS, o controle social, Conselhos e as Conferências de Saúde são frutos das mobilizações sociais.

Desde dos anos de 1970, período que o Brasil era regido pelo regime autoritário, os movimentos sociais foram ganhando corpo e sua construção coletiva se fez na forma de rede, articulando-se com outras organizações, sindicatos e partidos políticos. A característica que se tornou mais forte nos movimentos sociais foi a construção da “cultura de direitos”, pois novos direitos foram criados e incorporados à agenda política (AMARANTE; DIAZ, 2012).

Este cenário também fez parte da saúde mental. As mudanças e avanços na Política de Saúde Mental foram conquistas das ações desenvolvidas pelos movimentos sociais. Podemos visualizar melhor as mobilizações sociais quando retomamos a história da saúde mental brasileira.

Até a década de 80, o modelo assistencial tradicional em saúde mental caracterizou-se pela privação de liberdade como forma de tratamento, a loucura passou a ser uma patologia e constantes abusos aos direitos humanos aconteciam dentro e fora dos hospitais psiquiátricos. Diante destes fatos os movimentos sociais se articularam e pressionaram as autoridades políticas por uma reforma da política de atenção à saúde mental vigente (BORGES, 2008).

É neste cenário que surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), movimento este que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de torturas, fraudes e corrupções. As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas a cronificação do manicômio e ao uso de eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços (AMARANTE, 1995).

No ano de 1987 ocorreram dois eventos importantes para o fortalecimento dos pressupostos do MTSM: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSMa) e o II Congresso Nacional do MTSM (em Bauru/SP). Este segundo evento ficou marcado pela presença não só dos trabalhadores, mas também de outros atores sociais, tais como associações de usuários e familiares. Todos incorporaram à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

No espaço de seis anos, compreendidos entre 1987 e 1993, várias articulações foram realizadas, diversos núcleos do MTSM foram se constituindo e, no ano de 1993, consolidado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). De acordo com o Relatório Final (RF) do I Encontro do MNLA: O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (VASCONCELOS, 2000).

De acordo com Vasconcelos (2001) o controle social no campo da saúde mental deve ser pensado e exercido através de várias perspectivas complementares e necessárias, não pode se restringir apenas ao âmbito dos Conselhos de Saúde. A forma mais direta de exercer o controle social sobre o sistema de saúde mental é por meio dos representantes de usuários, familiares, gestores, representantes da sociedade civil e trabalhadores, nos Conselhos de Saúde, nas comissões especiais (principalmente a de saúde mental), e nas Conferências de Saúde.

Por meio do exercício do controle social e das mobilizações sociais é que se pode construir uma agenda política. A agenda é um aglomerado de questões sociais, um conjunto de problemas, sobre os quais atores sociais concentram sua atenção em um determinado momento (KINGDON, 2011). Nessa perspectiva, é apropriado afirmar que a elaboração da agenda é uma construção social, um processo pelo qual as questões sociais e suas possíveis soluções adquirem ou perdem atenção pública, através da interação entre diversos atores, como o governo, cidadãos e instituições (FUKS, 2000).

2 CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

2.1 CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Atualmente, o Brasil está constituído por um Estado democrático, o qual tem seu poder exercido por representantes do povo e pela participação direta dos cidadãos. O desafio da democracia é garantir à sociedade uma participação que não se restrinja ao direito do voto, mas que permita sua presença nos processos de formulação, execução e fiscalização das ações governamentais para o alcance de seus objetivos (HARBERMAS, 1997; NOBRE, 2004).

Entretanto, quando se volta ao passado é perceptível todo o processo de lutas e conquistas para alcançar o Estado democrático de direito, que permite que os cidadãos participem das tomadas de decisões governamentais e que suas demandas cheguem ao poder público.

Durante o governo de Getúlio Vargas foram criadas as primeiras instâncias para participação em saúde, estabelecidas pela Lei nº. 378 de 1937 (BRASIL, 1937). O objetivo desta Lei foi informar o Governo Federal sobre as atividades relativas à saúde e orientá-lo na execução dos serviços locais de saúde. Com isso ficou

definido que os encontros seriam convocados pelo Presidente da República e contariam com a participação de representantes do governo e de representantes dos grupos sociais relacionados à área e tema da conferência (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Após 27 anos da criação das primeiras instâncias participativas, em 1964 o papel do Estado era determinado por um modelo político econômico ditatorial que predominou até meados de 1985 (CARVALHO, 1997; DINIZ, 2001). Para combater a imposição do Estado em ditar o rumo do cuidado a saúde da população, na metade da década de 1970 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária em consonância com outros tantos movimentos sociais.

Entre as bandeiras que esse movimento carregava, tem-se a luta em prol da efetividade da participação da sociedade nas políticas públicas de saúde. Tal bandeira encontrou mastro firme na CF de 1988, Constituição Cidadã, resultado da luta da nação por democracia (RUFINO, 2015).

A partir da instituição legal da CF de 1988 teve a criação SUS, consolidado e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS). As LOS consistem em duas leis: a de nº. 8080/90 que trata da organização, princípios e diretrizes do SUS, e a de nº. 8142/90, a qual dispõe sobre a participação da comunidade e o controle social no SUS (BRASIL, 1990 a, 1990 b).

A participação da comunidade é considerada uma diretriz do SUS com destaque social e político, pois proporciona a participação da população no processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES et al., 2007).

De acordo com Santos (2011), o controle social é o mecanismo de manifestação da cidadania, exercido por meio da participação da comunidade. Já para Silva, Cruz e Melo (2007), o controle social é um meio de atender aos interesses da população, pois o poder deve ser compartilhado.

Como definição complementar, tem-se a posição de Oliveira e Almeida (2009) em que o controle social é uma estratégia de democratizar o poder para o processo de gestão compartilhada e solidária. Silva (2001) define o controle social como um mecanismo de vigilância de agentes e instituições políticas que atuam na estrutura do poder.

Dando continuidade ao arcabouço de definições Escorel e Moreira (2008) afirmam que o controle social é a possibilidade de a sociedade controlar o Estado por meio de instâncias, como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Assis e Vila (2003), argumentam que o controle social é um espaço de representação da sociedade por meio da articulação entre diversos sujeitos constituindo canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios.

Rolim, Cruz e Sampaio (2013) relatam que a perspectiva do controle social é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois estabelece uma relação entre o Estado e a sociedade, proporcionando que as decisões tomadas na saúde possam ser negociadas com os representantes da sociedade.

O controle social deve ser entendido como uma forma importante da democracia, necessitando que os atores políticos envolvidos conheçam o SUS, a legislação, a realidade epidemiológica, financeira e política, visando melhorar as contribuições para a formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2009).

No tocante à legislação, o controle social nasce no Brasil como um dispositivo legal, uma porta institucionalizada, regulamentado pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a inclusão e participação da comunidade no SUS e institui as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias participativas do controle social, ambas com a seguinte composição: 50% dos representantes dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (BRASIL, 1990b).

As Conferências de Saúde são definidas como espaços de participação e deliberação acerca do estabelecimento de diretrizes gerais de uma determinada política pública podendo assumir caráter consultivo ou deliberativo. O objetivo das Conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência (CONASS, 2009).

As Conferências de Saúde têm como objetivo analisar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. São convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de

Saúde, devem ocorrer no máximo a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1990b).

Müller Neto e Artmann (2014) abordam a importância das Conferências de Saúde para o fortalecimento da participação da comunidade de forma democrática e para a formulação de uma política de saúde a qual atenda aos reclames e anseios da população. Seu caráter ascendente visa a participação desde a análise da situação de saúde local até a definição de prioridades e a formulação da política pública (TOFANI; CARPINTERO, 2012).

É imprescindível que as Conferências de Saúde tenham a capacidade de indicar o que é mais relevante, pois caso contrário torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e compromete o esforço de análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental que deve ser realizado pelos Conselhos de Saúde (CONASS, 2009).

Portanto, cabe às Conferências de Saúde a atribuição de definir as diretrizes para a política de saúde e a transformação dessas diretrizes em ações efetivas é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são instâncias permanentes e de caráter deliberativo em todos os níveis de gestão do sistema, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, devendo estes últimos ter representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. É incumbência dos Conselhos de Saúde a atuação na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

A participação da comunidade nos Conselhos de saúde não significa que estes devam assumir as funções de gestão, mas que devem ser capazes de apontar se os planos, programas e orçamentos conduzem aos objetivos expressos pelas Conferências, se caminham na direção proposta e, se isto não ocorrer, apontar o fato e indicar alternativas. Nessa perspectiva o Conselho de Saúde representa um espaço de explicitação dos conflitos de interesses, negociação e de busca de acordos que permitam avanços na direção desejada pelos diversos atores sociais que participam da tomada de decisões na saúde (CONASS, 2009).

Por fim, porém não menos importante, temos as Comissões Temáticas que são organismos de assessoria ao plenário do Conselho de Saúde, que resgatam e

reiteram os princípios do SUS e do controle social. Atualmente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) possui 18 comissões que buscam fornecer subsídios de discussão ao plenário para a deliberação sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2019).

As Comissões possuem titulares e suplentes. Podem fazer parte Entidades e Movimentos Sociais Nacionais que compõem ou não os Conselhos, órgãos e instituições federais que possuam afinidade com a temática das comissões, de acordo com as especificidades de cada uma. Para as funções de coordenador(a) e coordenador(a) adjunto(a), somente poderão ser indicados(as) conselheiros(as) nacionais de saúde, titulares ou suplentes (BRASIL, 2019).

2.2 O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

A nível nacional é a Lei nº 8.142/90 que regulamenta a participação organizada da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. No Estado do Paraná o controle social é legalmente instituído pela Lei Estadual de nº 10.913/1994 que regulamenta o funcionamento da Conferência e do Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

As Conferências Estaduais de Saúde do Paraná (CESa- PR) têm o poder deliberativo e delas podem participar os vários segmentos da sociedade, para avaliar a situação de saúde no Estado e propor diretrizes e estratégias para a formulação da Política Estadual de Saúde. Podem ser convocadas pelo poder executivo ou por dois terços dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES-PR). O poder executivo e o CES-PR podem convocar extraordinariamente Conferências de Saúde Específicas (PARANÁ, 1994).

O CES-PR é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo e fiscal de ações de saúde praticadas no Estado do Paraná. O CES-PR tem as seguintes competências:

- I - O acompanhamento e a avaliação da política estadual de saúde, de acordo com as diretrizes formuladas pela CESa e definidas pelo Governo do Estado;
- II - O acompanhamento, o controle e a avaliação do SUS, na esfera estadual;
- III - O estabelecimento de critérios para expansão da rede de serviços de saúde, observando-se as diretrizes gerais da política estadual de saúde;

IV - O estabelecimento de estratégias a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, na esfera estadual e municipal, em função das características epidemiológicas e de organização dos serviços;

V - A definição de estratégias para a política de recursos humanos a serem observadas pelas instituições integrantes do SUS;

VI - A elaboração de estratégias que subsidiem a política estadual de desenvolvimento científico, tecnológico e educacional na área de saúde, e o acompanhamento às instituições públicas produtoras de insumos medicamentosos, imunobiológicos e outros de interesse para a saúde;

VII - O acompanhamento, a avaliação e a fiscalização da política estadual de saúde do trabalhador, inclusive nos aspectos referentes às condições de trabalho e de salubridade;

VIII - A atuação na integração das diretrizes do planejamento das ações de saúde, com as diretrizes do planejamento nas áreas de meio ambiente e de abastecimento, particularmente nos aspectos referentes a saneamento básico, controle de poluição ambiental, controle de endemias, normatização e controle sobre a produção e comercialização de alimentos, medicamentos e domissanitários, tais como: inseticidas domésticos, raticidas, detergentes e desinfetantes;

IX - A aprovação do Plano Estadual de Saúde e fiscalização da gestão dos recursos financeiros aplicados na área de saúde no Estado do Paraná;

X - A fiscalização do gerenciamento dos recursos do Fundo Estadual de Saúde;

XI - A atuação como canal de discussões, de sugestões, de queixas e de denúncias sobre ações ou omissões de pessoas físicas e/ou jurídicas de direito público ou de direito privado prestadores de serviços de saúde, procedendo a análise e consequente emissão de pareceres e resoluções que se fizerem necessários;

XII - A manutenção de permanente relacionamento com os Conselhos Municipais de Saúde no Estado e com o CNS, visando à integração no gerenciamento do SUS/PR;

XIII - Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;

XIV - Elaborar o Regimento Interno do CES- PR e suas normas de funcionamento;

XV - Analisar e dar parecer em convênios firmados entre a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e o Instituto de Saúde do Paraná, com órgãos públicos ou privados;

XVI - Analisar e dar parecer na criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde;

XVII - O desempenho de outras atividades correlatas.

O CNS o CES-PR será composto por representação paritária de 50% de representantes de usuários de serviços de saúde e 25% de gestores de órgãos públicos e prestadores de serviços de saúde e 25% de representantes de profissionais de saúde pertencentes ao SUS/PR, totalizando 36 membros, distribuídos da seguinte forma:

➤ **Representação dos usuários - na proporcionalidade de 50% (dezoito membros)**

- Entidade(s) representante(s) dos trabalhadores urbanos e rurais;
- Entidade(s) representante(s) dos Movimentos Comunitários organizados na área de saúde;
- Entidade(s) representante(s) de Associações de Portadores de Patologias;
- Entidade(s) representante(s) de Associações de Portadores de Deficiências;
- Representante(s) de entidade(s) de defesa do consumidor;
- Representante(s) de entidade (s) que congregam Associações de Moradores e o Movimento Popular;
- Representante(s) de entidade(s) não governamentais;
- Representante(s) de entidade(s) patronais urbanos e rurais.
- Representante(s) de entidades e movimentos de mulheres do Estado do Paraná;
- Representante(s) de entidades e movimentos de negros do Estado do Paraná.

➤ **Representantes de gestores e prestadores de saúde - na proporcionalidade de 25% (nove membros)**

- Representantes dos gestores de serviços públicos de saúde, prestadores de serviços privados, filantrópicos e de estabelecimentos de ensino na área de saúde.

➤ **Representantes dos profissionais de saúde - na proporcionalidade de 25% (nove membros)**

- Representantes do conjunto das entidades que representam os profissionais na área de saúde, seja público ou privado, vinculados ao SUS/PR.

As entidades, órgãos e Instituições do CES- PR, serão indicadas na CESa-PR respeitando a proporcionalidade paritária. O CES-PR reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo seu Presidente, ou por solicitação da maioria absoluta dos seus membros.

2.3 AS LIMITAÇÕES DO CONTROLE SOCIAL E AS INOVAÇÕES DEMOCRÁTICAS DE SMITH

Apesar de todo o aparato legal dos canais de controle social na saúde, esses espaços que tem o desígnio de serem deliberativos e propositivos, como as Conferências e os Conselhos, apresentam dificuldades para exercer seus papéis. Vale o apontamento que o problema não está nos arranjos institucionais, sim nas pessoas que os compõem.

Os estudos apontam a existência de variadas dificuldades que impedem o exercício do controle social na saúde, como: o fato dos conselhos não representarem necessariamente espaços de negociação de diferentes interesses; o alto grau de controle dos conselhos pelos governos; o grande número de atribuições que sobrecarrega os atores engajados e praticamente inviabiliza que estes realizem e aprofundem debates sobre a política; a prática burocratizada dos conselhos. Pode-se citar ainda a necessidade da parte dos conselhos de mais política, vocalização e visibilidade, além do fato das conferências e conselhos produzirem novos déficits democráticos, principalmente em relação ao poder de fala com apenas algumas vozes prevalecendo nesses espaços (KLEBA et al., 2010; LANDERDHAL, 2010; COTTA et al., 2011; JORGE; VENTURA, 2012; ESCOREL, 2015).

Em um estudo realizado em João Pessoa, no estado da Paraíba, foi detectado que antes mesmo da construção de um Conselho Local de Saúde a comunidade envolvida estava depositando expectativas que não correspondiam aos objetivos dessa instância. Entre os desejos destacaram-se: a implementação e construção de um conselho apenas para ocupar um espaço político de visibilidade comunitária, apresentando pouca dedicação à construção coletiva das ações e

reflexão; e a insistência em eleger os conselheiros de qualquer maneira (CRUZ et al., 2012).

Nos municípios de Melgaço e Belém, no estado do Pará, também foram identificadas limitações para o controle social: a dimensão do conhecimento do presidente do Conselho sobre a realidade de saúde do município é fragmentada; os municípios não conseguiram cumprir a função de participar na formulação de estratégias da política de saúde; ou seja, a partilha do poder pode, de fato, estar limitada e restrita, sem que haja possibilidade de esses atores deliberadamente sobre as políticas públicas de âmbito mais geral. Como consequência, observa-se também uma insularização dos espaços de encontro, que acabam por se configurar como “institucionalidades paralelas” à estrutura estatal (CRISTO, 2012).

Não bastando esses resultados, em um estudo realizado com um grupo de enfermeiros, atuantes em Curitiba, no estado do Paraná, percebeu-se que os enfermeiros reconhecem que seu papel no Conselho de Saúde tem sido o de orientação para a participação dos usuários nos Conselhos de Saúde, acreditando mais na eficácia dessa participação do que na sua própria (MITELLBACH; PERNA, 2014). O panorama encontrado pode encontrar alguns desafios no Conselho de Saúde, tais como a falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel no Conselho Municipal de Saúde e sobre o próprio papel do Conselho Municipal de Saúde na esfera social e sanitária; o desconhecimento sobre as fontes de onde provêm as verbas que financiam o SUS; o desconhecimento do Regimento Interno e do Plano Municipal de Saúde, além da dificuldade de analisar o Relatório de Gestão. Tudo isso limita a eficiência da atuação dos conselheiros, levando a comportamentos de submissão e conformismo em substituição à práticas de cidadania, participação e controle social (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009).

Ainda contemplando o acervo de problemáticas enfrentadas pelo controle social, Cotta, Cazal e Martins (2010) identificaram que a composição do conselho estudado não está de acordo com a legislação prevista - a maioria dos conselheiros não são eleitos e sim indicados; as decisões e propostas não são divulgadas à população e muito menos aos pares dos conselheiros; o plano municipal de saúde está desatualizado; e o relatório de gestão não é repassado anualmente.

