

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

BRENDA PASSOS HLADKYI

**A SAÚDE MENTAL EM PAUTA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PINHAIS-PR**

CURITIBA

2023

BRENDA PASSOS HLADKYI

**A SAÚDE MENTAL EM PAUTA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PINHAIS-PR**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Prof. Orientador: Rafael Gomes Ditterich

**CURITIBA
2023**

RESUMO

O campo da saúde mental no Brasil tem como antecedentes históricos os movimentos políticos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A atenção psicossocial é um modelo conceitual e prático que propõe uma abordagem em contraposição ao paradigma biomédico-psiquiátrico, definido pela reivindicação por novas formas de convívio social e subjetivação para pessoas em sofrimento psíquico. É, portanto, atravessada pelo caráter político da busca por cidadania e da criação constante de espaços que sustentem um lugar social inédito para pessoas em sofrimento psíquico. A atenção psicossocial é organizada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços nos três níveis de atenção, além de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Um dos eixos que sustentam o SUS desde sua concepção é a importância reservada à participação social, que pode ser efetivada por meio de instâncias colegiadas de controle social, os Conselhos e Conferências de Saúde referentes a cada esfera de governo. Por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde os usuários, trabalhadores e gestores podem delinear propostas, fiscalizar e participar da gestão das Políticas Públicas de Saúde. Em se tratando de Saúde Mental, podemos considerar a participação no Controle Social profícua não apenas para o avanço da Política Nacional de Saúde Mental, mas também como forma de promoção de *empowerment* para os usuários dos serviços. A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender quais as discussões ocorridas no Conselho Municipal de Saúde de Pinhais – Paraná (CMS) no intervalo entre janeiro de 2020 e janeiro de 2022 acerca da Saúde Mental. Os objetivos específicos foram categorizar e avaliar os temas debatidos no CMS e identificar nas discussões como a pauta da Saúde Mental avançou durante o período da pandemia de COVID-19. A pesquisa realizada foi do tipo documental, caracterizada como quantitativa e qualitativa, e seu objeto de estudo foram as atas do CMS. Após a análise das atas os conteúdos encontrados foram sintetizados e organizados e utilizou-se da Análise de Conteúdo para interpretação dos resultados. Os dados obtidos denotaram que as discussões ocorridas no CMS sobre a temática da Saúde Mental foram escassas, havendo apenas quatro tópicos debatidos dentro do tema nos dois anos. Desses tópicos, três se referiram ao componente Atenção Especializada da RAPS, e um deles à um projeto voltado aos servidores municipais. Foi constatada a baixa adesão dos usuários da rede municipal de modo geral, que as pautas sobre Saúde Mental vieram enquanto informes dos representantes da Gestão. Foi caracterizado que o espaço do CMS não tem sido profícuo na promoção de *empowerment* dos usuários da SM. Foram elencadas sugestões por parte de estudiosos da área para que haja maior participação dos usuários, como por meio de maior resolutividade e responsabilização dos conselheiros pelas deliberações, maior divulgação sobre as instâncias colegiadas, assim como ações com finalidade de promover o acesso da população como por meio de incentivo financeiro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	12
3.2 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL	16
3.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHAIS	17
4 METODOLOGIA	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 O OLHAR DO CMS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DA RAPS NO MUNICÍPIO	22
5.2 A (FALTA DE) PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CMS	25
5.3 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL EM PAUTA NO CMS	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi elaborada tendo como alicerce a prática enquanto Residente do Programa Multiprofissional de Residência em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná, cujo cenário de prática foram os serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município de Pinhais-PR. Partindo das demandas concretas da RAPS municipal, constatou-se a necessidade de maior exploração de certos pontos críticos, que nesse presente momento demandam recursos ainda não disponíveis. Para a viabilização de formas de atender tais questões, investigações por meio da pesquisa científica são algumas das possibilidades mais reconhecidas como dotadas de capacidade de embasar em uma prática transformadora da realidade.

Entendendo a saúde enquanto processo complexo, produzido a nível cultural, socioeconômico e também subjetivo, atravessado por uma série de percalços, contradições e possibilidades, certos autores buscam entender como tais elementos são articulados na história de vida de cada sujeito. Tal perspectiva abarca os serviços do Sistema Único de Saúde, que em sua condição de instrumento para garantia do direito constitucional à saúde também é constituído por uma série de dimensões. É um campo de trabalho que suscita a emergência de constantes inovações técnicas, relacionais, gerenciais e administrativas para atender as necessidades da população de um país de proporções continentais, que passa por um momento histórico de retrocessos e perdas traduzidas em inúmeras dificuldades e deficiências (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

A intensificação do sofrimento psíquico a nível subjetivo vivenciado é traduzido a nível epidemiológico nos índices em crescente exponencial de brasileiros acometidos por agravos de saúde mental. Um recorte fundamental a ser levado em consideração nesse momento de tentativa de enfrentamento da condição de saúde mental da população são aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, que vão desde populações indígenas e negras, moradores de favelas, idosos, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as discussões sobre o tema da Saúde Mental durante a pandemia de COVID-19 levantadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Pinhais-PR, por meio das atas das reuniões do período entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Categorizar e avaliar os temas debatidos no Conselho Municipal de Saúde de Pinhais-PR

2.2.2 Identificar nas discussões como a pauta da Saúde Mental avançou durante o período da pandemia de COVID-19

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Brasil, a questão da saúde e a organização do setor saúde passaram por transformações determinadas pelos momentos históricos e condições político-econômicas vigentes. A crise que culminou na construção do Sistema Único de Saúde tal como o conhecemos não se resumiu a um conflito entre modelos sanitários, e sim de um momento de profunda ebulição social frente ao regime autoritário, de forma que a luta por mudanças nas políticas de saúde é indissociável da luta por democracia, liberdades civis e diminuição das desigualdades sociais (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciado nos anos 70, pautou-se na compreensão de que a saúde e a doença não se resumem à dimensão biológica, e sim, que são determinadas histórica e socialmente tal como demais processos de reprodução social. Intervir no processo saúde-doença presume conhecer as condições de vida de determinado grupo para então transformá-las (PAIM, 1997)

Para que seja garantido o direito à saúde é necessário alterar a organização socioeconômica que determina as condições de vida de um grupo, e por isso a RSB situa as políticas de saúde como eixo orientador das demais políticas sociais, em articulação com as políticas econômicas. Reconheceu-se que sim, o setor saúde demandava mudanças profundas, mas que para uma melhora nas condições de vida e de saúde da população seria preciso promover reconfigurações nos demais setores, na sociedade e suas instituições, e até mesmo no Estado (PAIM, 1986; 1997).

