



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

de Almeida Oliveira, Tarcio; Fontes Teixeira, Carmen
Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001
- 2013
Saúde em Debate, vol. 39, diciembre, 2015, pp. 132-144
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344165012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013

Participation of institutions of social control in Mental Health Policy of Bahia, 2001-2013

Tarcio de Almeida Oliveira¹, Carmen Fontes Teixeira²

RESUMO Com objetivo de analisar a participação das instâncias de controle social do SUS-Bahia na Política Estadual de Saúde Mental foi elaborado um modelo de análise fundamentado na Teoria do Ciclo de Políticas Públicas de John Kingdon. As análises das propostas das conferências de saúde mental, das atas do Conselho Estadual de Saúde, de documentos da Secretaria de Saúde do Estado e do conteúdo das entrevistas com sete informantes-chaves permitiram inferir que as conferências apresentaram propostas consonantes com a Reforma Psiquiátrica; o Conselho, entretanto, não consolidou essas propostas e nem foi propositivo para a formulação e implementação dessa política no âmbito estadual.

PALAVRAS-CHAVES Participação social; Conselhos de saúde; Conferências de saúde, Saúde mental; Políticas públicas.

ABSTRACT In order to analyze the participation of social control instances of SUS-Bahia State Mental Health Policy was elaborated a model of analysis based on the theory of public policy cycle of John Kingdon. The analysis of the proposals of the Mental Health Conference, the protocols of the State Board of health, the Department of Health documents of the State and the content of the interviews with seven key informants allowed to infer that the conferences presented proposals in line with the psychiatric reform, however, the Council hasn't consolidated these proposals and it wasn't intentional for the formulation and implementation of such a policy at the State level.

KEYWORDS Social participation; Health councils; Health conferences; Mental health; Public policies.

¹Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia – Salvador (BA), Brasil
tarciodealmeida@outlook.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.
carment@ufba.br

Introdução

A participação social na gestão das políticas públicas, após intensa mobilização da sociedade brasileira na luta pela redemocratização no País, foi consagrada na chamada ‘Constituição Cidadã’, aprovada em 1988 (PAIM ET AL., 2011). A partir de então, a sociedade e o Estado se mobilizaram para dar início a um processo político que legalizasse esta participação em diversos espaços decisórios, de modo que não só na saúde, mas também em outras áreas, foram institucionalizados os conselhos e as conferências, conhecidos como ‘instâncias de controle social’ (BRASIL, 1990; AVRITZER, 2010).

Essas instâncias, que na saúde foram regulamentadas por lei federal, mais especificamente os conselhos, passaram a fazer parte da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), primeiramente, como condição essencial para o repasse de recursos, e posteriormente, como espaços de decisão política do SUS (BRASIL, 1990; LABRA, 2010). Os conselhos, de composição paritária, são de caráter permanente e deliberativo e foram criados nas três esferas (Federal, Estadual e Municipal), com função de controle, fiscalização e acompanhamento da formulação, implementação e na avaliação das políticas de saúde (BRASIL, 1990). Já as conferências, criadas desde 1941, são programadas para acontecer a cada quatro anos e ocorrem nas três esferas, desempenhando a função de elaborar as diretrizes dos programas, das políticas e das ações prioritárias a serem apreciadas e aprovadas pelo conselho de saúde correspondente (ESPIRIDÃO, 2014; BRASIL, 1990).

A produção científica recente sobre a atuação dos conselhos e conferências de saúde evidencia uma série de problemas, que podem estar associados à falta de tradição e de cultura cívica e a dificuldades organizacionais e estruturais dos conselhos (LABRA; FIGUEREDO, 2002). Lobato (2010, p. 10) chama a atenção para a

concorrência de competências com os poderes constituídos e eleitos, falta de recursos para o cumprimento das atribuições, forte corporativismo e falta de compromisso político com os interesses coletivos.

Côrtes (2010) foi mais além ao constatar que os conselhos não são deliberativos, e as decisões tomadas nas conferências não são transformadas em ações pelos gestores.

Esses problemas também foram identificados no Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA). Bispo Júnior (2013) analisou recentemente esse conselho, entre o período de 2003 e 2011, identificando forte influência político-partidária, corporativismo de algumas representações de entidades profissionais e de usuários, bem como a subordinação do papel desse conselho aos gestores do SUS, em função da centralização decisória ainda prevalente no sistema. Entretanto, não foram localizados estudos sobre a participação social das instâncias de controle social do SUS no processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental na Bahia.