As problemáticas citadas representam uma pequena amostra das dificuldades as quais vêm sufocando o caráter democrático, deliberativo e participativo dos espaços de controle social na saúde, prejuízo considerável que

pode limitar e burocratizar a participação da sociedade na tomada de decisões sobre as políticas de saúde. Diante dessa realidade várias propostas têm sido apresentadas para o fortalecimento do controle social nas políticas públicas de saúde. Dentre elas, a de Smith (2009) a qual afirma que a incorporação das inovações democráticas pode aumentar e aprofundar a participação da sociedade nas políticas públicas, podendo ser uma das estratégias para reconquistar os desacreditados com a democracia na política.

As inovações democráticas são definidas por Smith (2009) como instituições políticas construídas para ampliar a participação dos cidadãos na tomada de decisões públicas. Este autor, em seus estudos, elaborou um quadro analítico que permitiu realizar comparações de diversas inovações democráticas almejando compreender de que maneira e até que ponto elas proporcionam qualidades desejáveis ou bens esperados das instituições democráticas.

Existem ao todo seis bens democráticos esperados de uma instituição democrática: inclusão, julgamento ponderado, controle social, transmissibilidade, eficiência e transparência. Porém, Smith trabalha com maior ênfase quatro desses bens: inclusão, julgamento ponderado, controle social e transparência (SMITH, 2009).

Smith (2009) alerta que nenhuma inovação democrática é perfeita, pois é necessário serem todos os bens democráticos realizados para então conseguir se aproximar do idealizado. Logo, a legitimidade de cada espaço de participação social está na forma em que ele consegue combinar esses bens democráticos, pois quanto mais ele o produz mais democrático torna-se. No Quadro 1 é possível visualizar alguns desafios que o controle social vem enfrentando e o respectivo bem democrático afetado.

Quadro 1- DESAFIOS ENCONTRADOS NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL

BEM DEMOCRÁTICO	DESAFIOS	PESQUISAS
Inclusão – presença e voz	Eleger os conselheiros de qualquer maneira; Pouca dedicação à construção coletiva das ações e reflexão; Indicação dos conselheiros	Cruz et al., 2012 Cristo, 2012 Cotta, Cazal e Martins, 2010
Controle social	O não cumprimento da participação na formulação de estratégias da política de saúde; A partilha do poder é limitada e restrita	Cristo, 2012
Julgamento ponderado	Presidente do conselho com conhecimento fragmentado sobre a realidade de saúde do município; Falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel e sobre o próprio papel do conselho na esfera social e sanitária.	Cristo, 2012 Cotta; Cazal e Rodrigues, 2009
Transparência	Falta de divulgação das decisões e propostas	Cotta; Cazal e Martins, 2010

FONTE: Elaborado pela autora (2019).

Os bens democráticos de Smith (2009) contribuem de forma positiva para o exercício do controle social na saúde, podendo ser utilizados como instrumentos de investigação das instâncias participativas, buscando a melhoria das mesmas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as contribuições das Conferências e dos Conselhos de Saúde na construção da Agenda da Política de Saúde Mental.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as contribuições das Conferências Nacionais de Saúde, das Conferências Nacionais de Saúde Mental e do Conselho Nacional de Saúde na construção da Agenda da Política Nacional de Saúde Mental;
- Analisar as contribuições das Conferências Estaduais de Saúde do Paraná na construção da Agenda da Política Estadual de Saúde Mental.

4 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos deste estudo, foram utilizados como eixos da investigação a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, com abordagem qualitativa e enfoque descritivo.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de descrever aspectos conceituais e contextualizar os seguintes temas: Controle Social, Inovações Democráticas, Política de Saúde Mental, Conferências e Conselhos de Saúde. A pesquisa bibliográfica envolveu livros e artigos científicos relacionados aos temas abordados no estudo. Os artigos foram selecionados por meio de mecanismos de busca como o Scielo, Lilacs e Pubmed, a partir dos indexadores, buscando palavras-chave tais como: política de saúde, saúde mental, conferências de saúde, conselhos, agenda, análise de políticas. Ressaltando que foi apenas uma pesquisa conceitual.

Já a pesquisa documental se propôs ao alcance dos objetivos do estudo, que foi a análise das contribuições das Conferências e do CNS na construção da Agenda de Saúde Mental. Essa pesquisa foi selecionada por proporcionar a análise dos documentos técnicos, atas do CNS e relatórios finais das conferências, possibilitando a identificação das discussões e propostas relacionadas à saúde mental, tendo por propósito identificar os temas mais evocados nos documentos e investigar se esses temas foram inseridos ou não na Agenda da Saúde Mental.

A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta ter como objeto de pesquisa o espaço da produção humana que produz uma realidade que não pode ser quantificada, neste estudo o objeto foi os espaços participativos, Conferências e o CNS, e o foco de análise foi as contribuições desses espaços para a construção da agenda de saúde mental (MINAYO, 2002). O enfoque descritivo justifica-se pela necessidade de retratar as características e o contexto histórico que embasou determinada discussão ou proposta.

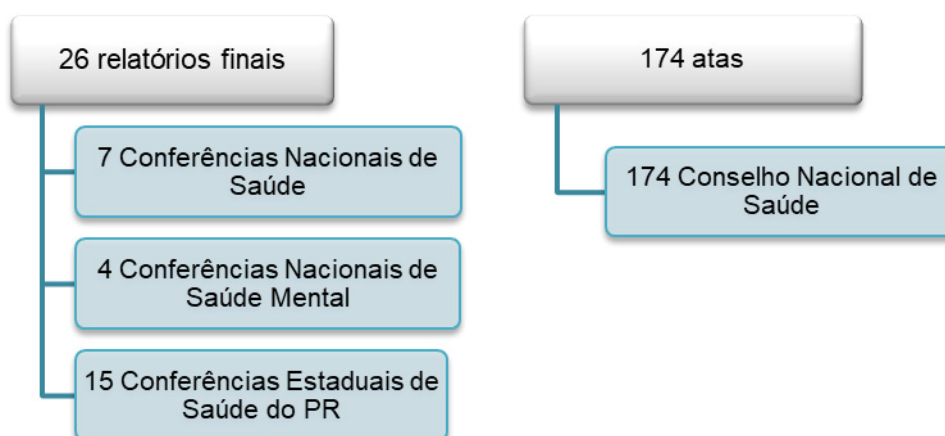
O estudo realizou a análise dos documentos técnicos derivados das Conferências e do CNS, em nível nacional e especificamente do estado do Paraná. A escolha pelas Conferências e CNS deu-se devido ao fato que esses espaços devem produzir discussões e apontar prioridades para a composição de uma agenda política. Os conteúdos dessas discussões e as prioridades elencadas pela sociedade são dispostos nos documentos técnicos resultantes da participação da

sociedade nesses espaços. Assim, foram considerados espaços importantes para obtermos o recorte das discussões derivadas das reuniões do CNS e as propostas provenientes das Conferências. Os documentos técnicos utilizados foram: as atas-discussões do CNS- e os relatórios finais- propostas das Conferências.

A escolha pelo estado do Paraná foi motivada por este ter sido um dos estados precursores do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil ao promulgar a Lei Estadual de nº. 11.189/95 (Lei de Reforma Psiquiátrica do Paraná), elaborar uma Política de Saúde Mental e constituir uma Comissão Estadual de Saúde Mental.

A amostra do estudo foi composta por 26 relatórios finais das Conferências de Saúde e 174 atas do CNS. Destes, 7 corresponderam aos relatórios finais das CNSa, 4 aos relatórios finais das CNSMa, 15 relatórios finais das CESa e 174 atas das reuniões do CNS. A Figura 1 apresenta a sistematização dos documentos.

Figura 1- SISTEMATIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS



FONTE: Elaborada pela autora (2019).

Foram escolhidos os relatórios finais das Conferências por serem documentos técnicos que apresentam (ou deveriam) as deliberações, no formato de diretrizes, provenientes das Conferências de Saúde, e por ter como incumbência subsidiar a gestão e favorecer o acompanhamento da situação de saúde por parte da população, podendo ter seus assuntos inseridos na Agenda da Política de Saúde (GUIZARDI et al., 2004). As diretrizes são constituídas com as pautas que os representantes consideram importantes para a Política de Saúde em discussão no momento.

As atas foram selecionadas por registrar as discussões ocorridas nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CNS. Por meio das atas foi possível identificar as discussões ocorridas, as pautas dessas discussões e seus respectivos atores sociais, permitindo a análise dos temas que foram elencados para entrar na Agenda de Saúde Mental e os atores sociais que tiveram poder de voz e participaram desta construção.

Os relatórios finais selecionados foram os das CNSa, CNSMa e das CESa-PR, e as atas selecionadas foram provenientes das reuniões ordinárias e extraordinárias do CNS.

Para a coleta de dados foi necessário ter acesso às plataformas do governo federal e estadual, tais como o site do Ministério da Saúde e o site da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. O procedimento para coletar os relatórios finais das CNSa e das CNSMa ocorreu por etapas: 1ª etapa- acesso ao site do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/>; 2ª etapa- na parte superior esquerda da página clicar no tópico “ir para o rodapé”; 3ª etapa- clicar em “biblioteca”, que fica anexada ao tópico “central de conteúdo”; 4ª etapa- no site da biblioteca virtual procurar o tópico “fontes de informação”, depois achar o sub- tópico “políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, depois clicar em “Conferências Nacionais de Saúde”. A Figura 2 apresenta a sistematização das etapas da coleta de dados dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde.

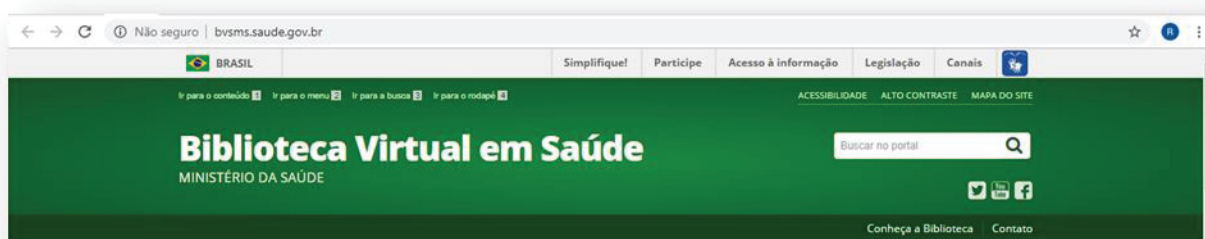
Figura 2- ETAPAS PARA COLETA DOS RELATÓRIOS FINAIS



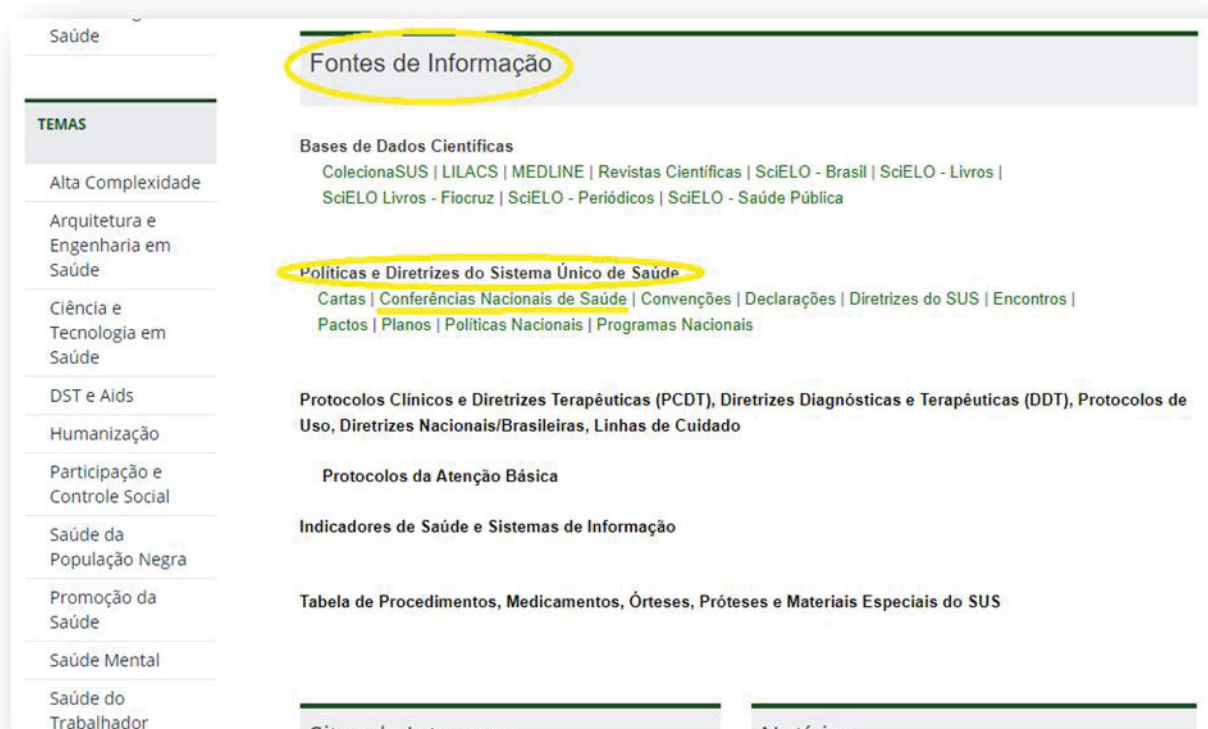
2º PASSO



3º PASSO



4º PASSO



FONTE: Elaborada pela autora (2019).

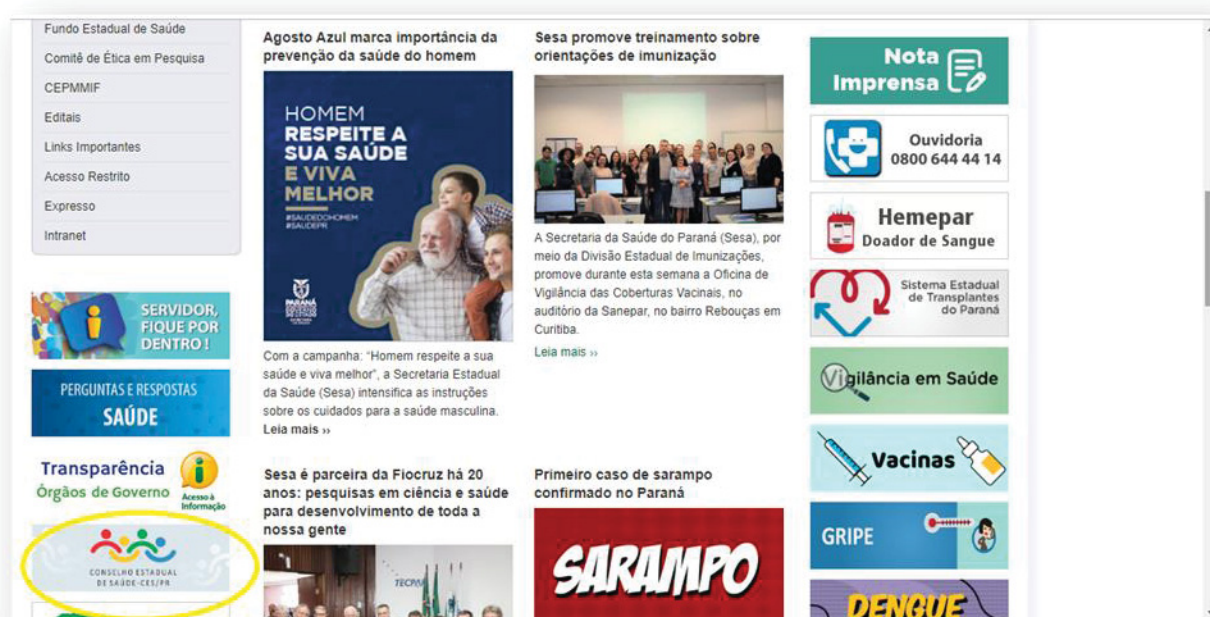
Para coletar os relatórios finais das CESa- PR foi necessário: 1º- acessar o site da Secretaria Estadual de Saúde do estado: <http://www.saude.pr.gov.br/>; 2º- procurar no lado esquerdo da página o ícone do “Conselho Estadual de Saúde” e clicar; 3º- no site do Conselho Estadual de Saúde do Paraná procurar no lado esquerdo da página o tópico “Conferências Estaduais de Saúde” e clicar. A Figura 3 apresenta a sistematização das etapas da coleta dos relatórios finais das Conferências Estaduais de Saúde do Paraná.

Figura 3- ETAPAS PARA COLETA DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CESA-PR

1º PASSO



2º PASSO



3º PASSO



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES/PR

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DEMOCRACIA E SAÚDE
Brasília - DF, 4 e 5 de agosto de 2019

CERTIFICADOS DA 12ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ
Impressão dos certificados da 12ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná [Leia mais »](#)

ATENÇÃO!
Mudança de local das Reuniões das Comissões Temáticas
A partir do mês de dezembro de 2018, as Reuniões das Comissões Temáticas terão seu local alterado. [Leia mais »](#)

Eleição da Nova Mesa Diretora do CES/PR
Na data de 22 de fevereiro de 2018 ocorreu a 1ª Reunião Extraordinária do CES/PR no ano de 2018, na qual ocorreu a eleição da Mesa Diretora Gestão 2018/2019. [Leia mais »](#)

12ª Conferência Estadual de Saúde
Democracia e Saúde: Saúde Direito - Consolidação e Financiamento do SUS

Calendário das Reuniões

PAUTAS

SIACS
SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

RELATÓRIOS DE GESTÃO - SESA

mais notícias

4º PASSO



SECRETARIA DA SAÚDE
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Conferência Estadual de Saúde

A Conferência de Saúde é o fórum de debate, entre todos os segmentos da sociedade representada através de entidades, com a finalidade de avaliar a situação de saúde do Estado, fixar diretrizes da política de saúde, definir e priorizar propostas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde do Estado, proporcionando à população melhor qualidade de vida. Avaliar experiências e avanços organizacionais dos conselhos de saúde é condição imprescindível para o aprimoramento e ajustes comuns na consolidação desta instituição mediadora entre o Estado e a Sociedade. Atualmente vivemos em um processo de afirmação democrática na concepção da gestão do interesse público na área da saúde. Todo processo de descentralização e municipalização da saúde condiciona-se a existência legal da instância do controle social, o conselho de saúde, ainda que persistam entraves culturais e políticos para que esse exercício se faça pleno e de direito. Neste sentido, o Estado do Paraná tem como desafio discutir e apontar diretrizes para a saúde no século XXI, apostando no cidadão, como representante de uma opinião pública, interessado em desfrutar de melhor qualidade de vida.