A perspectiva da coexistência do corpo biológico com o corpo produtivo, socialmente investido, permitiu que fossem articuladas a dimensão subjetiva, da experiência do sofrimento e das necessidades de vida singulares, com a dimensão pública do sujeito enquanto cidadão, dotado de direitos e deveres perante o Estado, capaz também de intervenção material nas lutas sociais que dizem respeito a ambas dimensões (FLEURY, 1997).

“Assumindo o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador.” (FLEURY, 1997, p. 28)

Os esforços dos atores sociais da RSB em busca das necessárias transformações na saúde convergiram na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesse evento histórico foram consolidados os pilares do que é concretizado na Constituição Federal de 1988 e nos posteriores dispositivos legais acerca da saúde no país (PAIM, 2009).

O direito à saúde é então um direito da cidadania, cuja garantia cabe ao Estado. Por meio da transformação do aparelho institucional e das normas legais que objetivavam a manutenção da saúde dos cidadãos, a RSB promoveu um deslocamento do poder político para camadas sociais, materializado na garantia da saúde enquanto direito universal e na criação de um sistema capaz de responder por tal garantia. Pode-se considerar que mais do que uma reforma no setor da saúde, a RSB possibilitou uma nova configuração da relação Estado-sociedade (FLEURY, 1997).

Por meio dos esforços conjuntos destes atores, a Constituição de 1988 institui a obrigação do poder público em garantir o acesso universal e igualitário à saúde, uma conquista social e política sem precedentes. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) operacionaliza o que vem a se tornar o SUS, sendo iniciada sua implementação no ano de 1990 (PAIM, 2009; PAIM et al., 2015).

Em suma, o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos na área da saúde, organizados com base nos princípios da descentralização, participação da comunidade e integralidade, que compõem uma rede hierarquizada e regionalizada (PAIM, 2009). O SUS representa um compromisso do Estado com os cidadãos, sendo a política de maior inclusão social instituída no país (BRASIL, 2007b). Com a criação do sistema surge

“a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação do povo brasileiro, fortalecendo a cidadania quando afirma ser saúde direito de todos e dever do Estado.”
(BRASIL, 2007b, p. 14)

Uma das características que norteiam o projeto e concretização do SUS é a descentralização, acordo federativo que permitiu que os municípios tivessem maior autonomia, ao mesmo tempo que mais recursos e controles a nível federal foram instalados (PAIM et al, 2015). Por conseguinte, o papel dos estados e municípios no processo decisório e de gestão foi realocado, colocando-os em primeiro plano e democratizando o poder local (BRASIL, 2013).

A participação da comunidade nas políticas públicas criadas a partir da Constituição de 1988 inaugura a possibilidade do exercício da cidadania e da democracia no cotidiano da execução de tais políticas. A criação de novas instâncias participativas é elaborada com base em mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa, sendo o papel dos espaços criados principalmente de promoção de autonomia por parte dos cidadãos (COSTA e VIEIRA, 2013).

O termo controle social é dotado de sentidos opostos em diferentes contextos. Para alguns autores, refere-se ao controle do estado sobre a sociedade ou os métodos e instituições utilizados pelo mesmo para alcançar tal controle (CORREIA, 2000). No Brasil que avançava em busca de democratização, o controle social passou a ter como significado a totalidade entre o processo e as ferramentas que a sociedade dispõe para influenciar o Estado. A noção utilizada nesta pesquisa remete à última concepção, dizendo acerca de uma relação entre o estado e sociedade com envolvimento da sociedade civil na gestão pública e fiscalização da execução das políticas públicas (CARVALHO, 1997; CORREIA, 2000).

Considerado que seria interessante para o Estado o reconhecimento da pluralidade de interesses sociais e das diversas formas de representação, as políticas públicas seriam produto do processo de disputa e pactuação entre grupos dentro do próprio Estado. Dessa forma, foram incorporadas ao arcabouço jurídico institucional estruturas através das quais a sociedade pudesse se representar diretamente (CARVALHO, 1997).

A democracia participativa enfatiza a capacidade dos sujeitos e das coletividades de se organizarem diante de seus interesses, discordâncias e consensos, e terem influência constitutiva no Estado. Assim, os representantes são capazes de levar ao interior dos fóruns dos quais fazem parte expressões acerca de seus contextos socioculturais e econômicos, de suas condições de vida, daquilo que há em comum com demais grupos e do que lhes é particular (COSTA e VIEIRA, 2013).

Com a instituição dos mecanismos de controle social são postas responsabilidades para as partes envolvidas: ao Estado cabe aceitar as demandas dos grupos sociais como legítimas, além de tentar articular suas políticas em função dessas demandas. À sociedade, cabe o esforço para elaborar demandas e organizá-las sob forma de pautas, levar tais propostas e entender a capacidade de acolhimento das mesmas pelo Estado (CARVALHO, 1997).

Costa e Vieira (2013) postulam que a participação social na saúde é um dos alicerces da RSB, vinculada ao ideal da democratização e compreendida como necessária no processo de produção de saúde. No modelo participativo do SUS, o papel dos cidadãos é crucial para o constante aprimoramento do sistema, seja na identificação de problemas, proposição de soluções, fiscalização e avaliação dos serviços e ações de saúde (PAIM, 2009).

A lei n. 8.142/90 complementa a LOAS ao dispor especificamente da participação social e do financiamento do SUS, regulando as transferências nas três esferas de governo por meio do Fundo Nacional de Saúde e criando condições para os repasses nas respectivas instâncias (PAIM, 2009).

São instituídas duas instâncias colegiadas com o objetivo de garantir a participação da comunidade na gestão do SUS em cada esfera de governo, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. As Conferências têm caráter propositivo, são espaços que ocorrem a cada quatro anos e nos quais são enumeradas diretrizes para a formulação de políticas de saúde nas respectivas esferas de governo. Também são avaliadas a situação de saúde e a implementação das políticas e diretrizes previamente elaboradas. (BRASIL, 1990, 2007).

Os Conselhos de Saúde são instâncias deliberativas, têm como atribuições essenciais a atuação no controle social da execução das políticas de saúde e na elaboração de estratégias para que tais políticas sejam operacionalizadas. São espaços de negociações entre os diferentes segmentos com seus interesses específicos, assim como de reivindicação de maior clareza com os gestores em suas esferas de atuação (BRASIL, 2007; PAIM, 2009).