Pelo exposto, percebe-se que a maioria dos estudos sobre conselhos e conferências concentra-se em aspectos relacionados com a organização e funcionamento destas instâncias, analisando os limites e possibilidades da participação social nas decisões políticas no âmbito do sistema público de saúde. Com isso, duas perguntas de investigação emergiram dessa problemática, quais sejam: a) como se conformou a participação das instâncias de controle social (conselhos e conferências) na tomada de decisão com relação ao processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental no período 2001 a 2013 na Bahia? b) as propostas das conferências de saúde e as deliberações emanadas pelo Conselho Estadual de Saúde foram incorporadas aos documentos institucionais (planos estaduais de saúde, programações anuais de saúde e relatórios anuais de gestão)?

baixa representatividade e renovação dos conselheiros, amplitude de competências,

Desse modo, este estudo objetivou analisar a participação das instâncias de controle social (conselho e conferências) no processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental na Bahia, no período 2001 – 2013; e descrever as ações, os programas e serviços de saúde mental implantados e implementados (ou não) pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) nos períodos 2001 – 2006 e 2007 – 2013.

Modelo de análise

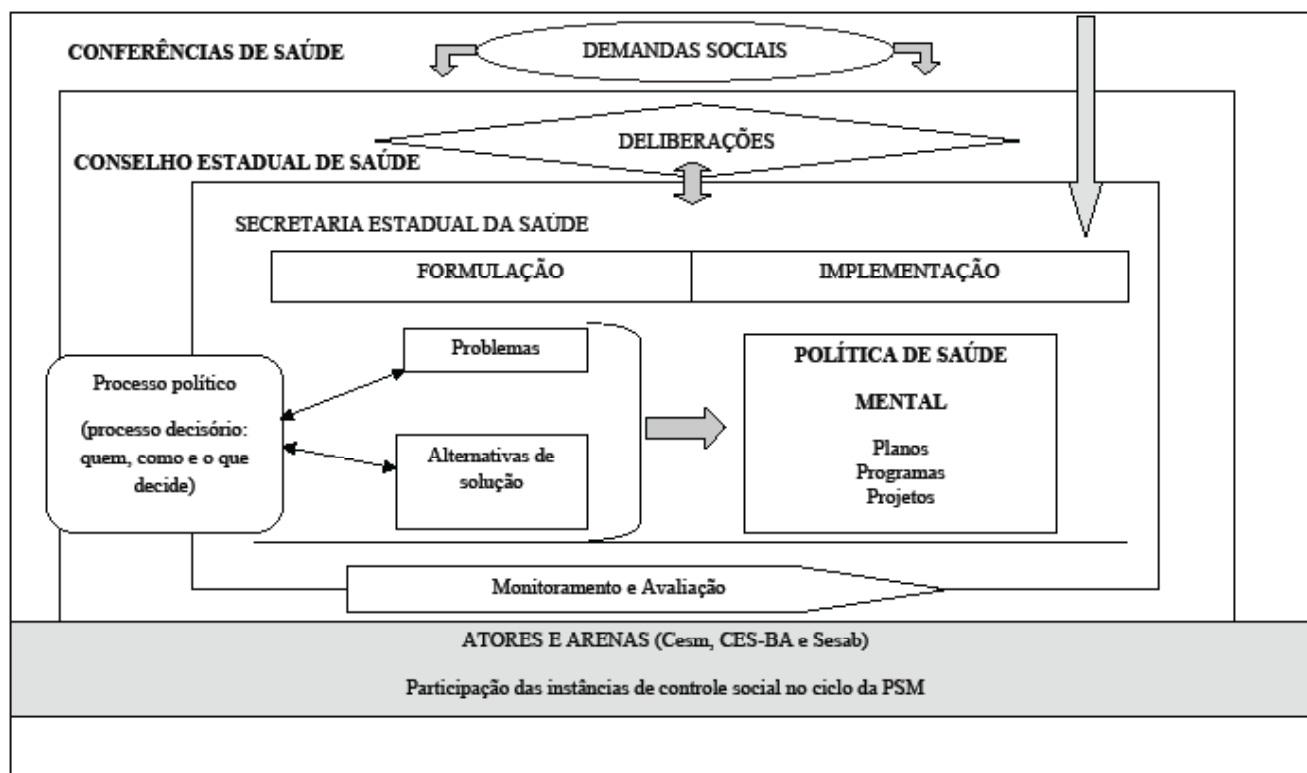
A análise da participação do CES-BA, das Conferências Estaduais de Saúde Mental (Cesm) e da Sesab no ciclo da Política de Saúde Mental no Estado, foi realizada a partir da proposta de John W. Kingdon (2011). Esta proposta contempla a articulação de um conjunto de três fluxos que incidem sobre o processo de construção de uma agenda, sendo que o primeiro fluxo implica na transformação de uma questão num problema, o segundo inclui a seleção de soluções e alternativas aplicadas a esse problema, e o terceiro diz respeito às forças e influências políticas envolvidas na inserção do problema na agenda política governamental. No desenvolvimento das relações entre os fluxos, há envolvimento de diversos atores postos diante de várias oportunidades em diferentes cenários, os quais atuam influenciando o processo decisório de formulação e implementação das políticas públicas (KINGDON, 2011).