1ª Conferência Estadual de Saúde

2ª Conferência Estadual de Saúde

3ª Conferência Estadual de Saúde

4ª Conferência Estadual de Saúde

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES/PR

Atas

Atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CES/PR

Atas da MENPSUS

Agenda Mínima

Apresentações

Calendário

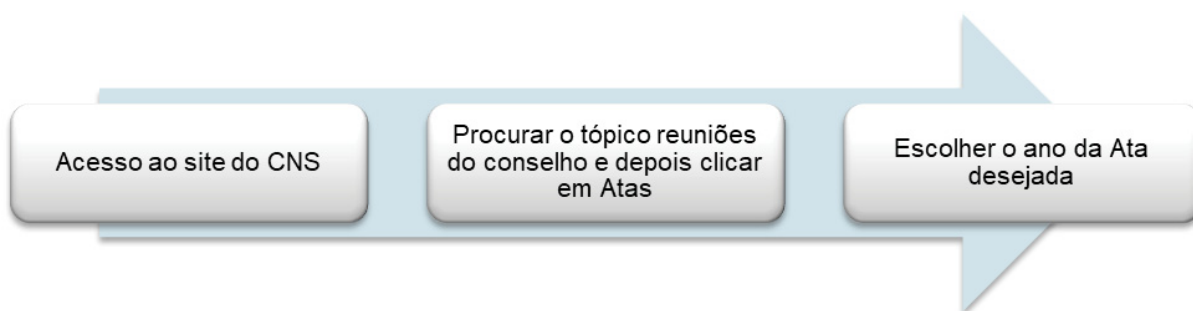
Comissões Temáticas

Composição do CES Gestão 2016/2019

FONTE: Elaborada pela autora (2019).

A coleta das atas também deu-se por meio de etapas. As atas derivadas do CNS foram coletadas por meio do seu próprio site. As etapas foram: 1ª etapa- acesso ao site do CNS: <http://conselho.saude.gov.br/>; 2ª etapa- no lado esquerdo da página no tópico “reuniões do conselho” clicar em Atas; 3ª etapa- na parte superior clicar no ano que necessita obter as Atas. Figura 4 apresenta o fluxo das etapas.

Figura 4- FLUXO DAS ETAPAS PARA COLETA DAS ATAS

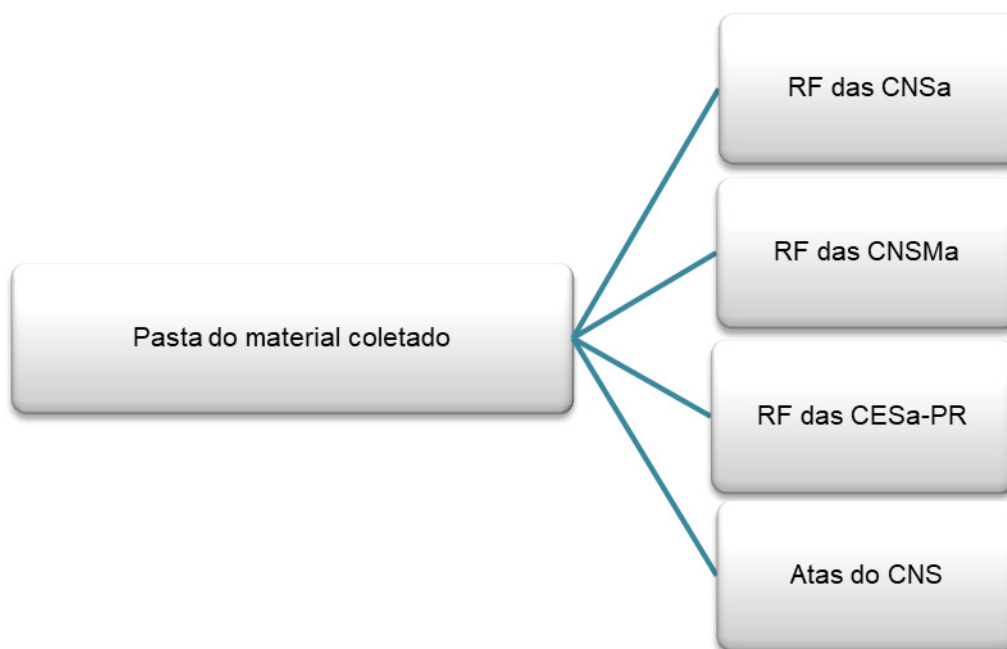


FONTE: Elaborada pela autora (2019).

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2019. Os relatórios finais das CNSMa foram coletados todos, desde da I à IV conferência. Já, os relatórios finais oriundos das CNSa foram coletados a partir do ano de 1992, ano que ocorreu a primeira Conferência de Saúde após a aprovação da Lei nº. 8.142/90, que instituiu as Conferências de Saúde como espaço participativo e deliberativo acerca do estabelecimento das políticas de saúde. E as atas foram selecionadas a partir do ano de 2006 devido ao fato que neste ano a composição dos Conselhos de Saúde passou a ser por meio de eleições e não mais indicação.

A coleta dos dados ocorreu por meio virtual, com acesso aos sites já apresentados. Ao finalizar a coleta de dados foi realizada a organização dos documentos em pastas nomeadas por: RF das CNSa, RF das CNSMa, RF das CESa-PR e Atas do CNS 2006-2018. Em cada pasta foi adicionada subpastas para melhor organização do material. No caso dos relatórios finais não houve a necessidade de criar subpastas, apenas na organização das atas. As subpastas criadas visaram a organização das atas por ano e a sua classificação em ordinárias e extraordinárias. A Figura 6 demonstra a organização do material coletado.

Figura 5- ORGANIZAÇÃO DOS DADOS



FONTE: Elaborada pela autora (2019).

Após a organização do material coletado ocorreu a análise dos dados. Para interpretar o conteúdo das atas e dos relatórios finais foi utilizada a técnica de análise categorial de Bardin. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero com os critérios previamente definido. O tratamento do material determina um processo de codificação, em que são empregados recortes, agrupamentos e classificações que subsidiam a interpretação das discussões. Dessa forma, a análise temática visou descobrir “núcleos de sentido” nos relatórios, cuja ausência ou frequência podem expressar significados (BARDIN, 2002).

A análise das atas expandiu-se, pois as ausências ou frequências dos núcleos de sentido serviram como objeto de análise do bem democrático de inclusão de Smith. O referencial de Smith (2009) foi utilizado pelo fato de abordar as inovações democráticas (que contemplam os Conselhos), definidas como instituições políticas construídas para ampliar a participação dos cidadãos na tomada de decisões públicas. Este autor, em seus estudos, elaborou um quadro analítico que permitiu realizar comparações de diversas inovações democráticas

almejando compreender de que maneira e até que ponto elas proporcionam qualidades desejáveis ou bens esperados das instituições democráticas.

Os bens democráticos de Smith (2009) contribuem de forma positiva para o exercício do controle social na saúde, podendo ser utilizados como instrumentos de investigação das instâncias participativas, buscando a melhoria das mesmas. Existem ao todo seis bens democráticos esperados de uma instituição democrática: inclusão, julgamento ponderado, controle social, transmissibilidade, eficiência e transparência. Porém, Smith trabalha com maior ênfase quatro desses bens: inclusão, julgamento ponderado, controle social e transparência (SMITH, 2009). O Quadro 2 descreve cada um dos bens democráticos.

Quadro 2- INCUMBÊNCIAS DOS BENS DEMOCRÁTICOS DE SMITH

BEM DEMOCRÁTICO	FUNÇÃO
INCLUSÃO	Ocorre quando a igualdade política é realizada em dois aspectos, presença de participação e voz. A presença refere-se a como se dá a inclusão dos atores das inovações e se esse processo inclui todos os segmentos da sociedade. Mesmo com a presença de todos os segmentos, isso não é garantia que os mesmos tenham igualdade de voz com oportunidades de vocalizar suas opiniões e serem ouvidos com as mesmas chances.
CONTROLE SOCIAL	Avalia a influência dos participantes nos aspectos do processo de tomada de decisão, principalmente se os cidadãos são capazes de ter controle e influenciar na definição de agenda e na tomada de decisão das políticas.
JULGAMENTO PONDERADO	Busca saber qual a compreensão dos cidadãos sobre os procedimentos técnicos do problema em discussão e as perspectivas dos outros cidadãos.
TRANSPARÊNCIA	Está relacionada a transparência das decisões para o público em geral. Designada como a comunicação das decisões internas e externas discutidas e tomadas à população.

FONTE: Elaborado pela autora (2019).

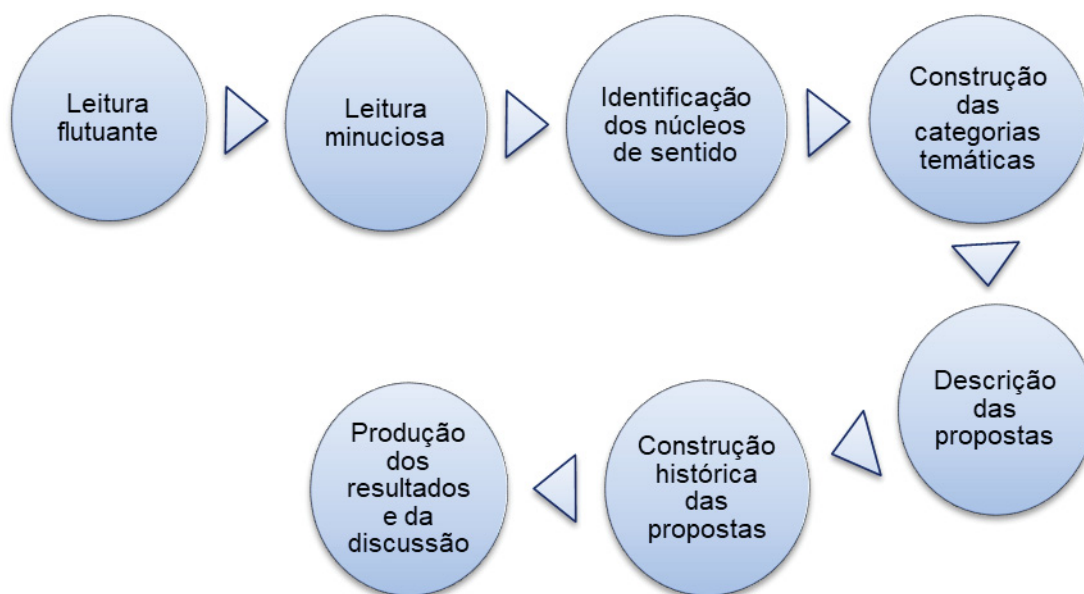
Smith (2009) alerta que nenhuma inovação democrática é perfeita, pois é necessário serem todos os bens democráticos implantados para então conseguir se aproximar do idealizado. Logo, a legitimidade de cada espaço de participação social está na forma em que ele consegue combinar esses bens democráticos, pois quanto mais ele o produz mais democrático torna-se.

Esse referencial foi utilizado pela necessidade de identificar quais atores sociais tiveram poder de voz, fato possível por meio da identificação dos núcleos temáticos e os atores que apresentaram tais núcleos- discussões derivadas dos Conselhos.

Baseado nesses pressupostos o estudo utilizou o bem democrático da inclusão, constituído pela presença de participação, processo por meio do qual se dá a seleção dos participantes e em que medida esse processo permite a inclusão de todos os segmentos da sociedade; e voz, refere-se ao fato de que a presença não representa participação efetiva em si (SMITH, 2009).

Assim, a análise dos relatórios finais configurou-se da seguinte forma: 1ª etapa consistiu em realizar a leitura flutuante de todo material; 2ª etapa- leitura minuciosa das propostas que apresentaram termos relacionados à PNSM- termos que contemplaram equipamentos de saúde mental, financiamento, fiscalização, controle social na saúde mental, serviços de saúde mental, educação permanente em saúde mental dos profissionais, campanhas de saúde mental; 3ª etapa- identificação dos núcleos de sentido, termos relacionadas a saúde mental que mais apareceram nos relatórios; 4ª etapa- construção das categorias temáticas; 5ª etapa- descrição das propostas elencadas; 6ª etapa- construção histórica das propostas elencadas; 7ª etapa- produção dos resultados e da discussão. A Figura 6 expõe a esquematização do percurso metodológico da análise dos relatórios.

Figura 6- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DOS RF

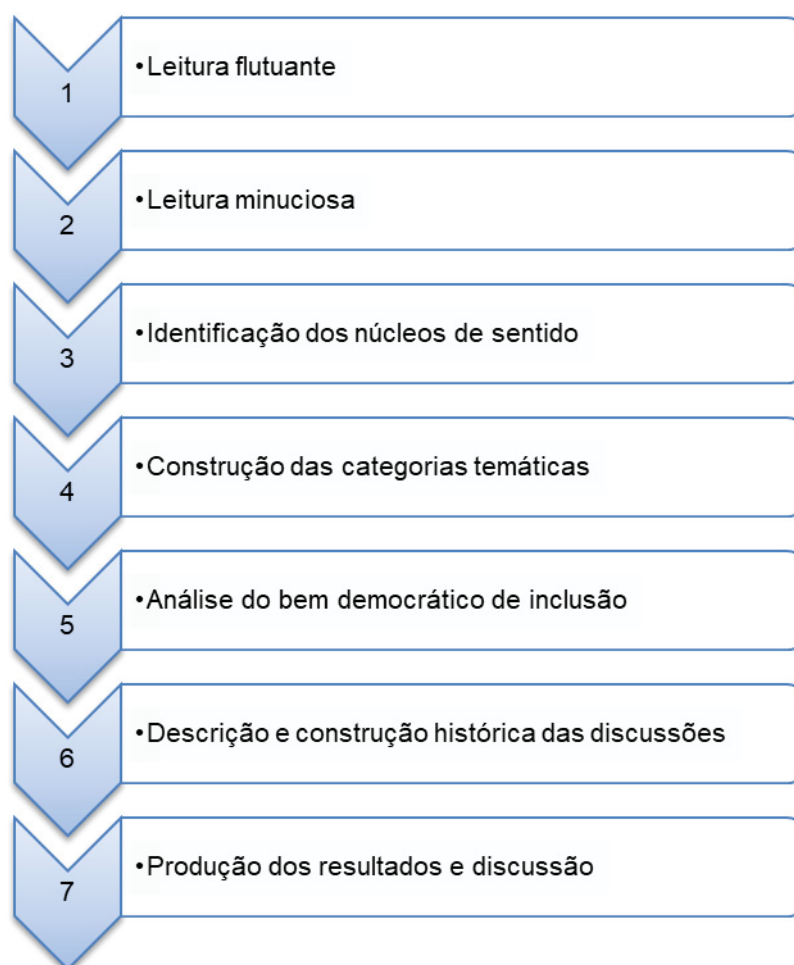


FONTE: Elaborada pela autora (2019).

Já a análise das atas configurou-se da seguinte forma: 1ª etapa consistiu em realizar a leitura flutuante de todo material; 2ª etapa- leitura minuciosa dos discursos

que apresentaram termos relacionados à PNSM- termos que contemplaram equipamentos de saúde mental, financiamento, fiscalização, controle social na saúde mental, serviços de saúde mental, educação permanente em saúde mental dos profissionais, campanhas de saúde mental; 3ª etapa- identificação dos núcleos de sentido, termos relacionadas a saúde mental que mais apareceram nas atas; 4ª etapa- análise do bem democrático de inclusão de Smith- identificação e categorização dos atores sociais que apresentaram tal discussão; 5ª etapa- construção das categorias temáticas; 6ª etapa- descrição das discussões elencadas; 7ª etapa- construção histórica das discussões elencadas; 8ª etapa- produção dos resultados e da discussão. A Figura 7 expõe a esquematização do percurso metodológico do estudo.