A composição dos Conselhos de Saúde e Conferências têm paridade entre os usuários do SUS e representantes dos demais segmentos, que podem ser representantes do governo, prestadores de saúde e profissionais da saúde. O controle social se dá no âmbito da execução da política, incluindo aspectos econômicos e financeiros, sendo as decisões tomadas homologadas pelo chefe do poder referente à instância de governo. Cabe a cada Conselho e Conferência definir por meio de regimento próprio suas normas de funcionamento e organização (BRASIL, 1990).

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é uma unidade orçamentária, cuja função é gerir os recursos designado a serviços e ações públicas na saúde em âmbito federal. Cada fundo é gerido pelo ente federativo ao qual se refere, em

funcionamento de administração e gestão direta (BRASIL, 2013). Na lei nº 8.142/90 postula que os repasses automáticos e regulares para cobertura de ações e serviços nos municípios, estados e no Distrito Federal só serão realizados mediante a presença de alguns critérios. De acordo com o art. 4º, é necessário que sejam instituídos o Fundo de Saúde, o Conselho de Saúde, contrapartida de recursos para a saúde no orçamento do ente, comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários, e os instrumentos de gestão Plano de Saúde e Relatórios de Gestão. Na ausência de cumprimento destes requisitos, cabe aos Estados ou à União administrar os recursos (BRASIL, 1999).

Carvalho (1997) afirma que os Conselhos de Saúde são arranjos institucionais que criam a possibilidade de articulação política acerca de questões que anteriormente não seriam contempladas. Tratam-se de espaços que facilitam a divulgação da ação estatal, demarcando os temas de interesse público na agenda setorial, assim como atuam na demarcação de um território para “exercício ampliado da cidadania” (CARVALHO, 1997, p. 100).

O que se busca com o estabelecimento da participação social por meio da Lei n. 8.142/90 é a inserção de uma dinâmica inédita de democratização da esfera pública dentro do aparato do Estado, viabilizando mais e maiores atravessamentos da sociedade dentro do mesmo. À medida que tanto sociedade quanto Estado tem o condão de atuar nas políticas e nas decisões referentes à gestão, é sedimentada uma corresponsabilidade com o propósito de que o interesse público prevaleça (COSTA e VIEIRA, 2013).

Cabe ressaltar que os mecanismos de controle social não podem agir em descumprimento das prerrogativas do Poder Legislativo. Caso suas funções definidas legalmente sejam extrapoladas, votações sejam em câmaras de vereadores, assembleias legislativas ou mesmo do Congresso Nacional tendem a prevalecer (PAIM, 2009).

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao mesmo passo em que transcorria a RSB, irrompe um outro movimento inerentemente político e social buscando alterar radicalmente a forma vigente pela qual se via o fenômeno do adoecimento, neste caso, especificamente o sofrimento psíquico. Desde sua inauguração, a psiquiatria transitou por uma série de

perspectivas sobre o fenômeno do adoecimento psíquico e do sofrimento humano (AMARANTE, 2007).

Para Garcia e Reis (2018), a crise do paradigma biomédico, nesse contexto, mais especificamente o psiquiátrico, surge quando se constata que o mesmo não consegue oferecer as respostas aos problemas que se apresentam. Pode-se depreender que justamente esse esgotamento de possibilidades foi um dos grandes disparadores para o processo das reformas no campo da saúde mental.

Os hospitais, agora não mais atuando sobre o princípio da assistência social e da filantropia, tornam-se instituições de tratamento médico, tratamento este que toma no alienismo pineliano seu ponto de partida no campo das aflições psíquicas. A loucura agora suscita o imperativo terapêutico da institucionalização, com o internamento em hospital psiquiátrico sendo considerado o melhor recurso disponível para tratamento (AMARANTE, 2007).

Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria propõe um rompimento com a privação de liberdade da sociedade daqueles considerados “loucos”, O tratamento asilar, assim chamado, se faz necessário pois o saber então vigente localiza as causas da alienação mental no meio social. Por conseguinte, o isolamento é uma necessidade e o hospital é o local mais adequado para tal, sendo reduzido ao único espaço de circulação da loucura e dos ditos loucos. A institucionalização hospitalar e a delimitação de um único espaço de pertencimento aos loucos oferece uma série de ganhos, dentre os quais o exercício de controle constante e a possibilidade de vigiar continuamente os internados são os mais expressivos (GARCIA, REIS, 2018).

É inegável que o alienismo tinha como objetivo produzir um enfrentamento ao fenômeno da loucura, sendo o primeiro momento no qual a medicina se debruça sobre tais sujeitos. Contudo, como produto de seu momento histórico e social, suas consequências são nefastas. A disseminação do alienismo e do tratamento por internamento em hospital psiquiátrico acaba por provocar segregação, principalmente no que se refere a populações à margem da sociedade, a práticas desumanas e francamente cruéis. (AMARANTE, 1998, 2007; GARCIA, REIS, 2018).

O crescente descontentamento com tais práticas leva estudiosos e profissionais a buscarem novas elaborações que sustentem práticas terapêuticas inovadoras, que rompam com o modelo asilar. Surgem assim as primeiras “psiquiatrias reformadas”, que tem como intuito provocar mudanças mas ainda utilizando do referencial psiquiátrico centrado na doença. Alternativas ao tratamento

moral mais radicais se desenvolvem em diversos lugares do mundo, objetivando a desconstrução do aparato psiquiátrico desde as dimensões epistemológicas e fenomenológicas (AMARANTE, 1998).

Nasce na Inglaterra, nos anos 50, o movimento que viria a ser denominado Antipsiquiatria, trazendo críticas contundentes ao modelo até então predominante. A violência e opressão às quais as pessoas ditas loucas são submetidas sob o pretexto do tratamento são trazidas à tona, tal como o papel da família e da sociedade na perpetuação dessa violência. Para a Antipsiquiatria “o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade” (AMARANTE, 2007, p. 52).

A característica precursora deste movimento está na ruptura com o marco teórico-conceitual da psiquiatria, propondo um reajuste do foco para as relações estabelecidas entre o sujeito em sofrimento e a sociedade, e não na experiência dita patológica. A antipsiquiatria busca, então, permitir que a experiência do sofrimento seja vivenciada, por ser inerente à condição humana e não um mero indicativo de que há algo a ser curado. Assim, o sintoma traria à tona uma possibilidade inédita de reorganização ao sujeito (AMARANTE, 1998, 2007).

O desdobramento de maior importância para o contexto do campo da saúde coletiva brasileira, é, contudo, a Psiquiatria Democrática, oriunda da experiência de Franco Basaglia de reformar um hospital psiquiátrico numa cidade pequena na Itália. A superação do aparato manicomial é o mote do movimento da reforma italiana, considerando aqui não somente as instituições dos manicômios, mas o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 56).