Considerando que nem todas as questões emergentes no ambiente social são consideradas problemas para o governo (KINGDON,

2011), o autor defende que para um problema ascender à agenda governamental precisa incomodar o governo ou os atores ligados a ele. Quando isso acontece, surgem inúmeras alternativas de soluções para o problema, e diversos atores (governamentais ou não) influenciam no processo de formulação e implementação da política (KINGDON, 2011). Adotando essa perspectiva, esse estudo analisa o fluxo de problemas, alternativas e soluções que compõem a participação das instâncias de controle social, entendidas como atores e arenas, no processo de formulação, implementação e avaliação da Política Estadual de Saúde Mental na Bahia.

A seguir apresenta-se o modelo teórico (*figura 1*) elaborado para contribuir na definição das categorias de análise e para a fundamentação da discussão dos resultados, com intuito de alcançar os objetivos propostos e responder às perguntas de investigação. Como se pode observar no modelo, consideramos o CES-BA e as conferências estaduais de saúde, simultaneamente, como espaços onde se verifica a atuação ou não de sujeitos individuais e coletivos em função de determinadas concepções acerca da organização e gestão do sistema de saúde e dos interesses políticos que pretendem representar. O estudo do processo decisório no âmbito das conferências e do conselho contempla, conforme o modelo proposto, a análise dos fluxos de problemas, propostas e soluções apresentadas, discutidas, aprovadas e eventualmente implementadas a partir da dinâmica política estabelecida nas conferências, conselho de saúde e no espaço institucional da Secretaria Estadual de Saúde, particularmente na Coordenação Estadual da Área Técnica de Saúde Mental.

Figura 1. Modelo de análise da participação do CES-BA, das Conferências de Saúde Mental e da Sesab na Política Estadual de Saúde Mental



Fonte: Adaptado de Pinto e Teixeira (2011).

Método

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo, exploratório e retrospectivo (2001 a 2013), desenho considerado útil para investigações de fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto como é o caso da análise da participação das instâncias de controle social (conselho e conferências) no ciclo da Política Estadual de Saúde Mental na Bahia.

Os dados foram produzidos mediante a análise do conteúdo dos documentos correspondentes a essas instâncias, aos instrumentos de gestão da Sesab, e às transcrições das entrevistas com informantes-chaves. Na pré-análise foram lidos exaustivamente 540 documentos, dos quais apenas 71 tinham relação com a saúde mental: 32 atas de reunião e cinco resoluções do conselho; seis documentos das conferências; quatro planos estaduais de saúde; 11

programações anuais; e 13 relatórios anuais de gestão. Após organizar os dados no programa *Excel for Windows*, procedeu-se a análise mediante agrupamento das unidades de registro extraídas dos temas e deliberações das atas e resoluções do CES-BA; dos documentos (regimento interno e relatório final) das conferências; e dos documentos da Sesab (planos, programações e relatórios de gestão) nas respectivas subcategorias: a) dinâmica do conselho em dois períodos (2001 – 2006 e 2007 – 2013); b) propostas da III e IV Conferências Estaduais de Saúde Mental; e c) atividades previstas e realizadas pela Sesab nos dois períodos. A análise final foi desenvolvida em dois momentos, referentes a dois períodos de governo, ideologicamente distintos, o primeiro correspondente à gestão estadual exercida pelo Partido da Frente Liberal (atual Democratas) no período 2001-2006 e o segundo pelo Partido dos Trabalhadores no período 2007 – 2013.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob parecer n.º 965.788/2014. Foram entrevistados três conselheiros (um médico, uma enfermeira e uma socióloga), que declararam estar envolvidos com a Política de Saúde Mental na Bahia, e quatro profissionais da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab (três médicos psiquiatras e uma psicóloga), sendo que todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a realização das entrevistas, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro específico para conselheiros e outro para coordenadores ou profissionais da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e lidas, sendo selecionadas posteriormente as unidades de registro (trechos dos discursos) e, por fim, agrupadas nas subcategorias descritas conforme equivalência semântica entre as unidades de registro e as subcategorias.

Vale ressaltar que os critérios para escolha dos participantes foram diferentes por se tratar de sujeitos que atuam em locais distintos. Para selecionar os três conselheiros, seguiu-se à lógica de maior participação com uso da fala nos momentos de discussão sobre saúde mental nas 32 atas analisadas no período do estudo. Como o período de participação dos conselheiros é de dois anos, prorrogados por mais dois, as atas foram agrupadas em três períodos de anos de estudo, formados por quatro anos os dois primeiros grupos (2001 – 2004 e 2005 – 2008) e cinco anos o último (2009 – 2013).