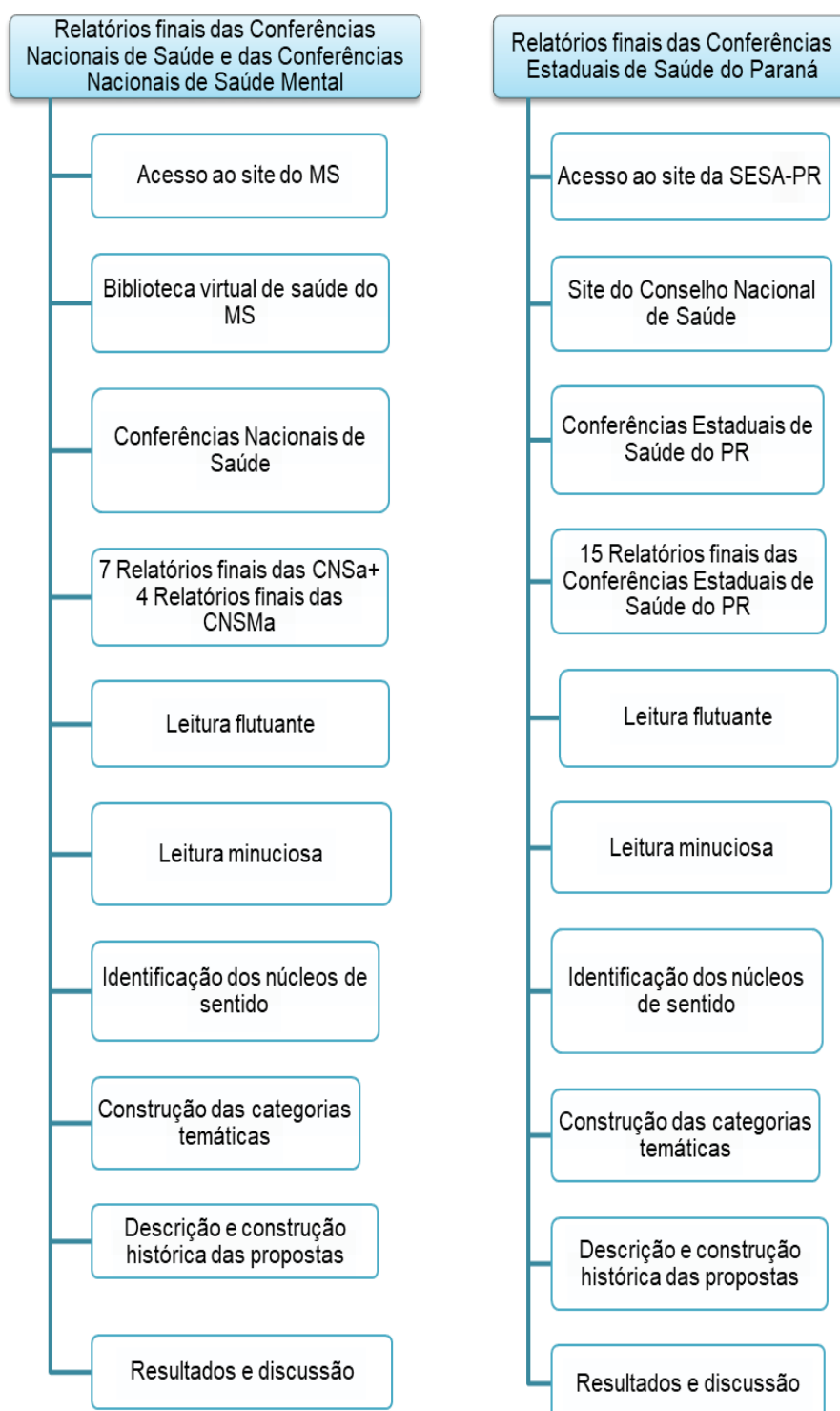
Figura 7- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DAS ATAS

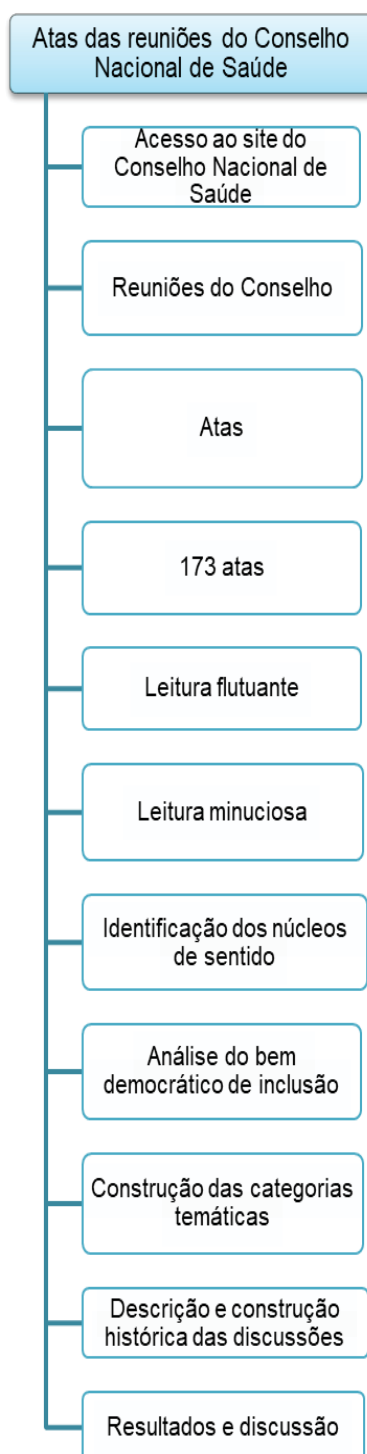


FONTE: Elaborada pela autora (2009).

Este estudo não necessitou de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pois foram analisados documentos secundários e de domínio público. Objetivando a melhor visualização de todo processo metodológico do estudo a Figura 8 apresenta cada etapa realizada.

Figura 8-ETAPAS DE TODO PROCESSO METODOLÓGICO DO ESTUDO





FONTE: Elaborada pela autora (2019).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E SEU PAPEL PROPOSITIVO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as contribuições das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Mental na construção da Agenda da Política de Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa documental de caráter qualitativo, os documentos que compuseram o corpus do trabalho foram os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, da I a IV, e das Conferências Nacionais de Saúde, 1992 a 2015. Os resultados demonstraram que as Conferências apresentaram repetições constantes de pautas, principalmente as relacionadas à Reforma Psiquiátrica, sinalizando as barreiras encontradas para a transformação de um modelo de base hospitalar para um de base territorial. As Conferências conseguiram ampliar os espaços de debate e de discussão das prioridades, porém apresentaram prejuízos em exercer seu papel deliberativo na construção da Agenda da Política de Saúde Mental.

Palavras- chave

Política de saúde. Saúde mental. Participação social. Sistema único de saúde.

Abstract

The aim of this study was to analyze the contributions of National Health Conferences and National Mental Health Conferences in the construction of the Mental Health Policy Agenda. This is a qualitative documentary research, in which the documents that made up the corpus of the work were the Final Reports of the Conferences from 1987 to 2015. The results showed that the Conferences presented constant repetition of agendas, especially those related to the Psychiatric Reform , signaling the barriers found for the transformation from a hospital-based model to a territorial-based one. The Conferences were able to broaden the spaces for debate and discussion of priorities, but they presented losses in exercising their deliberative role in the construction of the Mental Health Policy Agenda.

Keywords

Health policy; Mental health; Social participation; Unified health system

Introdução

A convocação da I Conferência Nacional de Saúde (CNSa) ocorreu em 1941, no governo Vargas, no qual foi caracterizada como espaço fechado que permitia apenas a participação de pessoas diretamente ligadas ao governo. Essa estrutura teve fim somente em 1986 na realização da VIII CNSa, marco representativo das transformações das Conferências, as quais passaram a ser espaços que contaram com a participação de diferentes atores sociais (ANDRADE; VAITSMAN, 2013; ESCOREL, 2015).

Regulamentada pela Lei nº 8.142/90, as Conferências de Saúde passaram a ser instâncias colegiadas que permitem a participação da comunidade na formulação da política de saúde em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A composição dessas instâncias ocorre de forma paritária, os representantes dos usuários correspondem a 50% da composição desses espaços, e os outros 50% são divididos entre os representantes dos profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço (BRASIL, 1990).

As Conferências de Saúde são fóruns de debate entre diferentes segmentos da sociedade, objetivando avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor (BRASIL, 1990). O objetivo das Conferências é analisar a situação de Saúde e estabelecer diretrizes, para que sejam atendidas as necessidades expressas pela sociedade, procurando promover melhorias nas condições de saúde identificadas no momento da realização da Conferência (BRASIL, 2009).

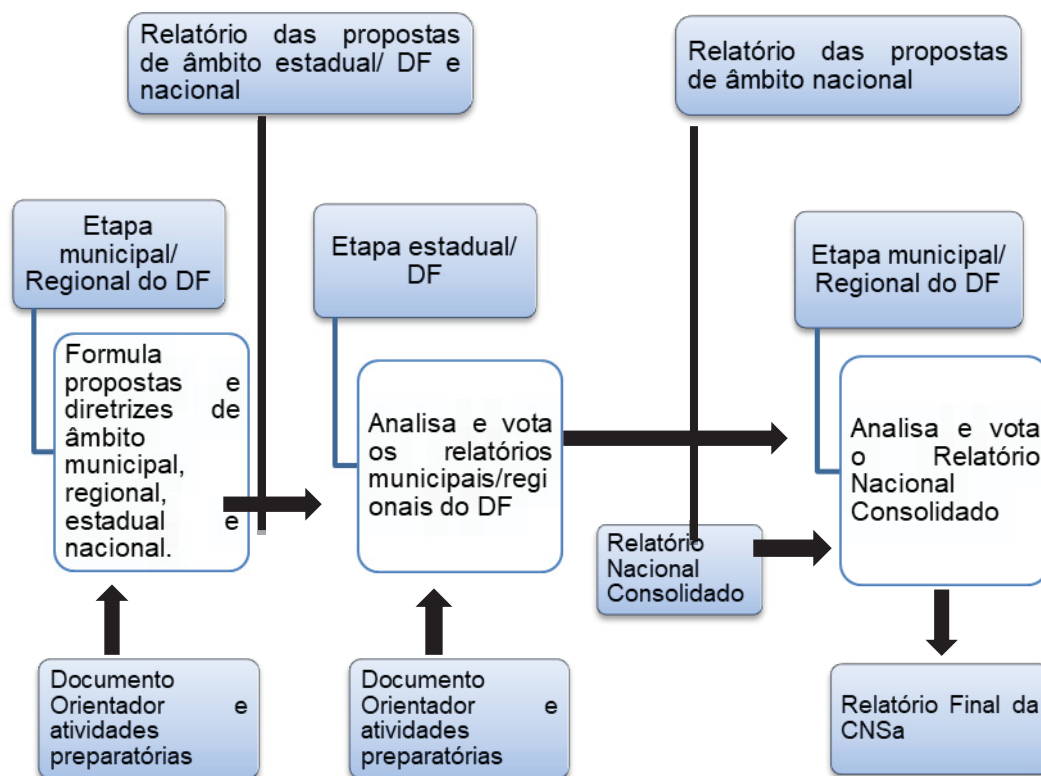
As Conferências de Saúde são convocadas por meio do poder executivo ou, extraordinariamente, por outra conferência ou pelo Conselho de Saúde, devendo ocorrer no máximo a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1990).

A relevância das Conferências de Saúde reside no fato de proporcionar o fortalecimento do processo democrático da participação da comunidade procurando direcionar a política de saúde para responder aos anseios da população (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014).

As CNSa são organizadas em etapas: municipais, estaduais e do Distrito Federal (DF) e a nacional. Devido a este caráter ascendente, é possibilitada a análise das problemáticas locorregionais e a discussão crítica sobre a definição de prioridades estratégicas voltadas a guiar o trabalho da gestão em seus diferentes níveis, auxiliando a qualificação da formulação e da implementação de políticas públicas no campo da Saúde (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012).

A cada etapa, relatórios finais (RF) são produzidos a partir das discussões entre os segmentos presentes, compilando as diretrizes aprovadas nas conferências, as quais, em tese, orientariam a elaboração e implementação de políticas públicas. A Figura 9 apresenta o percurso que as propostas derivadas das etapas municipais, estaduais e do DF realizam até chegar na etapa nacional.

Figura 9- PERCURSO DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS



FONTE: Fluxograma do Conselho Nacional de Saúde adaptado pela autora. Disponível em: BRASIL (2019) http://conselho.saude.gov.br/16cns/perguntas_e_respostas.html

Diante das incumbências das Conferências de Saúde, é notório que essas instâncias colegiadas têm potencial para proporcionar a formulação, implantação e fomentação da Política de Saúde. São nesses espaços que os representantes da sociedade e do Estado podem discutir, deliberar e apresentar temas relevantes que passarão por um processo de seleção para compor a Agenda da Política de Saúde.

Tendo em vista que as Conferências são espaços que devem favorecer a construção das políticas de saúde, surge o questionamento: como as CNSa e as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSMa) contribuíram na construção da Agenda da Política Nacional de Saúde Mental?

Este estudo teve como objetivo analisar as contribuições das CNSa e das CNSMa na construção da Agenda da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Metodologia

Este estudo teve como cenário as CNSa, IX a XV, e as CNSMa, I a IV. O estudo realizou a análise dos RF das CNSa e das CNSMa. Os RF das Conferências foram escolhidos por serem documentos técnicos que apresentam (ou deveriam) as deliberações, no formato de diretrizes, provenientes das Conferências de Saúde, e por ter como incumbência subsidiar a gestão e favorecer o acompanhamento da situação de saúde por parte da população, podendo ter seus assuntos inseridos na Agenda da Política de Saúde (GUIZARDI et al., 2004). Assim, foram considerados documentos fundamentais para se obter o recorte das propostas provenientes das Conferências.

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa e enfoque descritivo.

A pesquisa documental foi selecionada por proporcionar a análise dos documentos técnicos, no caso os RF das Conferências, possibilitando a identificação das propostas relacionadas à saúde mental, tendo por finalidade identificar os temas mais evocados nos RF e investigar se esses temas foram inseridos ou não na Agenda da PNSM.

A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta ter como objeto de pesquisa o espaço da produção humana que produz uma realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 1994). O enfoque descritivo, por sua vez, justifica-se pela necessidade de retratar as características e o contexto histórico que embasaram as propostas selecionadas (GIL, 2008). Assim, transformando dados soltos em resultados com construção política e histórica.

A coleta dos RF ocorreu no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2019. A amostra do estudo foi composta por 11 RF, sendo 7 das CNSa e 4 das CNSMa. Para a coleta dos RF foi necessário ter acesso as plataformas do governo federal. O procedimento para coletar os RF das CNSa e das CNSMa ocorreu por etapas: 1ª etapa - acesso ao site do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/>; 2ª etapa - na parte superior esquerda da página clicar no tópico “ir para o rodapé”; 3ª etapa - clicar em “biblioteca”, que fica anexada ao tópico “central de conteúdo”; 4ª etapa - no site da biblioteca virtual procurar o tópico “fontes de informação”, depois achar o sub- tópico “políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, clicar em “Conferências Nacionais de Saúde”. A Figura 10 ilustra o percurso da coleta dos RF.

Figura 10- PERCURSO DA COLETA DOS RF DAS CONFERÊNCIAS

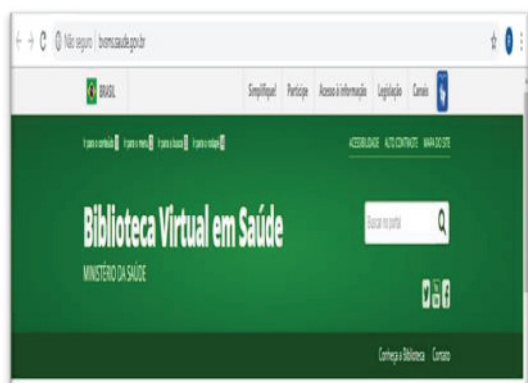
1º Passo



2º Passo



3º Passo



4º Passo



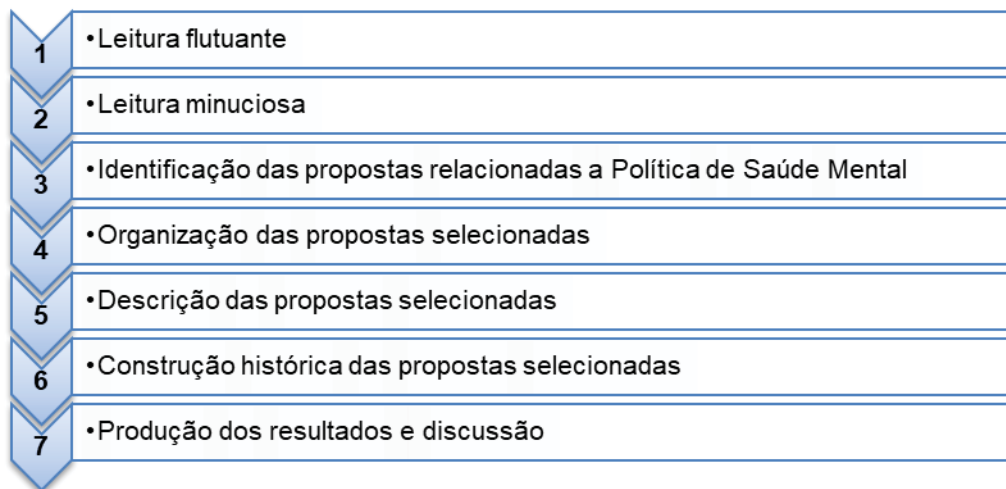
FONTE: Elaborada pela autora (2019).

Os RF das CNSMa analisados foram desde RF da I CNSMa até o da IV CNSMa. O recorte temporal dos RF das CNSa selecionados foi a partir do ano de 1992, ano que ocorreu a primeira Conferência de Saúde após a aprovação da Lei nº. 8.142/90 até a XV CNSa, em 2015.

Para avaliação das propostas dos RF, as informações qualitativas foram avaliadas pela análise do conteúdo. Segundo Bardin (1977, p. 45), tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode ser entendida como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

O percurso metodológico para a análise dos relatórios configurou-se da seguinte forma: 1ª etapa - consistiu em realizar a leitura flutuante de todos os relatórios; 2ª etapa - leitura minuciosa de todas as propostas, relacionadas ou não a Política de Saúde Mental; 3ª etapa - identificação das propostas que apresentaram termos relacionados à PNSM - termos que contemplaram equipamentos de saúde mental, financiamento, fiscalização, controle social na saúde mental, serviços de saúde mental, educação permanente em saúde mental dos profissionais, campanhas de saúde mental; 4ª etapa - organização das propostas selecionadas por ano e Conferência; 5ª etapa - descrição das propostas selecionadas; 6ª etapa - construção histórica das propostas selecionadas; 7ª etapa - produção dos resultados e da discussão. A Figura 11 expõe a esquematização do percurso metodológico do estudo.

Figura 11- PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS RF



FONTE: Elaborada pela autora (2019)

Resultados e Discussão

As Conferências Nacionais de Saúde Mental e a Agenda da Política Nacional de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira surgiu concomitantemente ao processo de redemocratização do país, à crise do modelo asilar e à eclosão de movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Um dos principais desencadeadores do processo da RP foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras na saúde mental (AMARANTE, 2007).

O MTSM era composto por trabalhadores, integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros das associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005). Era pautado nas denúncias em torno das precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde mental, da violência ocorrida nos manicômios e da mercantilização da loucura (DELGADO et al., 2007). Dentre suas pautas, destacavam-se as reivindicações trabalhistas e discurso humanitário com caráter antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Ainda em 1978, o MTSM articulou-se ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e organizou as Comissões de Saúde Mental (CSM) em alguns estados, como o Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia. O MTSM foi se transformando em um processo político e social que envolveu múltiplos atores, instituições e forças governamentais em suas três esferas (BRASIL, 2005).

Com o decorrer dos acontecimentos, em 1985 surgiu a Nova República acompanhada pela convocação da histórica VIII CNSa, em 1986, que revolucionou a forma de participação da comunidade na elaboração de políticas públicas. Uma das primeiras revoluções desta Conferência foi a convocação de Conferências específicas, entre elas a de saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

A temática de saúde mental foi discutida de forma direcionada em quatro CNSMa, realizadas com etapas prévias nos estados e municípios. Elas reuniram diversos atores sociais envolvidos com a saúde mental (academia, entidades de classe, associações diversas e servidores públicos) para a discussão e construção da PNSM. A realização da I CNSMa ocorreu após muitos entraves, em especial o fato do setor de saúde mental do Ministério da Saúde (MS), na época, ser desfavorável às ideias reformadoras e à participação da comunidade na construção das políticas públicas (AMARANTE; NUNES, 2018). Para sua realização se fez necessária a atuação dos militantes do MTSM, contribuindo com o surgimento das Conferências Estaduais.