A experiência italiana inaugura uma ruptura com a psiquiatria clássica ao calibrar o foco para o sujeito em sofrimento, e não mais às concepções inerentemente patologizantes oriundas da lógica biomédica. A totalidade do sujeito enquanto ator social, membro de uma comunidade, inserido em um cenário histórico, atravessado por uma série de relações e dotado de uma vivência subjetiva única é preconizada no lugar de uma doença ou transtorno. É conferida concretude histórico-social ao binômio saúde-doença, alicerçando-os na realidade política dos sujeitos sociais (AMARANTE, 2007, 1998).

O fechamento dos hospitais psiquiátricos era parte dos objetivos em prol dessa reconfiguração paradigmática sobre a loucura, complementar à oferta de outros serviços cuja finalidade não era de coexistir com os equipamentos da psiquiatria clássica, e sim, substituí-los. Amarante (2007) se refere a essa movimentação como colocar “a doença entre parênteses”, e não mais o sujeito, de modo que se abre a possibilidade de se debruçar sobre a experiência do sofrimento, e não sobre uma categoria nosológica abstrata e reducionista. Dessa forma, a instituição a ser desmantelada não é a do hospital psiquiátrico asilar em si, e sim, o conjunto de sentidos, saberes, discursos e práticas que permeavam a sociedade material e simbolicamente de modo a sustentar a manutenção dos manicômios. (AMARANTE, 2007, 1998).

No final dos anos 70, em meio ao cenário da redemocratização nacional, uma série de atores sociais dos mais diversos setores mobilizam sua insatisfação com a lógica perversa da manicomialização e a violência concreta e simbólica infligida sobre os sujeitos em sofrimento. O contato com a experiência italiana produz inspiração, levantando a possibilidade de uma produção inédita quanto ao lugar da loucura na sociedade brasileira. A organização de tais atores sociais se exprime pela criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que toma o lugar de vanguarda ao pautar os direitos das pessoas em sofrimento em âmbito nacional (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005).

Em 1987 transcorrem dois marcos históricos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o II Congresso Nacional do MTSM e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Dois anos depois, o hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em Santos, é alvo de uma intervenção que escancara nacionalmente as realidades às quais as pessoas consideradas loucas eram submetidas. A perplexidade causada por essa denúncia pública dá início ao processo pioneiro de implementação dos Núcleos de Atenção Psicossocial em regime 24 horas, associações, cooperativas e residências para egressos. A rede intersetorial municipal passa a ser um exemplo da possibilidade concreta de concretização de um projeto de mudança (BRASIL, 2005).

Ainda em 1989, as lutas da RPB tomam os campos normativo e legislativo. O deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional um Projeto de Lei cuja proposta é a regulamentação e reafirmação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, concomitante ao progressivo fechamento dos manicômios em território nacional. Nos anos seguintes são aprovadas leis estaduais determinando a

implementação de uma rede de atenção à saúde mental, as políticas do Ministério da Saúde passam a ter maior definição e a Declaração de Caracas é assinada pelo país. São instituídas as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos e para implantação de serviços substitutivos (BRASIL, 2005).

A Lei Federal nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi sancionada em 2001, tornando-se o marco legislativo da RPB. Nela estão elaborados os direitos das pessoas com transtornos mentais e a rede de atenção é redirecionada. A partir desse momento histórico, considera-se que a política nacional de saúde mental, traçada com base na RPB, começa a ser estruturada. O Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para a fiscalização e fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos, concomitante à expansão dos serviços substitutivos de base comunitária, consolidando, de fato, a RPB como política oficial do governo federal (BRASIL, 2005).

O processo de desinstitucionalização é marcado por uma série de normatizações que instituem mecanismos para a diminuição do número de leitos psiquiátricos, como instrumentos avaliativos da qualidade da assistência provida por hospitais psiquiátricos públicos e conveniados. Os usuários egressos de internamento psiquiátrico de longa duração passam a dispor de ferramentas específicas para sua emancipação e reinserção social, como os Serviços Residenciais Terapêuticos e a criação do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2005).

A rede de serviços substitutivos conta com dispositivos estratégicos desde assembleias, espaços comunitários, mobilização dos atores sociais, cooperativas de trabalho, os chamados centros de saúde mental, todos articulados de modo a construir materialmente condições para que o modelo asilar fosse superado. A atuação no território inaugura a possibilidade de que sujeitos em sofrimento mental possam ter um lugar social no qual sejam vistos como cidadãos, respeitados em suas particularidades, que transitem pela cidade tal como os demais, façam trocas sociais e possam produzir novas formas de subjetividade (AMARANTE, 1998, 2007).

Dentre os produtos do complexo processo político-social da RPB, o protagonismo dos usuários é um dos mais importantes. Amarante (1998, p. 121) afirma que

“O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tomar-se, de fato, agente de transformação da realidade,

construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico”

A consolidação da Luta Antimanicomial enquanto paradigma fundante da organização do cuidado em Saúde Mental no SUS não pode ser considerada um capítulo encerrado na história das políticas de saúde nacionais. Pelo contrário, é um movimento que precisa ser constantemente lembrado, reavivado e atualizado. Tais tarefas são fundamentais para que os retrocessos já em curso sejam revertidos e haja ainda mais avanços na agenda de Saúde Mental do SUS (GARCIA, REIS, 2018).

3.2 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL

Há um vínculo imanente entre os temas do controle social e da saúde mental por se tratar de um campo da saúde e, portanto, das políticas públicas de saúde, tal como por ambas terem como norte os processos da RSB e Psiquiátrica Brasileiras, influenciados pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica Italianas (ROBAIMA, 2005). Vasconcelos (2000) propõe que os dispositivos assistenciais e terapêuticos inaugurados com a experiência italiana dão conta da complexidade inerente ao fenômeno do sofrimento psíquico e do campo da saúde mental.

A singularidade do processo de desconstrução da sociedade manicomial e invenção de novas formas de socialização da loucura do entendimento da questão da loucura se dá através de

“um processo de gestão da democracia e do cuidado social para toda a sociedade, e à interpelação de uma constante exigência ética aos profissionais de respeito à singularidade do louco, que funciona também como forma de propor à sociedade confrontar as diversas formas de exclusão subjetiva que realiza em todo o tecido social” (VASCONCELOS, 2000, p. 182).