No primeiro grupo, o representante da Central Única dos Trabalhadores (segmento de usuários) foi quem mais usou a fala nas reuniões, mas ele não foi localizado, dando lugar ao segundo colocado que representava o sindicato dos profissionais de saúde do estado (segmento de trabalhadores da saúde); no segundo grupo, o primeiro classificado foi o representante de uma universidade pública

(segmento do governo), que não aceitou participar da pesquisa, dando lugar ao segundo colocado, representante do sindicato dos profissionais de saúde do estado (segmento dos trabalhadores da saúde) e por fim, no terceiro grupo, o representante do Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde (segmento de trabalhadores da saúde) foi quem mais argumentou durante as reuniões, e aceitou participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos informantes-chaves da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab foram: ter trabalhado ou trabalhar na Área Técnica de Saúde Mental por no mínimo um ano no período do estudo; não ter sido ou ser conselheiro no CES-BA; ser profissional de saúde; e ter participado de uma das conferências estaduais de saúde mental. Desse modo, intencionalmente, quatro informantes-chaves foram selecionados para contemplar todos os anos do período do estudo, sendo um informante-chave para cada tempo de atuação na área técnica (2001 – 2003; 2003 – 2009; 2009 – 2012; e 2009 – 2013).

Resultados

A apresentação dos resultados segue a lógica do modelo proposto para a análise da Política Estadual de Saúde Mental em cada um dos dois momentos. No primeiro momento (2001 – 2006) são apresentadas inicialmente as propostas da III Conferência Estadual de Saúde Mental, seguidas da descrição da dinâmica política no âmbito do CES-BA e, por fim, da análise das ações programadas e implementadas (ou não) pela Sesab. No segundo momento (2007 – 2013), optou-se por iniciar com a descrição da dinâmica do CES-BA, seguida das propostas da IV Cesm intersetorial e por fim as ações realizadas pela Sesab. Ao final de cada um dos momentos, apresenta-se uma síntese das relações identificadas entre as propostas das conferências, o debate no CES-BA e o que foi efetivamente

absorvida na programação e execução das ações na área de saúde mental pela Sesab.

Primeiro momento da Política de Saúde Mental na Bahia (2001-2006)

Convocada por meio da Portaria da Sesab nº 1.819 de 06/09/2001, a III Cesm adotou como tema ‘Cuidar sim, excluir não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e participação social’, definindo como eixo temático a ‘Reorientação do Modelo Assistencial’ (BAHIA, 2001). O relatório final da III Cesm apresenta de maneira sucinta como a conferência foi organizada e as 93 propostas aprovadas. Essas propostas foram distribuídas em quatro subtemas: acessibilidade, direito e cidadania, com maior número de propostas, 42; (2) recursos humanos, 20; (3) controle social, 12; e (4) financiamento, 19 (BAHIA, 2001). Além disso, consta nesse relatório que diversos segmentos da sociedade, quais sejam os usuários, os representantes de entidades privadas e vários profissionais de saúde (médicos clínicos, médicos psiquiatra, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros) participaram da conferência.

Em síntese, as propostas aprovadas nessa conferência ratificaram os direitos dos usuários, já aprovados na Lei 10.216/2001, e reafirmaram a necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde mental, dando ênfase a implantação de serviços substitutivos ao modelo de cuidado asilar das pessoas com transtornos mentais (BAHIA; BRASIL, 2001). Além disso, outros destaques foram para reafirmação de se realizar as conferências de saúde mental a cada quatro anos; formação de uma política de recursos humanos na área; e propostas para o fortalecimento do controle social, e de se constituir garantias de financiamento adequado para manutenção dos serviços substitutivos de saúde mental (BAHIA, 2001).

No tocante ao debate no CES-BA, nesse período, não havia representante de entidade

da saúde mental, nem mesmo o conselho obedecia à paridade estabelecida em lei. Com relação à ‘vocalização’, terminologia utilizada por Avritzer (2010) em seus estudos, notou-se que os usuários foram os que mais falaram nas reuniões analisadas, entretanto, o segmento do governo foi o que menos utilizou desse recurso. Quanto às Atas, apenas 14 delas trataram de assuntos relativos à saúde mental, sendo 10 com pontos de pauta para discussão em plenária e as outras quatro apareceram em momentos de informes e no que ocorresse. Assim, a agenda de decisões do conselho foi formada por essas 10 reuniões que debateram os seguintes temas: situação da saúde mental na Bahia; organização da III Cesm; prestação de contas da Sesab; e a implantação do Centro de Referência de Saúde Mental. Chama atenção que nessas reuniões houve debate em todas, entretanto, as deliberações aprovadas limitaram-se a referendar o que havia sido apresentado na plenária, sem acréscimo de proposições, sugestões ou recomendações.

Os instrumentos de gestão da Sesab, por sua vez, explicitaram problemas e alternativas de solução. Dentre os primeiros, os dois planos estaduais de saúde mental (2000 – 2003 e 2004 – 2007) apontaram para a predominância do modelo de atenção centrado na psiquiatria; a existência de pessoas sem transtornos mentais internadas em leitos dos hospitais psiquiátricos do estado; e a insuficiência de serviços substitutivos ao modelo asilar. Como alternativas para estes problemas, a Secretaria programou o fechamento desses leitos, a implantação de serviços substitutivos e de leitos de saúde mental em hospitais gerais, e a realização de cursos de qualificação em praticamente todas as programações anuais de saúde. No entanto, o programado não foi totalmente cumprido, de 106 centros de atenção à saúde mental que a Sesab apoiaria e promoveria junto com as prefeituras a implantação, foram inaugurados apenas 58; dos 250 leitos que seriam disponibilizados nos hospitais gerais, não há registro de implantação destes serviços nos relatórios anuais de gestão analisados.