A I CNSMa foi a única que não ocorreu em Brasília e sim no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho de 1987 (BRASIL, 1988). No decorrer desta Conferência ocorreu um encontro do MTSM que decidiu convocar o seu II Congresso Nacional de Saúde Mental (CNSM), em dezembro de 1987, que enfatizou a proposta de “uma sociedade sem manicômios” e demarcou a transformação do MTSM em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (AMARANTE; NUNES, 2018).

Esta Conferência temática propôs a adoção do conceito ampliado de saúde, conforme a Reforma Sanitária; a garantia da cidadania do louco em conformidade aos pressupostos do Movimento de Reforma Psiquiátrica; e a reorganização da assistência à saúde mental (BRASIL, 1988; REBOLI; KRÜGER, 2013).

Dentre suas propostas cabe destacar a necessidade de reversão da tendência “hospitalocêntrica”, dando prioridade ao sistema extra- hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente; regressão progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais, substituindo-os por leitos em hospitais

gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos a internação psiquiátrica; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; e a reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/efetividade e condições de atendimento com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência.

Diante das articulações e pressões ocasionadas pelos movimentos sociais, finalmente os pressupostos da Reforma Psiquiátrica entram na agenda governamental, ocasionando a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, em 1989, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios (BRASIL, 2005).

A II CNSMa, realizada em 1992, trouxe como temas principais a rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis e direito à cidadania. A Conferência reafirmou a necessidade da garantia da cidadania dos usuários da saúde mental e a implementação de dispositivos sanitários e socioculturais que rompessem com o modelo hospitalocêntrico. O evento exerceu influência na inserção dos problemas advindos do álcool e outras drogas para a assistência em saúde e na criação dos programas específicos para tratamento, fortalecendo o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (BRASIL, 1994).

O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado foi considerado um marco na história da construção da Política de Saúde Mental, abrindo caminhos para o surgimento de políticas em prol da saúde mental acarretando na mobilização de diversos estados brasileiros para aprovação de leis que propuseram a substituição da internação em hospitais psiquiátricos pela assistência em serviços extra-hospitalares. Como resultado dessas mobilizações surge a Portaria nº. 224 de 1992, estabeleceu as primeiras normas regulamentando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NASP) e os Hospitais-dia (HD), além de normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 1992b).

Os NAPS/CAPS eram definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que contavam com uma população adscrita definida pelo nível local e que ofereciam atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. E os HD representam um recurso intermediário entre a

internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (BRASIL, 1992a).

Outro resultado positivo para a saúde mental foi obtido de forma legal por meio da Portaria nº. 106 de 2000, institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. Os SRT consistem em uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o SRT, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital (BRASIL, 2000)

A II CNSMa também ficou marcada pela ocorrência da participação, pela primeira vez na história, de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

Apesar dos avanços advindos no período da II CNSMa, os CAPS, NAPS e HD não tinham uma linha específica de financiamento. Da mesma forma, a fiscalização dos hospitais psiquiátricos não previa uma norma visando a redução de leitos.

A III CNSMa ocorreu em 2001 e teve como temática “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”. Apresentou como principais propostas a relevância do controle social para a garantia da continuidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, as incumbências dos Conselhos de Saúde na luta pela efetivação da PNSM e a criação de CSM nas esferas estaduais e municipais (BRASIL, 2002b).

O ano de realização da III CNSMa culminou com a aprovação da Lei federal nº 10.216/ 2001 – Lei Paulo Delgado – a qual levou doze anos tramitando e gerando inúmeros debates entre os setores envolvidos. A aprovação da Lei foi fortemente amparada num movimento social e foi fundamental para viabilizar normatização da rede substitutiva (DELGADO, 2007). É nesse contexto que a PNSM alinhada com as diretrizes da RP passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação.

Buscando solucionar as problemáticas identificadas anteriormente, o MS criou linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátricos, como os CAPS, NAPS e HD. Novos mecanismos foram

criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

A partir deste período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”, instituído por meio da Lei nº. 10.708 de 2003. Este programa objetiva contribuir com o processo de reinserção social e resgate da cidadania das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação pago aos seus beneficiários (BRASIL, 2003).

Uma política de recursos humanos para a RP é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de Redução de Danos (RD), ações possíveis de serem elaboradas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e de pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2011a). É a Portaria nº 1.028 de 2005 que regulamenta as ações de RD sociais e a saúde, associadas ao consumo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2005).

Também foram inseridos aos equipamentos de base comunitária os Centros de Convivência e Cultural, dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Esse equipamento foi instituído por meio da Portaria nº 396, de 2005 (BRASIL, 2005).

Assim, ocorreu a realização de dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. É neste período que a RP se consolida como política oficial do governo federal (BRASIL, 2005).

Desta forma, a III CNSMa fortaleceu a consolidação da RP como política de governo, conferiu aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabeleceu o controle social como a garantia do avanço da RP no Brasil (BRASIL, 2005).

Por fim, em 2010 ocorreu a IV CNSMa estruturada em 3 eixos temáticos: políticas sociais e políticas de estado; consolidação da rede de atenção psicossocial e fortalecimento dos movimentos sociais e direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. As propostas lançadas nesta Conferência, em sua maioria, procuraram retomar as propostas já lançadas nas CNSMa anteriores.

Dentre elas, estão a organização e consolidação da rede psicossocial, educação permanente, pesquisa em saúde mental e capacitação para o exercício do controle social em parceria com as universidades (BRASIL, 2010).

A IV CNSMa obteve conquistas importantes para a saúde mental, entre elas, a delimitação do campo da saúde mental como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral, inserindo interfaces importantes e recíprocas com os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes (BRASIL, 2010).

Na área legislativa, houve a ampliação da Lei n. 10.216 de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica. Como proposta, buscou-se a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, a extinção progressiva dos manicômios no país e o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

As deliberações derivadas das CNSMa alicerçaram a construção de uma agenda política que determinou a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088 de 2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Para fortalecimento da RAPS, também houve a instituição das Equipes de Consultório na Rua (eCR), em 2011; das Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em 2012; as modalidades dos CAPS, em 2011; as Comunidades Terapêuticas (CT) e a Geração de Renda e Trabalho, ambas em 2012 (BRASIL, 2005).

O Consultório na Rua foi integrado às equipes de Atenção Básica como uma ação para populações específicas. Com essa mudança, a Atenção Primária à Saúde passou a contar com uma equipe flexível e adaptável à realidade de quem vive na rua e usa álcool e outras drogas (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e desenvolvem ações de Atenção Básica.

As UA foram instituídas pela Portaria nº. 121 de 2012, caracterizadas como serviços residenciais de caráter transitório que articuladas aos outros pontos de

atendimento da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde. As UA funcionam 24 horas, 7 dias por semana e são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. O tempo de permanência na UA é de até seis meses (BRASIL, 2012a).

As modalidades dos CAPS foram estabelecidas no âmbito da RAPS, e novos tipos de financiamentos foram disponibilizados. As modalidades são: CAPS I, II e III, CAPS AD e CAPSi. As modalidades existentes nos CAPS são de acordo ao número de pessoas que o equipamento atende, e o CAPS i é destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2002a).

As CT foram instituídas pela Portaria nº 131 de 2012, são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS (BRASIL, 2012c).

O componente de Geração de Trabalho e Renda baseia-se em iniciativas de empreendimentos solidários e cooperativas sociais desenvolvidas no âmbito da RAPS que atuam na perspectiva de reabilitação psicossocial e econômica das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

Diante deste recorte histórico, é notório que as Conferências temáticas de Saúde Mental tiveram papel fundamental na formulação, implantação, e fomentação da PNSM. Entretanto, seu potencial deliberativo foi enfraquecido devido o espaço de tempo da concretização de algumas propostas, sinalizando dificuldades de inserção das propostas na Agenda da PNSM, consequentemente ocasionado a repetição de propostas no decorrer das CNSMa.

As Conferências Nacionais de Saúde e a Agenda da Política Nacional de Saúde Mental

Ao realizar um recorte histórico tendo como ponto de partida a aprovação da Lei nº. 8.142/90, que instituiu as Conferências de Saúde como espaço participativo e deliberativo acerca do estabelecimento das políticas de saúde (BRASIL, 1990), percebe-se que ocorreram até o momento sete CNSa. Destas, apenas uma CNSa ocorreu simultaneamente à CNSMa – a IX CNSa e a II CNSMa, visto que IX CNSa

foi a primeira Conferência a partir da criação do SUS. O direcionamento desta sessão baseia-se nos RF das CNSa a partir da IX CNSa até a XV CNSa. Os relatórios foram utilizados para descrever as prioridades elencadas pelos representantes da sociedade em torno da saúde mental e identificar a entrada desses assuntos na Agenda da PNSM. O Quadro 3 apresenta as propostas para a saúde mental registradas nos RF das CNSa.

Quadro 3- PRINCIPAIS PROPOSTAS DE SAÚDE MENTAL APONTADAS NOS RF DAS CNSa

Ano	CNSa	Propostas para a Política Nacional de Saúde Mental
1992	IX	- Aprovar a Reforma Psiquiátrica com extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por uma rede de serviços diversificada; - Criar Comissões Estaduais e Municipais de Reforma Psiquiátrica, vinculadas aos Conselhos; - Proibir internações compulsórias, exceto casos comunicados ao Ministério Público; - Criar centros especializados de tratamento de usuários de drogas, em cada unidade da Federação.
1996	X	- Redirecionar os recursos para implementação de rede extra- hospitalar de atendimento em saúde mental; - Atenção à saúde mental na terceira idade; - Substituir o modelo hospitalocêntrico e manicomial pelo modelo de atenção integral e de base territorial; - Constituir e implementar Comissões de Reforma Psiquiátrica; - Convocar a III CNSMa.
2000	XI	- Determinar a convocação da III CNSMa; - Rever e integrar as políticas sociais desenvolvidas para a saúde mental; - Apoiar a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil; - Implementar ações na política de saúde mental que garantam suporte terapêutico para familiares e portadores de transtornos mentais; - Criar uma política de saúde mental infanto-juvenil em nível estadual; - Capacitação profissional.
2003	XII	- Efetivar os princípios da Reforma Psiquiátrica; - Mapear as necessidades e prioridades de saúde mental da população dos estados; - Garantir a adequação do financiamento para a implementação da rede substitutiva em saúde mental; - Ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

2007	XIII	- Combater o preconceito; - Avançar no processo de desinstitucionalização; - Divulgar em rede nacional a PNSM; - Estabelecer estratégias de redução de danos; - Assegurar a criação das equipes de matriciamento ; - Garantir que a verba proveniente da desativação de leitos psiquiátricos seja aplicada na rede extra- hospitalar; -Garantir que os CAPS possam atender dentro da lógica da territorialização; - Garantir uma Política de Saúde Mental para os trabalhadores; - Dar ênfase a prevenção de suicídio e a criação de Comissões de Reforma Psiquiátrica.
2011	XIV	- Ampliar o número de trabalhadores da saúde mental; - Reconhecer a Terapia Comunitária Integrativa como política pública prioritária nacional, em consonância com o RF da IV CNSMa; - Implantar serviços de saúde mental na atenção básica; - Assegurar a continuidade e o monitoramento da rede de atenção à saúde mental, criando o Sistema Nacional de Informação em saúde mental.
2015	XV	- Garantir o acesso aos usuários de saúde mental pela viabilização do passe livre; - Implantar e fortalecer os projetos terapêuticos singulares para atendimento da demanda de saúde mental; - Implantação dos CAPS e outros serviços de saúde mental; - Inclusão social e combate ao estigma; - Garantir e ampliar o financiamento para a RAPS; - Reorganizar e implementar a RAPS em nível regional garantindo a sua descentralização; - Fomentar pesquisas em saúde mental e divulgar resultados.

FONTE: Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde de 1992-2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>

Ao observar o Quadro 3 é perceptível a delimitação de dois momentos, até 2007- marcado pela necessidade de criação de uma Política de Saúde Mental e após 2007- a necessidade de resolver questões específicas da Política de Saúde Mental.

No decorrer das realizações das CNSa, foi identificada a presença de discussões sobre a saúde mental e o anseio de substituir o modelo hospitalocêntrico e manicomial pelo modelo de atenção integral e de base territorial. Tais demandas contribuíram na criação da PNSM e subsequente a elaboração da RAPS.

A Repetição das Propostas

A rogativa pela aprovação, aplicação de recursos e efetivação da RP foi pauta recorrente na IX, X e XI CNSa, fato que necessitou de atenção e análise. A realização dessas CNSa corresponderam a uma janela de tempo de 8 anos correntes, de 1992 a 2000, de luta pela concretização da RP.

Alinhada a essa constatação temos o tempo que o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (1989) necessitou para ser aprovado e transformado na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº. 10.216 de 2001), mais de 10 anos.

Outra pauta identificada com frequência na IX e X CNSa foi o anseio pela criação de Comissões Estaduais e Municipais de RP. A Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP) é uma das comissões do CNS, destinada a assessorar o Conselho, em ações de análise, planejamento e fiscalização no âmbito da saúde mental, RP e direitos dos usuários. A CNRP surgiu de proposta da II CNSM, e foi instituída pela Resolução nº 093 de 1993, do CNS (BRASIL, 1993). Apesar da instituição da CNRP ter ocorrido em 1993 no ano de 1996 ainda tramitava a solicitação, por meio de proposta da X CNSa, da constituição e implementação das Comissões Estaduais e Municipais de RP (BRASIL, 1992; BRASIL, 1996).

A repetição de pautas pode ser um indicativo de maior mobilização dos atores sociais que lutaram e lutam pela saúde mental.

Panorama das Propostas das CNSa

As IX e X CNSa apresentaram como propostas para a saúde mental a implementação de alguns princípios do SUS, com a integralidade das ações em saúde mental por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação (substituir o modelo hospitalocêntrico e manicomial pelo modelo de atenção integral e de base territorial). O controle social na saúde também teve destaque ao apresentar como propostas a criação de Comissões de RP, reafirmando a necessidade da participação da sociedade na tomada de decisões políticas (BRASIL, 1992; BRASIL, 1996).

As propostas derivadas da XI e XII CNSa compreenderam a luta pela integração das políticas sociais desenvolvidas para a saúde mental, criação de uma

política infanto-juvenil em nível estadual, capacitação profissional e o mapeamento das prioridades de saúde mental (BRASIL, 2002c; BRASIL, 2004).

A partir da XIII CNSa o combate ao preconceito teve espaço e entrou como proposta, carregando a bandeira da inserção das pessoas com transtornos mentais na sociedade. O avanço no processo de desinstitucionalização e a divulgação da PNSM compuseram o arcabouço das propostas trazidas pela conferência. Esta CNSa ganhou destaque pela quantidade de propostas apresentadas em seu RF, onde a maioria buscava não mais a instituição, criação ou elaboração de algo, mas sim o aprimoramento dos serviços que já existiam- indicando um olhar mais voltado para a PNSM e a formulação de proposições para seu avanço e aprimoramento, gerando benefícios para a construção da Agenda da PNSM (BRASIL, 2008).

Os debates com a XIV CNSa, em 2011, colocaram a questão da acessibilidade no SUS em pauta. Neste acesso, a ampliação do acolhimento, a “despatologização” e a perspectiva de criar condições de continuidade no cuidado com a intersectorialidade surgem como importantes diretrizes ao trabalho da saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2012d).

A XV CNSa, realizada em 2015, deu continuidade aos temas já apresentados como relevantes na XIII e XIV CNSa, elencaram como prioridades a inclusão social, a implantação e fortalecimento dos projetos terapêuticos singulares para os usuários de saúde mental, viabilização do financiamento e reorganização da RAPS e a fomentação de pesquisas em saúde mental (BRASIL, 2015).

A sincronia das propostas apresentadas nas CNSMa com as derivadas das CNSa foi notória, apresentando articulação entre os diversos atores sociais que atuaram/atuem em prol da saúde mental, também pode ser indicativo do processo das articulações políticas na formação da Agenda da Saúde Mental. O Quadro 4 apresenta as principais mudanças e ganhos, na Política Nacional de Saúde Mental ocorridos, no decorrer das CNSa.

Quadro 4-PRINCIPAIS MUDANÇAS OCORRIDAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Ano	CNSa/ CNSMa	Mudança
1992	IX CNSa/ I CNSMa	CAPS, NASP e HD- Portaria nº 224
2000	XI CNSa	SRT- Portaria nº 106
2001	III CNSMa	Aprovação da Lei nº 10.216- Lei da Reforma Psiquiátrica-

		Paulo Delgado
2003	XII CNSa	Programa de Volta para Casa- Lei nº 10.708
2005	-----	Redução de Danos- Portaria nº 1028
2005	-----	Centros de Convivência e Cultura
2011	XIV CNSa	RAPS- Portaria nº 3.088
2011	XIV CNSa	CAPS I, II, III, CAPS AD, CAPS infantil- Portaria nº 3.090
2011	XIV CNSa	Consultório na Rua- Portaria nº 123
2012	-----	UA- Portaria nº 121
2012	-----	CAPS AD III- Portaria nº 130
2012	-----	Comunidade Terapêutica- Portaria nº 131
2012	-----	Geração de Renda e Trabalho- Portaria nº 132

FONTE: Elaborado pela autora (2019).

Ao analisar as propostas das CNSa foi perceptível que muitas vezes ocorreu a repetição de propostas e muitas dessas propostas demoraram anos para serem efetivadas, sinalizando que possivelmente as CNSa serviram como espaços para listar prioridades elencadas pelos diversos atores sociais.

As propostas lançadas nessas Conferências apresentaram as prioridades elencadas pelos diversos atores sociais, visando a inserção dessas prioridades na Agenda governamental, cujo objetivo era a implementação e o aprimoramento da Política de Saúde Mental.

Considerações Finais

As diretrizes advindas das Conferências influenciaram positivamente no processo de construção da Agenda da PNSM, por meio delas foi possível construir uma variedade de temas como prioritários por representantes da sociedade e assim dar início ao estabelecimento de uma agenda política.

Outro ponto que merece destaque foi o fato das Conferências Temáticas de Saúde Mental apresentarem maior poder de articulação dos seus movimentos sociais e de seus interesses políticos que as Conferências Nacionais de Saúde, como já era previsível. Nas CNSa ocorreram repetições nas pautas, principalmente

as relacionadas à Reforma Psiquiátrica, sinalizando a dimensão das barreiras enfrentadas por essa política e as dificuldades que os usuários dos serviços de saúde mental enfrentaram e enfrentam para ir além dos muros hospitalares e fazer parte do território como agente ativo e merecedor, por direito, de inserção social.