Um conceito valioso para analisar e elaborar ações em se tratando da interlocução entre a área da saúde mental e os espaços de controle social é a noção de *empowerment*. Com origem no movimento de usuários com demandas de saúde mental na América do Norte e na Europa, foi assumida uma estratégia política e perfil com o propósito de produção de autonomia e de invenção de um novo lugar para os indivíduos em sofrimento na sociedade. A organização dos usuários em associações e grupos permitiu que a eles fosse reservado o protagonismo. A articulação dos mesmos com profissionais e familiares de usuários se pauta no

diálogo, sim, mas sem que o protagonismo deixe de ser centralizado nos usuários-atores políticos (VASCONCELOS, 2000).

A normalização da questão da loucura na sociedade e do *empowerment* tem como objetivo a criação de possibilidades de acesso à "vida comum" desfrutada pelos demais cidadãos, com oportunidades de trocas e estabelecimento de vínculos. Construir espaços para troca e suporte entre pares (e ímpares), apropriação de seus direitos e defesa desses e participação concreta (VASCONCELOS, 2000).

A participação nas instâncias colegiadas por parte de usuários dos serviços da RAPS pode ser entendida como um processo de inclusão social, conferindo-lhes o protagonismo do qual tem direito (FERRO, BURNAGUI e DITTERICH, 2019). Para que a Reforma Psiquiátrica continue a ser concretizada em meio a um cenário de inúmeras incertezas e retrocessos é necessário investir no controle social, partindo da compreensão que a produção de autonomia e a construção da cidadania são fundamentais dentro da perspectiva da atenção psicossocial (FERRO, SANTOS, 2021).

3.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHAIS

O Conselho Municipal de Saúde de Pinhais-PR se constitui enquanto instância colegiada, de caráter deliberativo e permanente, fazendo parte da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Município. O CMS foi criado pela Lei Municipal nº 10/1993, que passou por três revogações, de modo que a disposição da organização do CMS está definida no atual momento pela Lei Municipal nº 2034/2018. Nesse dispositivo legal é reforçado o papel do CMS na efetivação da participação da sociedade na administração do SUS por meio da elaboração de estratégias e do controle da execução das políticas públicas de saúde, englobando a dimensão econômica e financeira.

A Lei Municipal nº 2034/2018 determina que a composição do CMS seja de 16 membros, sendo metade dessas vagas reservadas a entidades e movimentos representativos dos usuários do sistema, 25% de representantes dos trabalhadores da área da saúde, e 25% representantes do governo e dos prestadores de serviço de saúde conveniados ou sem fins lucrativos. A eleição dos representantes titulares e suplentes de cada segmento se dá nas Conferências Municipais de Saúde. A última conferência ocorreu em 2021.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de modalidade documental. Foram analisados documentos de acesso público disponibilizados no site da Prefeitura de Pinhais. Foram coletados dados de natureza quanti-qualitativa das Atas das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Pinhais ocorridas entre janeiro de 2020 e janeiro de 2022.

Para obtenção das Atas, foi acessado o site oficial da Prefeitura de Pinhais no endereço <https://pinhais.atende.net/>. Na página inicial havia um menu de tópicos, foi selecionado o tópico “Secretarias”, seguido por “Saúde”. Ao chegar na página “Saúde”, estavam dispostas oito seções, sendo a sexta “Conselhos de Saúde”. Clicando nessa seção foram exibidos os tópicos “Conselho Municipal de Saúde” e “Conselhos Locais de Saúde”. Ao selecionar “Conselho Municipal de Saúde” foi aberta outra página, na qual constava uma descrição do CMS, dados acerca da mesa diretora e endereços. Em uma barra estavam dispostos os seguintes tópicos, descritos aqui na mesma ordem: Atas, Calendário de Reuniões, Conferências de Saúde, Resolução, Legislação e Biblioteca Virtual. Ao selecionar “Atas”, encontrou-se uma lista de páginas com as atas divididas pelo ano das reuniões realizadas, constando atas de todos os anos no intervalo entre 2023 e 2006.

O enfoque no campo da Saúde Mental se deu por meio da análise quanti-qualitativa, cujo objetivo foi delimitar a incidência do tema da Saúde Mental na instância da CMS, os pontos que suscitaram debates e qual foi o conteúdo dessas discussões. Por fim, tais informações foram analisadas sob o viés do referencial teórico da Saúde Coletiva, com intuito de apreensão de como foi visto o campo da Saúde Mental na instância da CMS durante a pandemia de COVID-19.

A análise documental é definida enquanto um ou mais procedimentos que objetivam representar o conteúdo de certo documento de modo diferente do original, passando de um documento primário para um secundário, que o representa (BARDIN, 2016). Documentos fornecem informações de inegável importância, propiciando que o entendimento de determinado objeto seja ampliado, especialmente em se tratando de materiais que suscitam contextualização sociocultural e histórica para compreensão aprofundada. (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Após a seleção e análise preliminar dos dados foi realizada uma análise em profundidade das atas das plenárias do CMS, com intuito de compreender os fenômenos por meio da interpretação, inferência e articulação teórica. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) acreditam ser uma etapa necessária subsequente à exposição do material coletado, pois esse “constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada” (p. 10).

Foram construídas categorias de análise para organização e síntese dos dados encontrados, a partir da identificação de temas recorrentes nas 31 atas, seguidas pela análise dos dados. Nesta etapa, utilizou-se de técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que propõe a interpretação do conteúdo de determinado texto por meio de identificação e categorização dos elementos da comunicação. Assim, os sentidos e significados do texto, sejam explícitos ou tácitos, são alcançados e trazem à tona a mensagem (BARDIN, 2016; SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Por meio da análise documental foi possível enfatizar a dimensão temporal dos fenômenos estudados, visto que o momento da pandemia de COVID-19 exigiu um dinamismo inédito do setor saúde para um enfrentamento efetivo, e que as Atas descreveram as ações tomadas dentro de intervalos pré-definidos de tempo.

As atas foram lidas na íntegra, e a partir delas foram dispostos os tópicos debatidos, que eram seccionados da seguinte forma em todas as atas: I. Aprovação da ata anterior, II. Ordem do dia, III. Assuntos Diversos e IV. Informes. O item I foi descartado após leitura visto que sua discussão se limitava à aprovação ou não da(s) ata(s) anteriores, sem acréscimos de debates acerca dos temas já tratados. Foi realizada análise estatística dos temas previamente acordados como pauta para discussão em reunião.

O Decreto Nº 30 de 2018 nomeou os membros que compuseram a CMS entre 2018 e 2021. Oito dos membros representavam o segmento dos usuários, cada um com um suplente. O segmento dos trabalhadores da área da saúde compôs quatro vagas titulares e quatro suplentes, sendo uma representante da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), duas de conselhos de categoria profissional e uma vaga de Representação Individual.