Entretanto, cumprindo o programado, em quase todos os anos, há explicitado nos relatórios de gestão a realização de cursos de qualificação para trabalhadores e profissionais de saúde atuantes na saúde mental e em outras áreas do setor saúde.

Conexão entre conferência, CES-BA e Sesab no período (2001 - 2006)

Retomando a análise de cada um dos aspectos descritos neste período, é importante destacar, em primeiro lugar, o teor das propostas discutidas na III Cesm, que foram voltados para os direitos dos usuários, com proposições para uma política de Estado que garanta o pleno exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais, sem que eles fossem excluídos do ambiente social convivido por todos. No que se refere à assistência à saúde, as propostas foram voltadas, conforme preconiza os princípios da luta anti-manicomial e da Reforma Psiquiátrica, para novas formas de cuidado no âmbito institucional centradas no território, sendo condenado o modelo asilar predominante.

Quando verificadas as conexões entre as propostas da III Cesm com o debate no CES-BA, ficou evidente que muitas das propostas não alcançaram a agenda do conselho, ou seja, não foram pautados e nem propostos nas reuniões temas que discutissem o direito dos usuários e das famílias; o acesso aos serviços de saúde da rede SUS; a quantidade, alocação, distribuição e qualidade dos serviços a serem implantados; as questões relativas aos trabalhadores na área de saúde mental; dentre outros.

Comparando, entretanto, os problemas e propostas que emanaram da conferência com os problemas e propostas apresentadas nos planos e programas da Sesab, encontrou-se certa coerência, ou seja, a crítica ao modelo tradicional, ênfase na implantação de serviços substitutivos e a necessidade de se garantir a expansão desses serviços, ainda que não tenham sido superadas as limitações

na quantidade e na distribuição destes pelo estado.

Pelo exposto percebe-se que houve certa conexão entre as ideias e propostas debatidas na Conferência Estadual de Saúde Mental de 2001 e as propostas incorporadas aos documentos técnicos da Sesab; não se verifica, porém, uma participação sistemática do CES-BA nesse processo. De fato, evidenciou-se que os temas relativos à saúde mental apareceram esporadicamente nas pautas das reuniões, e, mesmo quando discutidos não conduziram às deliberações que tratassem de questões substantivas. Parece, portanto, que o CES-BA foi o ‘elo fraco’ nessa cadeia, restando então um espaço a ser preenchido por esta instância deliberativa.

Segundo momento da Política de Saúde Mental na Bahia (2007 - 2013)

O CES-BA, após ter reorganizado sua estrutura por meio de lei estadual específica, tornou-se paritário e incluiu, pela primeira vez, uma entidade da área de saúde mental no segmento de usuários (BAHIA, 2011). Entretanto, verificou-se que este representante não atuou efetivamente durante os debates sobre assuntos da área, mesmo sendo os representantes do segmento de usuários um dos que mais usaram do recurso da fala nas reuniões. Cabe destacar também que os representantes dos prestadores de serviço foram os que menos utilizaram deste recurso nas reuniões analisadas.

A agenda do CES-BA relativa à saúde mental nesse período foi composta por temas abordados em nove reuniões como ‘pontos de pauta’, em três reuniões como ‘informes’ e em seis no ‘que ocorrer’. A leitura das atas das reuniões, que tratam da saúde mental, revela que foram discutidas a prestação de contas da Sesab, a organização da IV Conferência Estadual de Saúde Mental Interestadual (Cesmi), a situação da saúde mental na Bahia, e a criação de uma Comissão de Saúde Mental do CES-BA. Em verdade, as questões e problemas da área se

repetem ao longo dos anos, a exemplo das condições precárias dos hospitais psiquiátricos e a ausência e deficiências de serviços substitutivos ao modelo asilar em todo o estado. As deliberações aprovadas em plenária não conduziram ao efetivo acompanhamento da formulação e da implementação da Política Estadual de Saúde Mental.

Os limites do conselho, relativos à saúde mental, não são restritos ao baixo teor propositivo da plenária, expressando-se até mesmo na forma como os membros se organizam para formar uma comissão específica para a saúde mental. A Comissão de Saúde Mental, que substituiu a Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica, chegou a atuar no conselho, no entanto, foi extinta gradativamente pelos conselheiros, sendo comentado pelos entrevistados os limites e problemas para a manutenção desta Comissão:

[...] ainda estamos mesmo nesse processo de conseguir construir a comissão, mas ainda não tivemos a oportunidade da mudança, que está sendo elaborada para que o 'Pleno', que é a instância máxima do conselho, ele se posicione no sentido de que essa comissão venha a ser criada de forma mais institucionalizada (conselheiro); [...] a nossa ideia é transformar esse grupo de trabalho de saúde mental em uma comissão realmente, porque ainda não é uma comissão institucionalizada do conselho, e a gente quer transformar exatamente para que não sofra essas interrupções [...]. (conselheiro).