Diante dos resultados aqui apontados espera-se contribuir como canal de facilitação de diagnóstico situacional, para então construir em conjunto a formulação de estratégias para o fortalecimento do controle social na saúde mental.

Como limitação deste estudo, aponta-se a insuficiência dos documentos analisados em identificar o que, de fato, foi concretizado a partir das resoluções das Conferências.

Referências

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. D. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, mar. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

ANDRADE, G. R. B. D.; VAITSMAN, J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Pirai, RJ (2006). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, 2013.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Lei nº. 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 União*, 31 dez. 1990.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para os CAPS, NAPS e Hospitais- dia. *Diário Oficial da União*, 29 jan. 1992;

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 093, de 02 de dezembro de 1993. Institui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. *Diário Oficial da União*, 02 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde: SUS- Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Portaria GM/MS/ nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*, 11 fev. 2000;

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 06 abr. 2001.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define as características das modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, ad II e i II). *Diário Oficial da União*, 19 fev. 2002.

BRASIL. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS- Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.708, 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, 31 jul. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde: Saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida- Políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº. 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 (SUS). *Diário Oficial da União*, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Diário Oficial da União*, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, 26 de jan. 2012.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*, 25 de jan. 2012.

BRASIL. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades

Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, 26 de jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIV Conferência Nacional de Saúde: Todos usam SUS! SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XV Conferência Nacional de Saúde: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

BRASIL. Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018. Aprova o regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso594.pdf>>, Acesso em: 10 de novembro de 2018.

BRASIL. Site do Conselho Nacional de Saúde. XVI Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/16cns/perguntas_e_respostas.html>. acesso em: 20 mar. 2019.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

ESCOREL, M. R. A participação Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012. p. 853-884.

ESCOREL, S. Reconhecer e superar os limites da participação institucionalizada. Muitas vozes, pouco diálogo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002059>. Acesso em: 01 fev. 2018.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; SANTANA, A. D.; MATTA, G.; GOMES, M. C. P. A. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, mai. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2018.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994.

MULLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, jan. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00068.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

REBOLI, K. G.; KRUGER, T. R. *Participação e Saúde Mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental*. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, Florianópolis, 2013. Disponível em: < https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00157.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2018.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, jan.- abr. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

TOFANI, L. F. N.; CARPINTERO, M. C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/21.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

5.2 O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E A SUA ATUAÇÃO NO FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as contribuições dos atores sociais, atuantes no Conselho Nacional de Saúde, na construção da Agenda da Política de Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa documental de caráter qualitativo e os documentos que compuseram o corpus do trabalho foram as atas derivadas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Nacional de Saúde, no período de 2006 a 2018. Os resultados demonstraram que o Conselho Nacional de Saúde tem atuado de forma limitada como espaço promotor do controle social; as pautas restringiram-se a apresentar aspectos formais e não a discussões políticas, enfraquecendo a construção de uma Agenda de Saúde Mental. Também ocorreu uma discrepância em relação ao poder de voz dos diferentes atores, já que os prestadores de serviços dominam as pautas em relação aos outros segmentos.

Palavras- chave

Política de saúde. Saúde mental. Participação social. Sistema único de saúde

Abstract

The aim of this study was to analyze the contributions of the social actors, acting in the National Health Council, in the construction of the Mental Health Policy Agenda. This is a qualitative documentary research and the documents that made up the corpus of the work were the minutes derived from the ordinary and extraordinary meetings of the National Health Council, from 2006 to 2018. The results showed that the National Health Council has acted in a limited way as a space promoting social control; The guidelines were restricted to presenting bureaucratic aspects and not to political discussions, weakening the construction of a Mental Health Agenda. There was also a discrepancy regarding the voice power of the different actors, as service providers dominate the agenda in relation to other segments.

Keywords

Health policy. Mental health. Social participation. Unified health system

Introdução

Os Conselhos de Saúde são espaços de conflitos de interesses, de negociação e de proposições que visam permitir o avanço nas políticas de saúde. São estratégias institucionais que abrem portas do Sistema Único de Saúde (SUS) à sociedade civil organizada (SOUZA, 2012). Porém, nem sempre foi assim e na década de 1930 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) era um órgão consultivo do Ministério da Educação e Saúde Pública, cujos membros eram especialistas em saúde escolhidos pelo Ministro de Estado.

A reformulação do CNS ocorreu após 60 anos de sua instituição transformando seu caráter consultivo em propositivo e deliberativo. Com isso, foi atribuído ao CNS a formulação de estratégias e o controle da execução da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1990; CÔRTEZ, 2009). A construção do novo CNS ocorreu por meio da Lei nº 8.142/90 e do Decreto nº 99.438/90, que regulamentaram a organização e atribuições do CNS.

O CNS passou a ser composto por 30 membros nomeados pelo Presidente da República, representantes dos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço de saúde. Sua composição é paritária, destinando 50% das vagas aos representantes dos usuários e 50% divididos entre os representantes dos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Depois de estabelecidas suas atribuições e definida a organização, o CNS aprovou as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos demais conselhos de saúde, por meio da resolução do CNS 333/2003 (BRASIL, 2003).

O CNS objetiva a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (BRASIL, 1990). Para atingir tal objetivo são realizadas reuniões mensais, reuniões ordinárias, e em alguns momentos reuniões extraordinárias, além das programadas diante da necessidade de discutir sobre algum tema que necessita de uma atenção maior e que não foi contemplado na reunião ordinária. Essas reuniões são documentadas nas atas, registrando tudo o que foi discutido, os temas e seus respectivos atores sociais que ocasionaram tal discussão.

Com enfoque nessas reflexões, surgiram questionamentos: como os atores sociais, atuantes no Conselho Nacional de Saúde, estão contribuindo na construção da Agenda da Política de Saúde Mental? E quais atores sociais são esses? Representantes dos usuários, dos profissionais de saúde ou dos gestores e prestadores de serviço?

O objetivo deste estudo foi analisar as contribuições dos atores sociais, atuantes no CNS, na construção da Agenda da Política de Saúde Mental.

Metodologia

Este estudo teve como cenário o CNS. A escolha pelo CNS deu-se devido ao fato que esse espaço deve produzir discussões para a composição de uma agenda política e por proporcionar encontros de vários interesses públicos. Os conteúdos dessas discussões realizadas pela sociedade são dispostos nas atas, consideradas como documentos essenciais para obtermos o recorte das discussões derivadas das reuniões do CNS.

Trata-se de uma investigação bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa e enfoque descritivo.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de descrever aspectos conceituais e contextualizar os seguintes temas: Agenda Política, Inovações Democráticas, Política de Saúde Mental e Conselhos de Saúde. A pesquisa bibliográfica envolveu livros e artigos científicos relacionados aos temas abordados no estudo. Os artigos foram selecionados por meio de mecanismos de busca como o Scielo, Lilacs e Pubmed, a partir dos indexadores, buscando palavras-chave tais como: política de saúde, saúde mental, conselhos, agenda e análise de políticas. Ressaltando que foi apenas uma pesquisa conceitual.

Já a pesquisa documental se propôs ao alcance dos objetivos do estudo, que foi a análise das contribuições do CNS na construção da Agenda de Saúde Mental. Essa pesquisa foi selecionada por proporcionar a análise dos documentos técnicos, atas, possibilitando a identificação das discussões relacionadas à saúde mental, tendo por propósito identificar os temas mais evocados nesses documentos e investigar se esses temas foram inseridos ou não na Agenda da Saúde Mental.

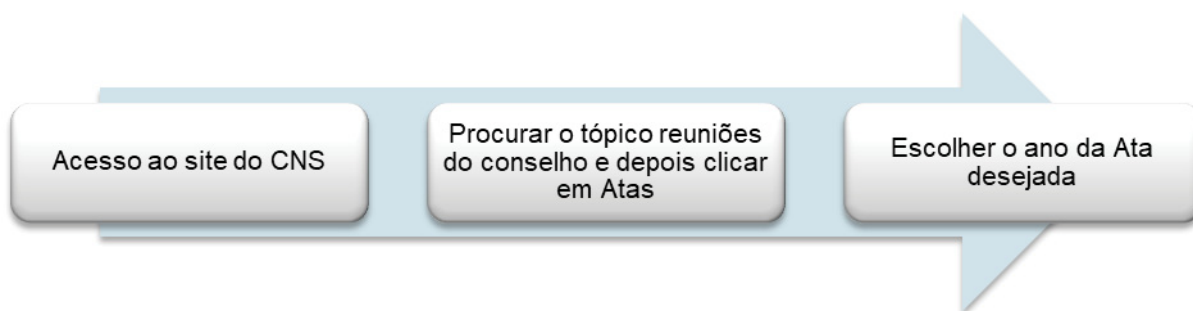
A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta ter como objeto de pesquisa o espaço da produção humana que produz uma realidade que não pode

ser quantificada, neste estudo o objeto foi o espaço participativo, CNS, e o foco de análise foi as contribuições desse espaço para a saúde mental (MINAYO, 2002). O enfoque descritivo justifica-se pela necessidade de retratar as características e o contexto histórico que embasou determinada discussão.

A amostra do estudo foi composta por 173 atas das reuniões do CNS. As atas foram selecionadas por registrar as discussões ocorridas nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CNS. Por meio das atas foi possível identificar as discussões ocorridas, as pautas dessas discussões e seus respectivos atores sociais, permitindo a análise dos temas que foram elencados para entrar na Agenda de Saúde Mental e os atores sociais que tiveram poder de voz e participaram desta construção.

A coleta das atas deu-se por meio de etapas. As atas derivadas do CNS foram coletadas por meio do seu próprio site. As etapas foram: 1ª etapa- acesso ao site do CNS: <http://conselho.saude.gov.br/>; 2ª etapa- no lado esquerdo da página no tópico “reuniões do conselho” clicar em Atas; 3ª etapa- na parte superior clicar no ano que necessita obter as Atas. Figura 12 apresenta o fluxo das etapas.

Figura 12- FLUXO DAS ETAPAS PARA COLETA DAS ATAS



FONTE: Elaborada pela autora (2019).

O período da coleta das atas ocorreu no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2019. E as atas foram selecionadas a partir do ano de 2006 devido ao fato que neste ano a composição dos Conselhos de Saúde passou a ser por meio de eleições e não mais indicação.

A coleta dos dados ocorreu por meio virtual, com acesso aos sites já apresentados. Ao finalizar a coleta de dados foi realizada a organização das atas em uma pasta nomeada por: Atas do CNS 2006-2018. Dentro desta pasta foram criadas

subpastas, organizando as atas por ano e a sua classificação em ordinárias e extraordinárias. O Quadro 5 demonstra a organização do material coletado.

Quadro 5- ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Ano	Atas ordinárias	Atas extraordinárias
2006	7	4
2007	12	2
2008	12	2
2009	12	2
2010	12	4
2011	12	0
2012	12	3
2013	12	0
2014	12	0
2015	12	1
2016	12	1
2017	12	2
2018	12	1
Total	151	22

FONTE: Elaborada pela autora (2019).

Para interpretar o conteúdo das atas foi utilizada a técnica de análise categorial de Bardin. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero com os critérios previamente definido. O tratamento do material determina um processo de codificação, em que são empregados recortes, agrupamentos e classificações que subsidiam a interpretação das discussões. Dessa forma, a análise temática visou descobrir “núcleos de sentido” (BARDIN, 2002).

Por meio dos núcleos de sentido que foi possível construir categorias temáticas, de acordo com a frequência que cada núcleo apareceu. As categorias

temáticas construídas foram: Conferência Nacional de Saúde Mental, Leitos Psiquiátricos, Política de Álcool e outras Drogas, Privação de Liberdade e Comissões de Saúde Mental.

Para analisar as contribuições dos atores sociais na Agenda da Política de Saúde Mental, foi utilizado o referencial de Smith (2009) pelo fato de abordar as inovações democráticas (que contemplam os Conselhos), definidas como instituições políticas construídas para ampliar a participação dos cidadãos na tomada de decisões públicas. Este autor, em seus estudos, elaborou um quadro analítico que permitiu realizar comparações de diversas inovações democráticas almejando compreender de que maneira e até que ponto elas proporcionam qualidades desejáveis ou bens esperados das instituições democráticas.

Esse referencial foi utilizado pela necessidade de identificar quais atores sociais tiveram poder de voz, fato possível por meio da identificação dos núcleos temáticos e os atores que apresentaram tais núcleos- discussões derivadas do Conselho.

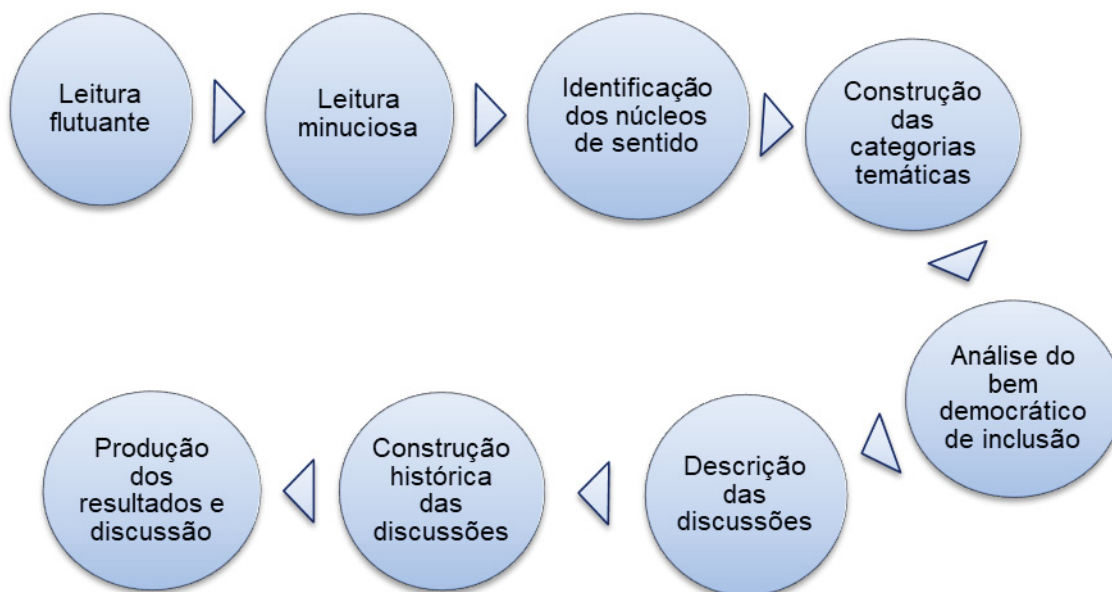
Baseado nesses pressupostos o estudo utilizou o bem democrático da inclusão, constituído pela presença de participação, processo por meio do qual se dá a seleção dos participantes e em que medida esse processo permite a inclusão de todos os segmentos da sociedade; e voz, refere-se ao fato de que a presença não representa participação efetiva em si, necessitando que o desenho institucional dê oportunidade de momentos de expressão de demandas e estas sejam ouvidas (SMITH, 2009).

O período de análise das atas correspondeu a outubro de 2017 a julho de 2019. A análise das atas foi realizada na medida em que a coleta avançava.

Assim, a análise das atas configurou-se da seguinte forma: 1ª etapa consistiu em realizar a leitura flutuante de todo material na íntegra; 2ª etapa- leitura minuciosa dos discursos que apresentaram termos relacionados à PNSM- termos que contemplaram equipamentos de saúde mental, financiamento, fiscalização, controle social na saúde mental, serviços de saúde mental, educação permanente em saúde mental dos profissionais, campanhas de saúde mental e/ou qualquer termo relacionado a saúde mental; 3ª etapa- identificação dos núcleos de sentido, termos relacionadas a saúde mental que mais apareceram nas atas; 4ª etapa- construção das categorias temáticas; 5ª etapa-análise do bem democrático de inclusão de Smith- identificação e categorização dos atores sociais que

apresentaram tal discussão ; 6ª etapa- descrição das discussões elencadas; 7ª etapa- construção histórica das discussões elencadas; 8ª etapa- produção dos resultados e da discussão. A Figura 13 expõe a esquematização do percurso metodológico do estudo.

Figura 13- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DAS ATAS



FONTE: Elaborada pela autora (2009).

Resultados e Discussão

A Saúde Mental como Pauta das Reuniões do CNS

As pautas apresentadas nas reuniões do CNS em torno da saúde mental abordaram instâncias de controle social, Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSMa) e a Comissão de Saúde Mental (CSM) (8 discussões), Política de álcool e outras drogas (2 discussões), fechamento de leitos psiquiátricos e investimento na rede extra hospitalar (2 discussões), Política Nacional de Atenção Integral à saúde das pessoas privadas de liberdade (1 discussão) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (1 discussão). No Quadro 6 constam os assuntos abordados nas reuniões do CNS.

Quadro 6- ASSUNTOS ABORDADOS NAS REUNIÕES DO CNS, PERÍODO DE 2006 A 2018

Pautas/ nº da ata/ ano	Assuntos abordados
CNSMa e CSM Nº 205, 206, 207, 209, 215, 216 de 2010 e 277 e 278 de 2016	CNSMa: A maioria dos discursos ocasionados nas reuniões do CNS foram direcionados à realização da IV CNSMa, os conteúdos abordaram a convocação, realização da etapa estadual, prazos de entrega e ajustes dos relatórios finais. E um discurso foi relacionado à recomendação da realização da V CNSMa. CSM: Indicação dos representantes do CNS para tratar do impasse entre os movimentos sociais e a gestão sobre a indicação do novo coordenador da Área de Saúde Mental; recomendação aos fóruns de segmentos que iniciem debate sobre a recomposição da Comissão de Saúde Mental; recomposição da Comissão de Saúde Mental; a necessidade de debates no CNS sobre os avanços e desafios da Política de Saúde Mental; e a aprovação da composição provisória da comissão intersetorial de saúde mental (CISM).
Política de Álcool e outras drogas Nº 226 de 2011 e 240 de 2012	Esta categoria temática apresentou dois discursos, apresentaram uma ação do CNS contra empresas que produzem álcool; incorporação da necessidade de que os serviços ligados à política sigam os princípios do SUS; manutenção das ações do CAPS AD (álcool e outras drogas) e consultórios de rua; atenção voltada aos familiares dos usuários; ações nas comunidades terapêuticas; solicitação ao Ministério da Saúde de um plano nacional de enfrentamento das drogas e crack, com metas, prazos e orçamento; apresentação da demanda de realizar seminário sobre o tema para ausculta dos usuários e outros setores, visando a definição de estratégias para o controle social; e a solicitação da recomposição do grupo de trabalho (GT) constituído para acompanhar a implementação da Rede.
Leitos psiquiátricos Nº 233 e 238 todas de 2012	Os temas abordados enunciaram a necessidade de aumentar o ritmo no fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos; incentivo na construção de redes diversificadas e territorizadas; vistorias nos hospitais psiquiátricos; integração dos Hospitais Psiquiátricos com a Rede de Urgência e Emergência; incorporação dos usuários dos Hospitais Psiquiátricos nas redes de saúde SUS; credenciamento de equipamentos antimanicomiais.
Privação de Liberdade Nº 250 de 2013	Foi delegada às Comissões do CNS o acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade; avaliação da implementação da Política, assegurando a participação de movimentos sociais (associações de parentes e amigos de pessoas privadas de liberdade); e modificação no texto da Política.
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Nº 301 de 2018	O Plenário aprovou, com dois votos contrários e uma abstenção, recomendação ao Ministério da Saúde que revogue a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a RAPS. Além disso, decidiu pautar o tema saúde mental na próxima reunião do Conselho para verificar os desdobramentos da recomendação aprovada. Também foram apresentadas as seguintes propostas: que o CNS faça consulta aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para identificar quando avaliaram pela última vez a Política Estadual de Saúde Mental (ano e se está ou não aprovada).