No segmento “Representantes do Governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos”, a Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais contou com dois membros titulares e dois suplentes, o Laboratório Central

de Pinhais Ltda (LABCEN) teve uma vaga para titular e uma para suplente, e a Prima Medicina, Radiologia e Diagnóstico por Imagem Ltda foi representada por um titular e um suplente.

O CMS foi composto neste período por dezesseis membros titulares e dezesseis suplentes. O segmento dos usuários foi majoritário em sua representação, contabilizando metade das vagas. Houve mudanças no quadro de conselheiros, de forma que foram feitas redações no texto do Decreto Nº 30 de 2018 ao longo da composição dessa gestão.

A partir das atas das reuniões do Conselho de Saúde, pode-se verificar o que se passa e como são as representações simbólicas que se destinam às representações sociais, percebidas como grupos de pensamentos de atos que anunciam a realidade, incluindo as angústias, os elogios e as críticas dos conselheiros durante as reuniões (SANTOS, SOUZA, 2008). Segundo Morita et al. (2006) as atas estão submetidas às regras da organização, vigentes em um grupo social determinado: o plano do texto está definido e o discurso, orientado para uma finalidade, isto é, registrar as informações do que vem sendo feito no município no campo da saúde.

Foram encontradas 30 atas referentes a Reuniões do CMS ocorridas no período entre janeiro/2020 e janeiro/2022, sendo seis dessas reuniões Extraordinárias, cuja execução não havia sido prevista no Calendário de Reuniões dos anos analisados. A 14ª Reunião Extraordinária, de 18 de fevereiro de 2020, foi cancelada devido à instabilidade na rede de internet. Outro cancelamento ocorreu na 42ª Reunião Ordinária, por motivo de falta de quorum. Restaram então 28 atas para análise.

Os temas debatidos foram encontrados dispostos em quatro itens: I. Aprovação da ata anterior, II. Ordem do dia (previamente definida), III. Assuntos Diversos e IV. Informes aos Conselheiros. Excluindo os tópicos I. e IV. por se tratarem exclusivamente de procedimentos formais, totalizou-se 122 subitens debatidos, sendo que apenas 4 se referiam a saúde mental e/ou atenção psicossocial no título do tema. A seguir, os itens conforme consta nas atas:

- I. Apresentação do Projeto Cuidando de Quem Cuida (30ª Reunião Ordinária, 2020)
- II. Ações e estratégias utilizadas para vincular os pacientes dos CAPS (30ª Reunião Ordinária, 2020)

- III. Novo processo de trabalho que foi implantado no Centro de Especialidades e acabou com a fila de espera para psicologia (33ª Reunião Ordinária, 2020)
- IV. Projeto da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (41ª Reunião Ordinária, 2021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número limitado de discussões direcionadas à temática da saúde mental em si é um achado de pesquisa importante, mas não pode ser considerado inesperado.

O uso das instâncias de controle social para mero repasse de informações no lugar de amplificar a voz dos usuários dos serviços e da comunidade esvazia tais espaços de seu motivo de ser, que vai muito além de divulgar aquilo entendido por determinado gestor como um ganho. Há muito se estuda as variadas barreiras para o exercício material da cidadania que se apresentam nos conselhos de saúde, e dentre algumas possíveis razões para tanto, Ferro e Santos (2021) apontam para a influência de direcionamentos gerenciais, que podem ser determinantes no processo de transformar participantes em ouvintes.

O primeiro item diz respeito a uma ação desenvolvida pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da turma 2020, o “Projeto Cuidando de Quem Cuida”. Frente ao início da pandemia, a rede de atenção municipal passou por uma reorganização dos serviços, crucial para contenção do crescente número de infectados. Foi sugerido que os residentes do PRMSM elaborassem e implementassem um projeto de acolhimento emocional para os servidores municipais, levando em consideração o quanto estavam sendo impactados pelo cenário vivido. Baseando-se na proposta dos primeiros socorros psicológicos, os residentes realizaram teleatendimento para os servidores do quadro geral da prefeitura, assim como intervenções nas unidades de saúde e serviços da assistência social como rodas de conversa (PINHAIS, 2020a).

Por se tratar de um projeto voltado exclusivamente aos profissionais vinculados à prefeitura, sendo inacessível aos demais munícipes, optou-se no presente projeto por privilegiar a discussão dos tópicos seguintes, pertinentes à atenção à saúde da população geral.

5.1 O OLHAR DO CMS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DA RAPS NO MUNICÍPIO

Os itens II., III. e IV. dizem respeito aos serviços do componente Atenção Psicossocial da RAPS.

O ponto IV. trata de serviços da Atenção Psicossocial que foram incluídos na RAPS por meio da Portaria nº 3.588, que altera a estrutura da rede conforme estipulada na Portaria de Consolidação nº3/2017, incluindo ao componente da atenção especializada o dispositivo Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) e/ou Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2017a, 2017b).

A presença destes pontos de atenção dentre os demais já estabelecidos na PNSM é um assunto controverso e que exige contextualização para que seja possível se apropriar das muitas nuances que permeiam as discussões. Após anos de construção de políticas públicas de saúde mental pautadas na RPB, a partir de 2016 as normativas já estabelecidas passaram por alterações que, para alguns autores, efetivaram um desmonte da PNSM (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

A nota técnica 11/2019 sintetiza as edições realizadas na PNSM no período entre 2016-2019, ao conjunto desse esforço dá a alcunha de “Nova Política de Saúde Mental”. Uma significativa mudança de paradigma é operacionalizada quando se postula que, a partir de então, as políticas públicas de saúde mental não mais seriam pautadas pela substituição dos aparatos do modelo manicomial sob a forma de serviços e leitos psiquiátricos, e que o fechamento dos mesmos não seria mais preconizado (BRASIL, 2019; CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020)

Visto que na normativa nacional pouco se estabelece sobre as instituídas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) além de que seu público-alvo são pessoas com transtornos mentais moderados e que as equipes devem atender a necessidade de cuidado especializado identificado na APS, coube à Nota Técnica nº 7/2021 regulamentar tais equipes no estado do Paraná (BRASIL, 2019; PARANÁ, 2021).