No que diz respeito às propostas da IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, convocada pela Portaria Sesab nº 452 de 03 de março de 2010, com o tema 'Saúde mental, direitos e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios' (BAHIA, 2010), observou-se que foram ratificados os princípios e direitos das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de realizar cursos de qualificação para os profissionais da saúde mental e para as demais áreas transversais, bem como se preconizou

a extinção dos manicômios em todo o estado e que se estruturasse e ampliasse os serviços de caráter substitutivo.

As 314 propostas incluídas no relatório final da IV Conferência foram distribuídas em três grandes eixos: 'Saúde mental e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais', 153; no eixo 2 – 'Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos', 78; e no eixo 3 – 'Direitos humanos e cidadania como desafio ético e Intersetorial', 83 (BAHIA, 2010). Nesses sub-eixos é surpreendente a ênfase dada à intersetorialidade, uma diretriz do SUS que ocupou os espaços de debate e se constituiu como estratégia para a área.

Para concluir a análise desse momento, verificou-se nos planos estaduais de saúde (2008 – 2011 e 2012 – 2015) a persistência dos problemas da área de saúde mental no estado, principalmente relacionados ao alto número de leitos em hospitais psiquiátricos onde se internam pessoas com transtornos mentais ou moradores de rua; a quantidade insuficiente de serviços substitutivos; e a precarização dos vínculos de trabalho na área. Como alternativas para esses problemas, a Sesab programou implantar 35 leitos em hospitais gerais, sendo de fato registrada nos relatórios de gestão a implantação de apenas seis leitos em um único hospital. Entretanto, outros programas chegaram a ser cumpridos como a realização de cursos de qualificação para profissionais de saúde e a preparação dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com cursos introdutórios sobre saúde mental.

Conexão entre conferência, CES-BA e Sesab no período 2007 – 2013

No momento da IV Cesmi estava em expansão e diversificação a rede de serviços comunitários no estado da Bahia, porém a necessidade de implantação de serviços substitutivos ainda se manteve e fez parte das propostas apresentadas nesta conferência (RABELO; COUTINHO, 2008). A constituição da

rede de atenção psicossocial foi apontada como uma das prioridades na conferência, enfatizando-se a necessidade de implantação de um modelo de atenção integral, com serviços territorializados de saúde mental e interligados a outras áreas (não só da saúde) sob a forma de redes. No entanto, observou-se que, mesmo após nove anos de aprovação da Lei 10.216/2001, a expansão dos serviços substitutivos foi lenta e não se extinguiu os manicômios no estado (BRASIL, 2001).

O tema da extinção dos manicômios ocupou a agenda da IV Cesmi, mas não foi incluído na agenda do CES-BA, que se restringiu ao debate e aprovação de instrumentos de gestão e ao debate em torno de assuntos pontuais, não incidindo sobre a condução da Política de Saúde Mental no estado. Esta limitação do conselho foi relatada por um dos entrevistados, afirmando que

[...] o conselho era uma instância que cumpria com a formalidade burocrática da exigência do Ministério da Saúde, não era uma instância efetiva de democratização da construção da política de saúde, não era. (conselheiro).

Com relação à Sesab, muito do que foi programado não foi implementado, mas os serviços implantados estavam em consonância com as propostas da IV Conferência. Chama atenção nesse período a inclusão das propostas relativas à saúde mental nos planos estaduais de saúde (não mais específicos para a saúde mental), a repetição do que foi proposto nas programações anuais (entre 2009 – 2010 e 2012 – 2013) e o fato dos relatórios de gestão não explicitarem a quantidade de serviços residenciais terapêuticos e os tipos de Caps implantados no estado.

Análise comparativa dos dois momentos: balanço da participação das conferências, do CES-BA e da Sesab

Esta análise comparativa se limita a descrever as semelhanças e diferenças nos dois períodos

2001 – 2006 e 2007 – 2013, buscando-se identificar a correlação entre as propostas emanadas das duas conferências de saúde mental – o debate no CES-BA – e a implementação ou não de programas e projetos para a Política de Saúde Mental pela Sesab.

Nas duas Cesm realizadas na Bahia discutiu-se amplamente a situação existente nessa área, e foram formuladas propostas que evidenciam a luta pela conquista de direitos das pessoas com transtornos mentais, entre os quais o acesso e a qualidade dos serviços assistenciais. Na III Cesm o foco esteve voltado para a efetivação dos princípios da luta antimanicomial e da reforma na assistência psiquiátrica, já na IV Cesm mediante a forte influência desses princípios e da reestruturação da saúde mental com aprovação da Lei 10.216/2001, se discutiu os avanços e os limites dessa política e a potencialidade da ação intersetorial da saúde mental com outras áreas.