Fonte: Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Nacional de Saúde, de 2006 a 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm

No período de 2006 a 2009 não foram identificadas discussões em torno da saúde mental. Apenas em 2010 as discussões sobre a saúde mental tiveram espaço. No ano de 2010 a pauta principal sobre a saúde mental restringiu-se em abordar as CNSMa e na CSM. Essas discussões apresentaram aspectos burocráticos para a convocação, realização e confecção do Relatório Final da IV CNSM e convocação da V CNSMa e sobre a composição da CSM.

A Política de Álcool e outras Drogas também esteve presente na composição das discussões encontradas nas atas, 2011 a 2012. Esta categoria temática apresentou discursos que favoreceram a discussão política, solicitando que os serviços ligados à política sigam os princípios do SUS, a manutenção das ações dos equipamentos territoriais, práticas voltadas a toda comunidade- usuários e familiares; solicitação ao Ministério da Saúde de um plano nacional de enfrentamento das drogas e crack, com metas, prazos e orçamento;

Em 2010, o Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos governamentais, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Entre os objetivos do Plano, estão: articular e ampliar as ações voltadas à prevenção e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis; fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas; ampliar a participação comunitária nas políticas; e capacitação profissional.

A necessidade de aumentar o ritmo do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos foi uma das pautas do CNS no ano de 2012. Solicitou o fechamento dos leitos psiquiátricos, incentivo na construção de redes diversificadas e territorizadas; vistorias nos hospitais psiquiátricos; integração dos Hospitais Psiquiátricos com a Rede de Urgência e Emergência; incorporação dos usuários dos Hospitais Psiquiátricos nas redes de saúde SUS; e credenciamento de equipamentos antimanicomiais.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria) - em 2002- , o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) - em 2004 -, assim como o Programa de Volta para Casa- em 2003- e a expansão de serviços como os Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS) - em 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216- e as Residências Terapêuticas (RT) - em 2000, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos em todo o país.

Em 2013 a privação de liberdade foi o cenário da única discussão ocorrida sobre a saúde mental. Foi delegada à CSM o acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), instituída em 2014; avaliação da implementação da Política, assegurando a participação de movimentos sociais (associações de parentes e amigos de pessoas privadas de liberdade); e modificação no texto da Política. Em 2018 a discussão ocorreu sobre as alterações da RAPS realizadas em dezembro de 2017; e a realização de consultas aos Conselhos estaduais para verificar os desdobramentos dessas alterações; e para identificar quando foi a última vez que os Conselhos estaduais e municipais de saúde avaliaram a Política Estadual de Saúde Mental.

Averiguou-se que das 174 atas analisadas, apenas em 14 houve algum item relacionado a saúde mental como pauta de discussão.

As poucas discussões políticas ocasionadas em torno da saúde mental foram em defesa da Reforma Psiquiátrica, solicitando o fechamento dos leitos psiquiátricos, a implantação de serviços de base territoriais em substituição dos hospitais psiquiátricos, o fortalecimento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) e dos Consultórios na Rua (CR), recomposição da CSM para auxiliar o CNS e a estimulação do controle social. Foram essas discussões que compuseram agenda da saúde mental.

No panorama geral o CNS discutiu 8 vezes sobre aspectos relacionados as CNSMa, número que chega ser mais da metade de todas as discussões ocorridas. E as demais discutiram sobre a Política de álcool e outras drogas, eitos psiquiátricos, privação de liberdade e RAPS.

A realidade verificada nas discussões presentes nas atas coincide com os pressupostos de Oliveira e Conciani (2009) quando pressupõem que os Conselhos de Saúde se restringem à formalização, tendo maior importância a realização e não a qualidade da participação. Dando continuidade a essa discussão temos o estudo de Gohn e Tatagiba (2002) e Côrtes (2009) que apontam a falta da discussão política nas pautas das reuniões como o principal problema para uma atuação dos conselhos que deveriam caminhar no sentido de permitir mudanças sociais.

Atuação dos Atores Sociais na Política de Saúde Mental

De acordo com Ugarte (2004), um dos elementos da democracia deliberativa é justamente a ideia de que todos devem participar de forma coletiva na tomada de decisão sobre as políticas que lhe são destinadas, mas, devido à impossibilidade de espaços nessas proporções, essas deliberações devem acontecer entre representantes escolhidos pela sociedade.

Ao adentrar na identificação dos atores sociais que apresentaram discussões em torno da saúde mental, temos como resultado a sistematização exposta no Quadro 7.

Quadro 7- IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS NAS PAUTAS DO CNS

Ano	Nº da ata	Categorias Temáticas	Segmentos
2010	205º	CNSMa	1.Prestador de serviço 2. Prestador de serviço
2010	206º	CNSMa	1. Prestador de serviço 2. . Prestador de serviço
2010	207º	CNSMa	1. Prestador de serviço 2. . Prestador de serviço
2010	209º	CNSMa	1. . Prestador de serviço
2010	215º	CNSMa	1. Prestador de serviço
2010	216º	CNSMa	1. Prestador de serviço
2011	226º	Política de álcool e outras drogas	1. Prestador de serviço 2.Profissional
2012	233º	Leitos psiquiátricos	1.Usuário
2012	238º	Leitos psiquiátricos	1. Prestador de serviço 2.Usuário 3.Profissional
2012	240º	Política de álcool e outras drogas	1.Usuário; 2. Profissional;

			3.Profissional/comunidade científica; 4.Profissional/comunidade científica
2013	250°	Privação de liberdade	1. Prestador de serviço
2016	277°	Comissão de saúde mental	1.Profissional; 2.Usuário
2016	278°	Comissão de saúde mental	1.Usuário
2018	301°	RAPS	1.Profissional; 2.Usuário

Fonte: Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Nacional de Saúde, de 2006 a 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm

No cenário das representações este estudo está direcionado para a representatividade da saúde mental, partindo-se da fundamentação teórica que a participação da sociedade na política é desigual, muitas vezes um processo de concentração de poder e soberania, cabendo às instituições participativas permitir ou promover a inserção dos grupos pertinentes no processo (AVRITZER, 2007; SMITH, 2009).

Porém, essas instituições participativas, como é o caso dos Conselhos, vêm enfrentado dificuldades em promover uma inclusão dos atores sociais e de estabelecer a representatividade necessária (AVRITZER, 2003), resultado que está diretamente relacionado a prejuízos no bem democrático de inclusão de Smith (2009). Na discussão de seus bens democráticos, o autor aponta que a inclusão analisa como as pessoas que estão na instituição participativa são inseridas, seu processo de participação e a igualdade de voz.

Ao analisar o Quadro 7 é notória a desigualdade da quantidade de discussões apresentadas por cada segmento. O segmento dos usuários apresentou 6 discussões, dos trabalhadores 7 discussões e dos prestadores de serviços 12 discussões sobre a saúde mental. Este resultado pode servir como sinalização para prejuízos na igualdade do poder de voz dos representantes de cada segmento. A quantidade de discussões apresentadas pelos prestadores de serviços chegou bem perto de ser a mesma quantidade de discussões levadas pelos usuários e trabalhadores juntos.

Tatagiba (2005) fala que a desigualdade de recursos como renda e escolaridade, e diferentes graus de engajamento nas políticas públicas podem

resultar em iniquidades na participação, tanto individual como na representação feita por meio das entidades. Para complementar a discussão desses resultados Kezh, Bógus e Martins (2016) expõem que o conhecimento é um elemento fundamental para o estabelecimento de poder. O conhecimento da realidade, que poderia conceder poder de transformação aos conselheiros que detêm maior proximidade com o território, não é valorizado nas relações estabelecidas no conselho. O que se observa é o deslocamento da centralidade do poder legítimo do representante dos trabalhadores, que têm conhecimento das necessidades e estão inseridos no processo das políticas públicas locais, para os conselheiros que detêm maior conhecimento técnico-científico.

Considerações finais

No presente trabalho foram identificados alguns desafios que impossibilitam uma dinâmica adequada das atividades do Conselho enquanto espaço democrático.

Infere-se que as pautas apresentadas nas reuniões do CNS não favoreceram a construção de uma Agenda para a Política de Saúde Mental, pois a maioria das discussões giraram em torno dos aspectos formais para a realização das CNSMa, deixando de lado a apresentação de discussões de cunho político, visando a construção e avaliação constante da política. Foram poucas as discussões que desenvolveram processos políticos e decisórios. Os atores sociais que mais apresentaram poder de voz foram os prestadores de serviços.

Diante dos resultados aqui apontados espera-se contribuir como canal de facilitação de diagnóstico situacional da Política de Saúde Mental, para então construir em conjunto a formulação de estratégias para o fortalecimento do controle social na saúde mental.

Referências

AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. *A inovação democrática no Brasil: o orçamento participativo*. São Paulo: Cortez, 2003.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 50, n.3, p. 443-464, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8080 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. 1990a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>, Acesso em: 21 de nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8142 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 União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>, Acesso em 20 de out.de 2017.

BRASIL. Resolução nº 333. 4 de novembro de 2003. Aprovar as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 dez. 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>, Acesso em 29 dez. de 2017.

CÔRTEZ, S. V. et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CÔRTEZ, S. V., org. *Participação e Saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

GOHN, M. G. M. *Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais*. Petrópolis: Vozes, 2003.

KEZH,N. H. P.; BÓGUS, C. M.; MARTINS, C. L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p.950- 963, 2016.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciências & saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.:319-331, 2009.

SMITH, G. *Democratic innovations: designing institutions for citizen participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

SOUZA, J. C. *Avaliação da implementação da política ParticipaSUS com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde*. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. (Org.). *Democracia e Participação: os conselhos gestores do Paraná*. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, n. 25, p. 209-213, 2005.

UGARTE, P. S. Que participação para qual Democracia. In: COELHO, V. S. P. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.

5.3 AS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E A AGENDA DA SAÚDE MENTAL

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as contribuições das Conferências Estaduais de Saúde do Paraná na construção da Agenda da Política de Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa documental de caráter qualitativo e os documentos que compuseram o corpus do trabalho foram os Relatórios Finais das Conferências de 1991 a 2015. Os resultados mostram que as Conferências apresentaram propostas que foram inseridas na Agenda de Saúde Mental, porém as repetições constantes de pautas, principalmente as relacionadas à Reforma Psiquiátrica, sinalizaram barreiras encontradas para a transformação de um modelo de base hospitalar para um de base territorial. As Conferências conseguiram atuar como espaço de discussão das prioridades, entretanto apresentaram prejuízos em exercer seu papel deliberativo.

Palavras- chave

Conferências de saúde. Política de saúde. Saúde mental

Abstract

The aim of this study was to analyze the contributions of the Paraná State Health Conferences in the construction of the Mental Health Policy Agenda. It is a qualitative documentary research and the documents that made up the corpus of the work were the Final Conference Reports from 1991 to 2015. The results show that the Conferences presented proposals that were inserted in the Mental Health Agenda, but the repetitions The guidelines, especially those related to Psychiatric Reform, signaled barriers to the transformation from a hospital-based model to a territorial-based one. The Conferences were able to act as a space for discussion of priorities, however they presented losses in exercising their deliberative role.

Keywords

Health conferences. Health policy. Mental health

Introdução

As lutas advindas dos variados movimentos sociais em prol da saúde como um direito da população brasileira e a necessidade de sua reformulação, tema adotado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, contribuiu de forma significativa para a criação da Lei nº. 8142/90. A partir da instituição desta Lei, a participação da sociedade na gestão da saúde foi modificada e ampliada, contando com as conferências e conselhos de saúde como suas instâncias de participação (BRASIL, 1990).

O estabelecimento dessas instâncias de participação da sociedade na gestão das políticas públicas é um ganho democrático, baseado na história brasileira que precedeu o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, muito trabalho ainda tem que ser realizado, visto que são encontrados vários entraves para a participação da sociedade nesses espaços. Stotz (2006) identificou em seu estudo que os conselhos e as conferências não têm sido espaços populares, nem locais de debates e discussões que abordam as situações locais de saúde. Fato preocupante, pois são nesses espaços que deveriam ocorrer as discussões e deliberações em torno da área.

No estado do Paraná a saúde mental conta com as conferências, os conselhos de saúde e uma comissão específica como mecanismos de participação da sociedade na elaboração, acompanhamento e execução de sua política. O Paraná foi um dos estados precursores do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil ao promulgar a Lei Estadual de nº. 11.189/95 (Lei de Reforma Psiquiátrica do Paraná), elaborar uma Política de Saúde Mental, constituir uma Comissão Estadual de Saúde Mental, dentre outras ações que ganharam destaque na defesa de sua política (WADI, 2009).

Este estudo buscou descrever as contribuições das Conferências Estaduais de Saúde do Paraná na construção da Política Estadual de Saúde Mental (PESM).

Metodologia

Este estudo teve como cenário as Conferências Estaduais de Saúde do Paraná (CESa- PR). O estudo realizou a análise dos Relatórios Finais (RF) das CESa-PR. Os RF das Conferências foram escolhidos por serem documentos técnicos que apresentam (ou deveriam) as deliberações, no formato de diretrizes,

provenientes das Conferências de Saúde, e por ter como incumbência subsidiar a gestão e favorecer o acompanhamento da situação de saúde por parte da população, podendo ter seus assuntos inseridos na Agenda da Política de Saúde (GUIZARDI et al., 2004). Assim, foram considerados documentos fundamentais para obtermos o recorte das propostas provenientes das Conferências.

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa e enfoque descritivo. A pesquisa documental foi selecionada por proporcionar a análise dos documentos técnicos, no caso os RF das Conferências, possibilitando a identificação das propostas relacionadas à saúde mental, tendo por finalidade identificar os temas mais evocados nos RF e investigar se esses temas foram inseridos ou não na Agenda da PESM do Paraná.

A escolha pela abordagem qualitativa deve-se ao fato desta ter como objeto de pesquisa o espaço da produção humana que produz uma realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2002). E o enfoque descritivo justifica-se pela necessidade de retratar as características e o contexto histórico que embasaram as propostas selecionadas (GIL, 2008). Assim, transformando dados soltos em resultados com construção política e histórica.

Para coletar os relatórios finais das CESa- PR foi necessário: 1º- acessar o site da Secretaria Estadual de Saúde do estado: <http://www.saude.pr.gov.br/>; 2º- procurar no lado esquerdo da página o ícone do “Conselho Estadual de Saúde” e clicar; 3º- no site do Conselho Estadual de Saúde do Paraná procurar no lado esquerdo da página o tópico “Conferências Estaduais de Saúde” e clicar. A Figura 14 apresenta a sistematização das etapas da coleta dos RF das CESa- PR.

Figura 14- PERCURSO DA COLETA DOS RF DAS CESa-PR

1º Passo



2º Passo



3º Passo



4º Passo



FONTE: Elaborada pela autora (2019).

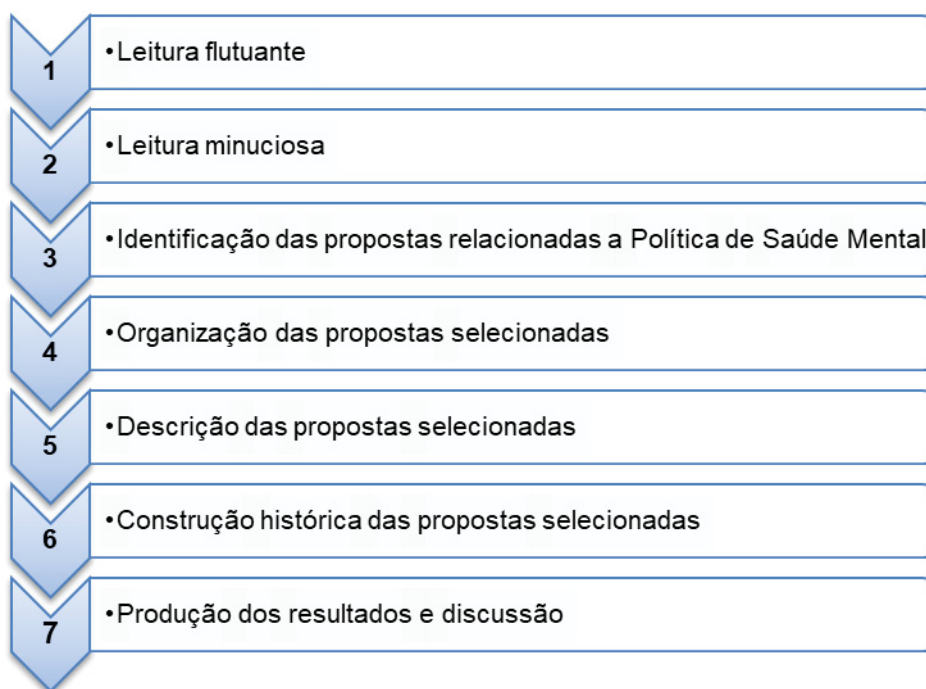
A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2019. Os RF das CESa- PR foram coletados todos, desde da I a XI conferência. A coleta dos dados ocorreu por meio virtual, com acesso aos sites já apresentados. Ao finalizar a coleta dos RF foi realizada a organização dos documentos em uma pasta nomeada por: RF das CESa-PR.