O documento enfatiza que as eMAESM não são serviços de portas abertas, e sugere que seja utilizado o instrumento de estratificação de risco em saúde mental para embasar a avaliação quanto à gravidade do caso, pois as eMAESM mais indicadas para atendimento de casos de médio risco, se configurando efetivamente como intermediários entre a APS e os CAPS. Não há parâmetros populacionais como critério para implementação dos eMAESM, cabendo aos gestores avaliar a pertinência de uma equipe no território, tampouco é obrigatório que haja uma

estrutura física reservada exclusivamente para essas equipes, o que foi alvo de críticas (COMPLEMENTAR) (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

Segundo essa normativa, o papel das eMAESM na RAPS não é de substituição nem dos CAPS, que teriam “possibilidades de ação mais amplas” (PARANÁ, 2021, p. 1), nem das equipes multiprofissionais da atenção básica, aqui mencionados especificamente na modalidade NASF-AB. Dentre as atribuições das eMAESM estão a ampliação do acesso à assistência em saúde mental, a oferta de cuidado para os usuários com transtornos mentais moderados encaminhados pela APS, o trabalho integrado e articulado com outros pontos do SUS e do SUAS (PARANÁ, 2021).

Apesar de a Norma Técnica nº07/2021 enfatizar o papel dos NASF-AB na qualificação do cuidado em saúde mental na APS, é fundamental ressaltar que no ano de 2020 o governo federal operou mudanças drásticas que inviabilizaram a continuidade do trabalho dessas equipes (BRASIL, 2020; PARANÁ, 2021).

Por mais que haja a proposta de que as eMAESM trabalhem de forma articulada com a APS, a destituição dos NASF-AB enquanto espaços privilegiados de produção de cuidados em saúde mental inviabiliza as chances disso acontecer nos municípios onde tais equipes deixaram de existir. Ao analisarmos a proposta das eMAESM e a desapropriação dos NASF-AB enquanto espaços fundamentais para a efetivação dos cuidados em saúde mental na APS, nota-se uma lacuna entre tais pontos de atenção.

O papel do ambulatório na RAPS é incerto e contraditório. Alguns autores buscam reafirmar as potencialidades desses serviços enquanto complementares, reconhecendo que não se tratam de serviços substitutivos (SANTOS, 2007). Para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), apesar da aparência inócua, as equipes multiprofissionais remontam ao modelo pré-reforma, sendo essencialmente ambulatórios psiquiátricos.

Na questão metodológica, a presente pesquisa apresentou algumas limitações; dentre as mais importantes, figura a impossibilidade de se fazerem discussões mais amplas e aprofundadas sobre a temática, já que se trata de uma pesquisa documental retrospectiva, com observação das atas e relatórios técnicos disponibilizados pelo CMS. Outro ponto fundamental é que, somente com a observação participativa, seria possível representar toda a dinâmica de atuação dos conselheiros de saúde, pois é difícil, às vezes, no papel – nas atas e nos

documentos técnicos –, conseguir retratar fielmente e fidedignamente tudo que minuciosamente acontece em cada uma das reuniões do CMS (DITTERICH et al,2015).

5.2 A (FALTA DE) PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CMS

Apesar de a saúde ser considerada o setor público pioneiro na instituição de mecanismos de controle social no país, a observação do funcionamento do CMS por meio das atas fornece elementos que corroboram com perspectivas críticas sobre a realidade concreta do cotidiano e sobre a efetividade de tais instâncias. Uma das constatações alcançadas com a pesquisa foi a baixa participação dos usuários dos serviços de saúde no CMS, sendo composto em sua maioria por gestores e trabalhadores do município. À exemplo, os quatro tópicos levantados sobre saúde mental foram trazidos por membros da gestão municipal.

Furtado, Queiroz e Furtado (2023) propõem que no cerne desta problemática está a contradição presente na sociedade de classes, de modo que a cooptação dos mecanismos de controle social por determinados atores seria inevitável. Os conselhos de saúde seriam produto de uma estratégia da classe dominante que, cedendo um espaço limitado para a classe dominada (aqui representada pelos usuários do SUS), efetivaria uma falsa conciliação de interesses fundamentalmente incompatíveis (GOHN, 2006; SILVA, 2019).

Como resultado, observa-se a cooptação dos instrumentos de controle social para fins burocráticos, esvaziados de sentido político e sem espaço para protagonismo dos atores sociais cujas reivindicações deveriam estar no centro das discussões. Para os usuários dos conselhos gestores, a falta de representação e de poder deliberativo faz com que os espaços de controle social sejam vistos como desinteressantes e sem propósito. (FURTADO, QUEIROZ e FURTADO, 2023). Soma-se ainda o desconhecimento da população geral sobre as possibilidades destes espaços e a falta de experiência na participação em instâncias democratizantes (GOHN, 2006).

Silva (2019) ressalta que as problemáticas observadas são velhas conhecidas do controle social desde o surgimento do mesmo, independente do governo. Ademais, autora considera que o controle social na saúde tem

“a função de ser corresponsável pela administração dos problemas e pela busca de soluções remediadoras, no SUS, com pouco potencial indutor de

mudanças nos rumos na política pública de saúde e, além disso, com pouco potencial de desafiar os preceitos neoliberais de preservação da reprodução do capital.” (SILVA, 2019, p. 38)

Dentro de instâncias colegiadas se encontram forças em disputa e conselheiros com posicionamentos oportunistas que entendem os conselhos como meras ferramentas para alcançar objetivos próprios (GOHN, 2006). Mesmo que a legislação assegure a participação de usuários nas instâncias colegiadas por meio da paridade de composição, não é garantido que os conselheiros deste setor conseguirão utilizar do espaço como forma de acessar e influenciar o aparato estatal (CARVALHO, 1995; SILVA, 2019).

Gohn (2006) ressalta a desigualdade nas condições de participação dos usuários em relação aos conselheiros membros da gestão pública:

“Os primeiros trabalham nas atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal/remunerado; têm acesso aos dados e informações, têm infra-estrutura de suporte administrativo; estão habituados com a linguagem tecnocrática etc. Ou seja, eles têm o que os representantes da sociedade civil não têm (pela lei, os conselheiros municipais não são remunerados e nem contam com estrutura administrativa própria)” (GOHN, 2006, p. 9)

Para que sejam solucionadas as fragilidades encontradas nos conselhos gestores e, porque não, no CMS, são propostas algumas mudanças. Cursos e capacitações são meios de qualificar exponencialmente a participação efetiva dos conselheiros conforme produzam saberes ético-políticos e não somente capacitações técnicas. Outra possibilidade é a elaboração de mecanismos que garantam a efetivação do que é deliberado e responsabilização dos conselheiros pelas resoluções adotadas (GOHN, 2006).

Quanto aos representantes da população sem vínculo com a gestão, a igualdade de condições para acesso dos conselhos pode se dar tanto por uma remuneração para a atividade quanto por acesso a informações decodificadas (GOHN, 2006).

5.3 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL EM PAUTA NO CMS

A dificuldade de acesso à informações de qualidade para uma atuação certa nos espaços de controle social é uma certeza. Levando em conta que o arcabouço conceitual e legislativo que embasa a política nacional de saúde mental

não é amplamente difundido, a abordagem do tema deve ser cuidadosa para não incorrer nos erros comumente encontrados, como o uso de jargões ou mesmo a ausência de tempo que leva um conselho a “atropelar” as pautas. É crucial que sejam de comum acordo informações basilares para que a discussão esteja situada na realidade do território do conselho, como os dispositivos que compõem a RAPS no município, como é o fluxo de atendimento e quais instrumentos são utilizados na regulação de tal fluxo (FERRO, SANTOS, 2021).

Ferro, Burnagui e Ditterich (2019) propõem que os profissionais da saúde assumam a vanguarda na articulação de esforços coletivos para resolução de problemas comunitários, incluindo dentro os espaços possíveis as instâncias de controle social. A proximidade dos profissionais com o território permite que os mesmos mobilizem os recursos disponíveis e instrumentalizem os usuários acerca de instituições que componham na luta pelos direitos humanos (FERRO, BURNAGUI e DITTERICH, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conteúdo das atas das plenárias do CMS revelou que em um período de dois anos pouco se discutiu sobre o vasto campo da PNSM, e que dentre as discussões realizadas, todas as que se referiam à atenção à saúde foram acerca de serviços do componente da atenção especializada da RAPS. Enquanto se discutiu formas de organizar o fluxo de acesso, processos de trabalho e gestão da fila de espera, em nenhum momento foram feitas análises sobre quais eram os motivos para tamanhos desarranjos na rede de atenção. A noção de que, para a gestão, os trabalhadores e os usuários o cuidado em saúde mental é restrito aos serviços especializados fica subentendida quando é constatado que não houve falas sobre o papel da APS na oferta de cuidado às demandas de saúde mental da população, muito menos sobre como essa falta de oferta se relaciona com o quadro geral da rede de atenção municipal.

O fenômeno da dissociação entre a saúde mental e todas as demais áreas da saúde nos diversos serviços pode ter dentre seus motivos de ser a própria segregação relegada às pessoas com demandas em saúde mental pela sociedade de modo geral, que impacta também como gestores e trabalhadores situam a atenção a tais demandas dentro do território. Para que a rede de atenção à saúde seja corresponsável na garantia dos cuidados que são de direito, é fundamental que a gestão e os profissionais estejam apropriados da PNSM, de seu alicerce na RPB e o qual é a visão de sujeito inaugurada desde então. Somente assim será possível operar mudanças que se sustentem ao decorrer do tempo, pois enquanto persistir esse insulamento dos cuidados em saúde mental restritos à atenção especializada, haverá uma sobrecarga ao serviço ambulatorial/eMAESM e aos CAPS.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 143p.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**, vol. 1. 186 p. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2013. 178 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2020a.
- CARVALHO, A. I. de. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CORREIA, M. V. C. O controle social sobre a política de saúde. In: **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 53-86. ISBN: 978- 85-7541-522-1. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415221.

COSTA, A.M., VIEIRA, N.A. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.

CRUZ, N. F. de O., GONÇALVES, R. W. e DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 16 Janeiro 2023], e00285117. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>>. Epub 15 Jul 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DITTERICH, R. G., DITTERICH, A. C. R. e BALDANI, M. H.. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo - RJ. **Revista de Odontologia da UNESP** [online]. 2015, v. 44, n. 3, pp. 143-151.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R. do, EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. 2005. p. 59-81.

FERRO, L. F, BURNAGUI, J. G., DITTERICH, R. G. Controle social e saúde mental: Estratégias para a construção coletiva do SUS. In: CREMASCO, M. V. F. e MENZ, M. D. (org.) **Formação em Política sobre Drogas**. Curitiba: Editora UFPR, 2019.

FERRO, L. F.; SANTOS, G. W. dos. Controle social e saúde mental: estudo sobre barreiras e possibilidades para a participação social. **Extensão em Foco**, n. 22, 2021.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FURTADO, F. P. de L.; QUEIROZ, C. R.; FURTADO, J. H. de L. Democracia, saúde e controle social: entre falácias e desafios no Brasil contemporâneo. **Revista Científica do UBM**, p. 112-121, 2023.

GOHN, M. da G. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 1, p. 5-11, 2006.

JOHNS-HOPKINS UNIVERSITY OF MEDICINE. Coronavirus Resource Center. **Mortality in the most affected countries**. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>>. Acesso em: 15 de jan. de 2023.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. LIMA, N.L., et al. orgs. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MORITA I., GUIMARÃES J.F.C., DI MUZIO B.P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde Soc.** 2006; 15(1):49-57

OSMO, A., SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.** São Paulo v.24, supl.1, p.205-218, 2015

PAIM, J. S. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 45-60.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. **Lancet**, p. 11-31, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Divisão de Atenção à Saúde Mental. **Nota Técnica em Saúde Mental nº07/2021**. Implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM). Paraná: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2021.

PINHAIS. **Site oficial da Prefeitura de Pinhais**. Disponível em : <<https://pinhais.atende.net/subportal/saude>>. Acesso em 10/05/2022.

PINHAIS. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 30ª Reunião Ordinária do CMS - Quadriênio 2018-2021**. Pinhais: Conselho Municipal de Saúde, 2020a.

PINHAIS. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 33ª Reunião Ordinária do CMS - Quadriênio 2018-2021**. Pinhais: Conselho Municipal de Saúde, 2020b.

PINHAIS. Secretária Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Gestão - RAG 2020**. Pinhais: Secretaria Municipal de Saúde, 2020c

PINHAIS. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 41ª Reunião Ordinária do CMS - Quadriênio 2018-2021**. Pinhais: Conselho Municipal de Saúde, 2021.

ROBAINA, C. M. V. **Controle social: uma alternativa para relação Saúde Mental e Sociedade? Um estudo da experiência do Centro Comunitário CPPII**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 146p. 2005.

ROLIM, L. B, CRUZ, R. S. B. L. C., SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013

SANTOS, Y. F. dos. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 168 p. 2007

SANTOS V. M. S. A., SOUZA, T. P. A participação das associações comunitárias no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) no acompanhamento de políticas públicas de saúde pelo conselho municipal de Boa Vista. **Norte Científico**. 2008; 3(1):36-47.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA, L. de S. O. **Controle social na saúde: uma análise sobre o projeto de participação social**. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, p. 94. 2019.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]**. Coleção Loucura & Civilização Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, , p. 169-194, 2000.