A quantidade de propostas foi muito diferente entre as duas conferências, aprovado na IV Cesm mais que o dobro das aprovadas na III Cesm, sendo a maioria delas voltada para implantação de serviços substitutivos ao modelo asilar, direitos dos usuários ao atendimento digno, ampliação das formas de participação social nos serviços de saúde mental, e realização de cursos para trabalhadores da saúde e áreas afins.

Apesar dessa movimentação, pelo menos durante as conferências, observou-se que o CES-BA teve uma atuação bastante limitada no que diz respeito ao debate sobre a situação de saúde mental no estado e à incorporação das propostas aprovadas nas conferências. Nas reuniões em que o tema saúde mental foi incluído, na pauta predominou a apresentação de prestação de contas da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab ou predominou a simples aprovação de alguns instrumentos de gestão do SUS (planos e relatórios), elaborados pela Sesab. Enfim, ficou evidente que o conselho até incluiu em sua agenda temas relativos

à saúde mental, porém, não deliberou de forma a estabelecer estratégias importantes para o encaminhamento da implementação da Política Estadual de Saúde Mental.

Já a Sesab identificou diversos problemas da saúde mental, alguns apontados nos quatros planos analisados, como é o caso da falta de leitos de saúde mental para internações necessárias e a pouca quantidade de Caps no estado, tendo formulado propostas para o enfrentamento destes problemas; não logrou alcançar, porém, alguns dos objetivos e metas definidos, principalmente aqueles relacionados à implantação dos leitos, sendo implantada uma quantidade muito inferior. Em relação aos Caps, todavia, foi implantado em todo o estado até 2013 um total de 200 Caps (BAHIA, 2014), um crescimento enfatizado por um dos coordenadores da saúde mental quando entrevistado: “[...] até 2002 só havia 15 Caps instalados no estado da Bahia, em outubro esse número passou a ser de 106 Caps e em maio de 2012 era de 182” (coordenador da Área Técnica de Saúde Mental).

O mais importante a constatar da comparação entre os dois períodos é que eles não se diferenciaram tanto, ou seja, as propostas das duas conferências convergiram com os ideais da reforma da assistência psiquiátrica brasileira. A Sesab deu maior ênfase para realização de cursos de qualificação profissional, e as deliberações do conselho não se constituíram em estratégias para a formulação da Política de Saúde Mental, principalmente quanto à implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo asilar.

Em se tratando de implantação de serviços para a saúde mental no estado, parece que o conselho exerceu um papel secundário à medida que não deliberou sobre a implantação de serviços, nem definiu prioridades para a área. Dois entrevistados da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab afirmaram que a decisão para implantação dos serviços de saúde mental no estado era dada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), como

seguem os seguintes trechos: “Toda decisão que envolvia implantação de serviço de saúde mental ocorria na Comissão Intergestora Bipartite”; “A aprovação dos Caps para os municípios passava pela CIB [...]” (coordenador da Área Técnica de Saúde Mental).

Enfim, a comparação entre os dois períodos evidencia que as propostas das conferências não ascenderam à agenda do CES-BA a ponto de ocuparem as pautas do Pleno como deveriam, restando ao conselho aprovar em caráter puramente normativo os planos e relatórios de gestão e realizar apresentações sobre a situação da Política de Saúde Mental no estado.

Considerações finais

Os resultados apresentados nesse trabalho permitem que se formulem algumas considerações acerca da participação das Cesm, do CES-BA e da Área Técnica de Saúde Mental da Sesab na Política de Saúde Mental no âmbito do SUS-Bahia.

A análise dessas conferências evidenciou o quanto estes espaços de debate propiciaram a formulação de propostas relacionadas à Política de Saúde Mental e consonantes com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios da luta antimanicomial. Os participantes destas conferências debateram a política estudada com propósitos coerentes aos princípios de direito à vida e à cidadania, com acesso aos serviços sem distinções, sendo que o ‘Relatório da IV Conferência’ expressa a ênfase na necessidade de inserção das pessoas em sofrimento mental na sociedade, recomendando a articulação das ações de saúde com as ações produzidas por outros setores sociais.

Entretanto, a análise da relação, entre o que foi proposto nestas conferências e o que foi debatido no âmbito do CES-BA, revelou que a realização das conferências atendeu mais ao propósito democratizante, sem exercer influência nas decisões políticas no âmbito do CES-BA. De fato, os debates sobre

saúde mental no conselho foram restritos às discussões de problemas pontuais relacionados à situação da saúde mental no estado e, de modo geral, para aprovação formal dos instrumentos de gestão, como planos, programações e relatórios.

A participação do conselho na Política Estadual de Saúde Mental, portanto, foi incipiente, ou seja, não houve deliberações ou proposições que guiassem as decisões e nortegassem o processo de implementação dessa política no âmbito do sistema estadual de saúde. Nesse sentido, esse estudo aponta que a problemática de saúde mental parece não ter interessado aos participantes dessa instância, apesar da realização das Cesm, evento que aparentemente só foi organizado por indução do Ministério da Saúde, no contexto em que esse tema ganhou certa prioridade na agenda nacional da política de saúde.