Após a organização do material coletado ocorreu a análise dos dados. Para interpretar o conteúdo dos RF foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, análise de significados que ocupa-se de uma descrição objetiva e

sistemática do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação (BARDIN, 2002).

O percurso metodológico para a análise dos relatórios configurou-se da seguinte forma: 1ª etapa- consistiu em realizar a leitura flutuante de todos os relatórios; 2ª etapa- leitura minuciosa de todas as propostas, relacionadas ou não a Política de Saúde Mental; 3ª etapa- identificação das propostas que apresentaram termos relacionados à PNSM- termos que contemplaram equipamentos de saúde mental, financiamento, fiscalização, controle social na saúde mental, serviços de saúde mental, educação permanente em saúde mental dos profissionais, campanhas de saúde mental; 4ª etapa- organização das propostas selecionadas por ano e Conferência; 5ª etapa- descrição das propostas selecionadas; 6ª etapa- construção histórica das propostas selecionadas; 7ª etapa- produção dos resultados e da discussão. A Figura 15 expõe a esquematização do percurso metodológico do estudo.

Figura 15- ESQUEMATIZAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO PARA ANÁLISE DOS RF



FONTE: Elaborada pela autora (2019).

Resultados e Discussão

As Conferências de Saúde do Paraná

A I Conferência Estadual de Saúde do Paraná (CESa-PR) foi realizada em 1991, na cidade de Curitiba, e seus temas foram: 1- Saúde, Governo e Sociedade; 2- Implantação do SUS e 3- Controle Social. Até os dias atuais foram realizadas XII CESa-PR. As Conferências eram realizadas no intervalo de dois anos até o ano de 2011, com o Decreto nº 4.476 de 24 de março de 2009 ocorreu a alteração deste intervalo para quatro anos.

A última CESa-PR realizada foi a XII que ocorreu em junho de 2019 e teve como tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito- Consolidação e Financiamento do SUS”. O último Relatório Final disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná foi o da XI CESa-PR, que contou com a participação de 1.216 delegados representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores, prestadores e gestores de saúde, além de 120 observadores e 46 convidados, apresentando como tema central “Saúde Pública de Qualidade para os Paranaenses”.

Além de fornecer dados sobre os participantes das Conferências, os RF apresentam as diretrizes aprovadas pelos representantes da sociedade ali presentes, ou seja, os representantes elencam as prioridades advindas de Conferências Locais, Distritais e Municipais e apresentam nas Conferências Estaduais, visando a construção da Política de Saúde. São os RF que enunciam o caminho que a política de saúde deve trilhar, apontam a situação a ser alcançada no futuro e colaboram na construção de uma agenda política.

O estabelecimento de uma agenda é o primeiro elemento do processo pré-decisório das políticas, precedendo a implantação das políticas. A agenda é definida por meio do conjunto de alternativas disponíveis para as ações de governo. O processo de especificação ou escolha de alternativas a serem consideradas é a etapa que tem a função de restringir o leque de alternativas apresentadas inicialmente no sentido de solucionar um problema específico, definido na agenda (Kingdon, 1995).

O termo agenda, na concepção desse autor, representa a lista de temas ou problemas considerados relevantes pelos diversos atores sociais que participam dos espaços de controle social- conferências, conselhos e comissões de saúde. Assim, o

processo de estabelecimento de uma agenda tem a função de afunilar ou selecionar temas que virão a se tornar foco de atenção do governo.

A Pauta da Saúde Mental nas Conferências

A quantidade de propostas relacionadas à saúde mental apresentadas desde a I CESa-PR até a XI CESa- PR foi ao todo 124, número bem maior quando comparado ao total de propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde (CNSa), 39 propostas.

A Agenda da Saúde Mental no período de 1991 a 1999- realização da I a IV CESa- PR- foi formada por prioridades atreladas à necessidade da criação de equipamentos extra hospitalares, tais como os centros de atenção à saúde mental, centros de convivência, núcleos de apoio psicossocial e centros de atenção psicossocial. Também necessitavam de ações que atendessem o público infanto-juvenil e projetos como o de redução de danos. A implantação da Reforma Psiquiátrica e o cumprimento da Lei nº 11.189 de 1995 também fizeram parte da lista de prioridades da sociedade paranaense.

O Paraná foi um dos estados vanguardistas do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, ao promulgar a Lei Estadual nº.11.189, em 9 de novembro de 1995, proposta pelo então deputado estadual Florisvaldo Fier (do Partido dos Trabalhadores) – conhecido por Doutor Rosinha. Esta Lei dispôs “sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais”. Nesta Lei consta que o novo modelo em saúde mental consistirá na gradativa substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como: ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais- dia, hospitais- noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial (CAPS), centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (WADI, 2009)

No recorte cronológico entre a V e IX CESa-PR (2001 a 2009) algumas dessas propostas lançadas trabalharam basicamente com os mesmos pressupostos das anteriores, porém com um nível mais detalhado e avançado: investimento em ações extra- hospitalares, inserção de equipes multiprofissionais na prestação de

atendimento em saúde mental, ações de desmistificação da saúde mental, formação de equipes matriciais de saúde mental e implantação de CAPS AD. Outras propostas tiveram destaque pela inserção de assuntos na agenda, como: estimulação da participação dos usuários e familiares no controle social, articulação da saúde mental com o sistema prisional e prática de fortalecimento para geração de renda.

As propostas lançadas a partir da X CESa-PR (2011) já começam a ganhar um novo desenho, voltadas não mais para a criação e inserção da Política de Saúde Mental e sim para a sua reorganização e aprimoramento. Teve espaço também para a saúde mental do trabalhador, a implementação da Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, expansão dos CAPS, educação permanente dos profissionais e para o autismo.

Observa-se que a quantidade e a especificidade das propostas direcionadas para a Política Estadual de Saúde Mental do Paraná aumentaram na medida em que a saúde mental foi considerada uma prioridade política na agenda federal e na estadual. No início as propostas buscavam a criação e implementação de uma nova Política de Saúde Mental. A partir do ano 2000 já buscava não mais a implantação da Política de Saúde Mental e sim sua organização. E por fim, a partir de 2011 lutava para a implementação de uma política voltada especificamente para os usuários de álcool e outras drogas.

Analisando os temas mais presentes no decorrer das conferências, percebe-se que a atenção estava voltada para a construção da Política de Saúde Mental no Paraná, defendendo a bandeira da inserção da RAPS e a importância de seu aprimoramento como ponto fundamental para a melhora nos serviços de saúde mental. Vale destacar, a preocupação sobre o atendimento de saúde mental desde atenção básica até os serviços especializados, como os CAPS e os ambulatórios de saúde mental.

Como conquista, o Paraná conta com uma Rede de Atenção à Saúde Mental. Em 2011, com a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; a atenção psicossocial passou a ser “uma rede indispensável nas regiões de saúde”. Para sua operacionalização, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Portaria GM/MS nº

3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para a efetivação da Política Estadual de Saúde Mental, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) redefiniu as diretrizes e estratégias por meio de um processo de Planejamento Estratégico, considerando a realidade do Estado e procurando abranger o que a Política Nacional não contempla (PARANÁ, 2014).

A Rede de Atenção à Saúde Mental do Paraná tem como objetivo promover o cuidado integral às pessoas com sofrimento, transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de drogas em todo o estado. Tanto os usuários quanto seus familiares podem encontrar apoio nos diversos pontos de atenção da rede, como as Unidades de Saúde, os CAPS, Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Integrados de Saúde Mental (SIMPR), entre outros equipamentos (PARANÁ, 2014).

Devido à transversalidade e complexidade do campo da saúde mental, foram incorporados aos pontos de atenção serviços para além da área da saúde, mas que são importantes para promover o cuidado integral dos usuários. Os pontos de atenção são divididos em dois eixos: atenção primária e secundária. Os pontos de cuidado na Atenção Primária são: domicílio, grupo de ajuda mútua, consultório na rua (CR), unidade de atenção primária, núcleo de apoio à saúde da família, academia da saúde, escola, centro de referência de assistência social (CRAS), associações, ONGs, centros de convivência, espaços religiosos. E os pontos de cuidado na Atenção Secundária se constituem em: centro de atenção psicossocial (CAPS), centro de referência especializada de assistência social (CREAS), unidade de acolhimento/ serviço de atenção em regime residencial, centro de especialidades, hospital geral, hospital especializado em psiquiatria, pronto atendimento, serviço residencial terapêutico (SRT) e SIMPR (PARANÁ, 2014).

Apesar dos avanços na Política de Saúde Mental do Paraná, é preocupante a repetição de demandas no decorrer das conferências, entre elas: a substituição do modelo hospitalocêntrico pela RAPS; na implantação da Política Estadual de Saúde Mental; a necessidade da implantação e ampliação de ações direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas; implantação de CAPS; a importância da participação da sociedade no desenvolvimento da Política Estadual de Saúde Mental.

Este cenário pode indicar que alguns pontos levaram um período de tempo grande para sua execução ou não foram garantidos após processo de proposição e deliberação. Côrtes (2010) identificou que as decisões tomadas nas conferências não são transformadas em ações pelos gestores, realidade a qual contribui para o aumento de obstáculos que o controle social necessita enfrentar. Estudos indicam que há um distanciamento entre as dinâmicas sociais participativas e o espaço de tomada de decisão das políticas e da gestão pública (GOHN, 2003; CACCIA BAVA, 2005; CÔRTEZ, 2009). Configurando as conferências como espaço mais de escuta da população do que um espaço deliberativo.

Considerações finais

As Conferências conseguiram atuar como espaço de discussão das prioridades, entretanto apresentaram prejuízos em exercer seu papel deliberativo. A Política Estadual de Saúde Mental obteve ganhos no decorrer do tempo, como a Rede de Atenção à Saúde Mental, produto da inserção das prioridades apresentadas nas CESa- PR na Agenda política. Entretanto apresentou dificuldade em executar algumas propostas, ocasionando a repetição de propostas durante duas ou mais conferências. Apesar dos entraves encontrados nas CESa- PR, essas instâncias contribuíram na construção da Política Estadual de Saúde Mental. Cabe a nós, sociedade como um todo, participar e preencher os espaços participativos como as conferências, conselhos, comissões e fóruns de saúde para acompanhar, contribuir e avaliar o andamento das políticas públicas.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8142 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. 1990b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>, Acesso em 20 de out.de 2017.

CACCIA BAVA, S. Democracia e participação. In: TEIXEIRA, A. C. C. (Org.). *Os sentidos da democracia e da participação*. São Paulo: Instituto Pólis, 2005. p. 33-40.

CÔRTEZ, S. V. et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CÔRTEZ, S. V., org. *Participação e Saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 41- 71.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, M. G. M. *Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais*. Petrópolis: Vozes, 2003.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; SANTANA, A. D.; MATTA, G.; GOMES, M. C. P. A. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 15-39, 2004.

KINGDOM, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Longman, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994.

PARANÁ. Secretaria Estadual da Saúde. A Rede de Atenção à Saúde Mental. Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3026>>, Acesso em 15 de fev. de 2018.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 149-160, 2006.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no estado do Paraná. *Tempo e Argumento*, v.1, n. 1, p. 68-98, 2009.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Conferências serviram como espaços de discussão para construção da Agenda de Saúde Mental, porém essa construção realizou-se em passos lentos, necessitando o maior exercício do controle social por parte dos atores sociais atuantes na Política de Saúde Mental. Cabe destacar que as Conferências Temáticas apresentaram maior poder de articulação política que as Conferências Nacionais de Saúde.

Em relação ao Conselho Nacional de Saúde infere-se que as pautas apresentadas em suas reuniões não favoreceram a construção de uma Agenda para a Política de Saúde Mental, pois a maioria das discussões permaneceu em torno de aspectos formais para a realização das Conferências temáticas de saúde mental, deixando de lado a apresentação de discussões de cunho político. Os atores sociais que mais apresentaram poder de voz foram os prestadores de serviços.

Diante dos resultados aqui apontados espera-se contribuir como canal de facilitação de diagnóstico situacional, para então construir em conjunto a formulação de estratégias para o fortalecimento do controle social na saúde mental.

6.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Analisar documentos derivados das Conferências de Saúde, além dos relatórios finais, como documento orientador, dinâmica da composição das conferências, relatório consolidado entre outros. Também vale destacar a necessidade do aprofundamento sobre estudos que busquem compreender o motivo de alguns segmentos possuírem maior poder de voz que outros.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P., coordenadores. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, jan./jun. 2012.

AMARANTE, P.; NUNES, M. D. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, mar. 2018.

ANDRADE, G. R. B. D.; VAITSMAN, J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Pirai, RJ (2006). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, 2013.

ARANTES, C. I. S. et al. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O Controle Social e a Democratização da Informação: Um processo em construção. *Rev. Latino-americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003.

AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. *A inovação democrática no Brasil: o orçamento participativo*. São Paulo: Cortez, 2003.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 50, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORGES C. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, Fev. 2008.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 23, n. 6, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Lei nº. 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 União*, 31 dez. 1990.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para os CAPS, NAPS e Hospitais- dia. *Diário Oficial da União*, 29 jan. 1992;

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 093, de 02 de dezembro de 1993. Institui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. *Diário Oficial da União*, 02 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde: SUS- Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Portaria GM/MS/ nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*, 11 fev. 2000;

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 06 abr. 2001.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define as características das modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, ad II e i II). *Diário Oficial da União*, 19 fev. 2002.

BRASIL. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS- Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.708, 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, 31 jul. 2003.

BRASIL. Resolução nº 333, 4 de novembro de 2003. Aprovar as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 4 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde: Saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida- Políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº. 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 (SUS). *Diário Oficial da União*, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Diário Oficial da União*, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, 26 de jan. 2012.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*, 25 de jan. 2012.

BRASIL. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, 26 de jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIV Conferência Nacional de Saúde: Todos usam SUS! SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XV Conferência Nacional de Saúde: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. de 2005. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

BRASIL. Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018. Aprova o regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso594.pdf>>, Acesso em: 10 de novembro de 2018.

BRASIL. Site do Conselho Nacional de Saúde. XVI Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/16cns/perguntas_e_respostas.html>. acesso em: 20 mar. 2019.

BRISCHILIARI, A, et al. Dificuldades encontradas no atendimento à pessoa com transtorno mental. 2011. Anais Eletrônico VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar CESUMAR – Centro Universitário de Maringá Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil.

CACCIA BAVA, S. Democracia e participação. In: TEIXEIRA, A. C. C. (Org.). *Os sentidos da democracia e da participação*. São Paulo: Instituto Pólis, 2005. p. 33-40.
COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.8, n.1, 2003.

CÔRTEZ, S. V. et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CÔRTEZ, S. V., org. *Participação e Saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. D. M.; RODRIGUES, J. F. D. C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. D. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011.

CRISTO, S. C. A. D. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serviço social & sociedade*, São Paulo, n. 109, 2012.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, 2012.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

ESCOREL, M. R. A participação Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012. p. 853-884.

ESCOREL, S. Reconhecer e superar os limites da participação institucionalizada. Muitas vozes, pouco diálogo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, out. 2015.

FUKS, M. Definição de agenda, debate público e problemas sociais: uma perspectiva argumentativa da dinâmica do conflito social. *Revista BIB*, Rio de Janeiro, v.49, n. 1, 2000.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, M. G. M. *Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais*. Petrópolis: Vozes, 2003

GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v. 1, n. 1, 2009.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; SANTANA, A. D.; MATTA, G.; GOMES, M. C. P. A. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, mai. 2004.

HABERMAS, J. *Três modelos normativos de democracia*. São Paulo: Lua Nova, 1995.

JORGE, M. S.; VENTURA, C. A. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. *Textos contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 2012.

KEZH, N. H. P.; BÓGUS, C. M.; MARTINS, C. L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, 2016.

KLEBA, M. E. *et al.* O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciênc. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2010.

KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Longman, 2011.

LANDERDHAL, M. C. *et al.* Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciênc. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Jun. 2011.

LUCHESE, P.T. R. *Políticas públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MITTELBACH, J. C. D. S.; PERNA, P. D. O. A percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nos conselhos de saúde enquanto segmento dos trabalhadores de saúde. *Cogitare enferm*, Curitiba, v. 19, n. 2, 2014.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MULLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, jan. 2014.

OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciências & saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009.

PARANÁ. Secretaria Estadual da Saúde. A Rede de Atenção à Saúde Mental. Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3026>>, Acesso em 15 de fev. de 2018.

REBOLI, K. G.; KRUGER, T. R. *Participação e Saúde Mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental*. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, Florianópolis, 2013.

REIS, E. P. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, fev. 2003.

REZENDE, R. B. D.; MOREIRA, M. R. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. *Ciênc. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2016.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. D. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. D. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, 2013.

SANTOS, M. R. C. *et al.* Estrutura da representação social dos usuários do sistema único de saúde sobre conferência municipal de saúde. *Rev. baiana saúde pública*, v. 36, n. 1, 2012.

SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde soc* [online], São Paulo, vol.24, n.4, 2015.

SILVA, F. C. DA C. Controle social: reformando a administração para a sociedade. *Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 9, n. 24, 4 out. 2006.

SILVA, A. X. DA; 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, 2007.

SMITH, G. *Democratic innovations: designing institutions for citizen participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

SOUZA, J. C. *Avaliação da implementação da política ParticipaSUS com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde*. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, 2006.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. (Org.). *Democracia e Participação: os conselhos gestores do Paraná*. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, n. 25, 2005.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, jan.- abr. 2002.

TOFANI, L. F. N.; CARPINTERO, M. C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, out. 2012.

UGARTE, P. S. Que participação para qual Democracia. In: COELHO, V. S. P. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.

VASCONCELOS, E. M. *Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez; 2000.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v.1, n.1, 2009.

WENDHAUSEN, A; CARDOSO, S. M. Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 5, set/out 2007.

ANEXO 1- COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

ANEXO 2- COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2



1 de 547 < > ⚙

[SD] Agradecimento pela submissão > Caixa de entrada x**Mariana Chastinet via Saúde em Debate** <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>
para eu ▾

seg, 2 de set 16:59 (há 12 horas) ☆ ↶ ⋮

Richelliany Julião dos Santos Cardoso,

Agradecemos a submissão do trabalho "Conselho nacional de saúde e a sua atuação no fortalecimento da política de saúde mental: Conselho nacional de saúde e a política de saúde mental" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/3095>

Login: richelliany18

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

revista@saudeemdebate.org.br