Para além do que aconteceu nas conferências e no CES-BA, vimos que a Sesab, enquanto instância responsável pela implementação da Política de Saúde Mental, implantou serviços substitutivos ao modelo asilar de cuidado às pessoas com sofrimento mental, no entanto, enfrentou limitações, quais sejam: não extinguiu os manicômios e não conseguiu cumprir com vários dos programas propostos durante o período estudado, a exemplo da implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, limitando-se a executar ações voltadas para a qualificação dos profissionais da área de saúde mental. Isso reforça o que Labra (2010, p. 180) considera como uma “brecha entre formulação e implementação”, na medida em que a Política de Saúde Mental foi formulada no nível central e incorporada nos planos e programações elaborados na Sesab, ainda que sem a participação efetiva do CES-BA. Entre as propostas e a prática, porém, verificou-se uma lacuna significativa, principalmente no que diz respeito à implantação dos Caps e demais serviços substitutivos, cujo

número permanece insuficiente diante das necessidades da população.

Em síntese, este estudo evidenciou os limites das instâncias de controle social (conselho e conferências de saúde) na gestão do SUS na Bahia com relação à saúde mental e apresenta alguns desafios para os gestores desta política, quais sejam a incorporação das propostas das Cesm ao processo decisório, inclusive no âmbito do conselho, qualificando-o para que possa debater os problemas e formular proposições para a adequação da Política de Saúde Mental à situação enfrentada no estado. Desse modo, os participantes dessas instâncias estariam exercendo de fato a “participação cidadã – participação concebida como intervenção social periódica e planejada ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública” (GOHN, 2013, p. 59) e subsidiando os gestores e executores da política.

Finalmente, compreendem-se como principais limites desta pesquisa o fato de que seus resultados se restringem a uma política específica (saúde mental) num único Ces, não permitindo que sejam extrapolados para demais políticas que o CES-BA tenha debatido e para outros conselhos do País. A baixa efetividade do CES-BA parece não ser específica deste conselho, tendo em vista que outros conselhos de saúde também têm tido uma participação incipiente no que tange a deliberações políticas, como evidenciado nos estudos de Côrtes (2010), Labra (2010) e Avritzer (2010). Assim, seria interessante investigar se em outros estados do País os conselhos estão cumprindo com seu papel de acompanhar a formulação e a implementação da Política de Saúde Mental. De um modo geral, seria importante aprofundar a análise da prática dos conselhos, para que se compreenda melhor quais os interesses envolvidos e o que de fato pretendem os sujeitos participantes desses espaços decisórios. ■

Referências

- AVRITZER, L. (Org.). *A dinâmica da participação local no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010, 470 p. (Pensando a Democracia no Brasil, 3).
- BAHIA. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 3. 12 e 13 de novembro de 2001. *Relatório Final da Conferência*. Salvador, 2001, 20 p. Mimeo.
- . CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4. 24 a 26 de maio de 2010. *Relatório Final da Conferência*. Salvador, 2010, 79 p. Mimeo.
- . Secretaria Estadual da Saúde. *Relatório Anual de Gestão da SESAB (2013)*. 2014, Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Relatorio_anual_gestao_2013.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- . Assembleia Legislativa do Estado da Bahia. *Lei Estadual n.º 12.053, de 07 de janeiro de 2011*. Dispõe sobre a estrutura do Conselho Estadual de Saúde da Bahia e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portales/imagens/stories/arquivos/Downloads/Estrutura_CES_lei_12053_07_01_2011.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BISPO JÚNIOR, J. P. *Participação social e relação de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia*. 2013. 214 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei Federal n.º 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. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- . Presidência da República. Casa Civil. *Lei Federal n.º 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. 2001. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12_Lei_10216.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- . Presidência da República. Casa Civil. *Lei Federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acesso em: 24 jan. 2015.
- CÔRTEZ, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. *Participação, democracia e saúde*. Cebes: Rio de Janeiro, 2010, p. 102-128.
- ESPERIDIÃO, M. Controle social no SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 245-263.
- GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação socio-política*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 3. ed. Washington, DC: Longman, 2011.
- LABRA, M. H. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. *Participação, democracia e saúde*. Cebes: Rio de Janeiro, 2010, p. 176-203.
- LABRA, M. H.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.
- LOBATO, L. V. C. Apresentação do livro – reforma sanitária e participação social. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. *Participação, democracia e saúde*. Cebes: Rio de Janeiro, 2010, p. 9-12.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2013.
- PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, 2011.

RABELO, A. R.; COUTINHO, D. M. Análise da saúde mental na Bahia – 2008. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 104-119, 2008.

Recebido para publicação em março de 2015

Versão final em agosto de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve