

# Controle social e saúde mental: estudo sobre barreiras e possibilidades para a participação social



*Social Control And Mental Health: a study of barriers and possibilities for social participation*

**Gabrielle Wendeel dos Santos<sup>1</sup>, Luís Felipe Ferro<sup>2</sup>**

## RESUMO

Em contexto brasileiro, importantes conquistas regulamentaram o Controle Social na Saúde, estendendo à população o direito de formular, fiscalizar e avaliar as políticas públicas. Contudo, diferentes problemáticas são evidenciadas cotidianamente para sua prática. A partir desse contexto, o presente artigo objetiva apresentar o relato da experiência do projeto de Extensão “Controle Social em Saúde Mental: cidadania em construção”, de maneira a relatar as problemáticas vivenciadas e estratégias elaboradas pelo projeto para fortalecer a participação de familiares e usuários dos serviços de saúde mental em espaços de controle social, foco dado à Comissão de Saúde Mental (CSM), vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de um município do Paraná. O presente projeto foi estruturado de maneira a estudar as problemáticas vivenciadas no controle social, propondo estratégias de enfrentamento por meio da interação cooperativa entre extensionistas e participantes. Desta forma, propôs-se acompanhar e construir coletivamente ações para proporcionar suporte aos participantes do projeto para o exercício do controle social. Durante nove meses, os participantes foram acompanhados na CSM, sendo evidenciadas diversas barreiras. O horário das reuniões da CSM; a falta de informação sobre o controle social e políticas públicas; a falta de participação popular; a baixa resolubilidade e/ou encaminhamentos de discussões, foram questões relevantes. O projeto, por sua vez, possibilitou a elaboração de diferentes estratégias para especializar o exercício do controle social, sublinhando a importância do fortalecimento de coletivos e da elaboração e execução corresponsável e dialógica de ações. Ressalta-se a importância de intervenções que promovam de maneira contínua o controle social.

**Palavras-chave:** Saúde coletiva; Controle Social; Políticas Públicas; Saúde Mental; Participação Cidadã.

## ABSTRACT

In the Brazilian context, important achievements promoted the regulation of Social Control in Health, extending to the population the right to formulate, monitor and evaluate public policies. However, various problems are evidenced every day for its practice. From this context, this paper aims to describe problems and strategies to strengthen the participation of families and users of mental health services in Social Control realized by the extension project “Social Control in Mental Health: citizenship under construction”, focus given to the Mental Health Commission (CSM), linked to the Municipal Health Council of a municipality of Paraná. This project was structured to study the problems experienced in social control, proposing coping strategies through cooperative interaction between extensionists and participants. Thus, it is proposed to follow and build collective actions to provide support to the project participants for the exercise of social control in the CSM. For nine months, the participants were followed at meetings of the CSM, which highlighted several barriers and difficulties. The schedule of meetings of the CSM; the lack of information on social control and public policy; the lack of citizen participation; low resolution and / or referrals were relevant issues. The project still developed different strategies to specialize the exercise of social control, underlining the importance of promoting actions co-responsibly and dialogically elaborated and executed by collectives. The importance of interventions that continuously promote social control is emphasized.

**Keywords:** Public Health; Social Control; Consumer Participation; Mental Health; Social Participation.

<sup>1</sup>Graduação em Terapia Ocupacional e especialista em apoio em saúde pela UNICAMP. Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS), Curitiba, Paraná, País. E-mail: [gabws90@gmail.com](mailto:gabws90@gmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3688-8630>

<sup>2</sup> Pós-Doutor. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: [luisfelipeferro@gmail.com](mailto:luisfelipeferro@gmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8935-104X>

## INTRODUÇÃO

Em contexto brasileiro, até os anos de 1970, o tratamento de pessoas com transtornos mentais era efetuado praticamente com exclusividade em Hospitais Psiquiátricos, tendo como base o modelo manicomial de atenção (RIBEIRO; MACHADO, 2008). Experiências internacionais, movimentos e agentes sociais diversos passaram, contudo, a criticar este tipo de assistência e propor novas formas de atenção em saúde mental, dando origem aos primeiros embriões da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018; ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010; SARACENO, 1999). A Reforma Psiquiátrica previu, então, para além da redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a composição de cuidados realizados na comunidade/território de existência dos sujeitos (ALVARENGA; NOVAES, 2007).

Neste panorama, a atual política pública da Saúde Mental (BRASIL, 2013; 2017) passou, então, a deslocar o olhar focado exclusivamente na doença para contemplar integralmente o sujeito, buscando proporcionar suporte à inclusão social da pessoa com transtorno mental em sua comunidade/família/contexto social. O foco da intervenção terapêutica, logo, passou a aliar de maneira indissociável o acompanhamento clínico à criação de possibilidades concretas de vida, participação, trocas sociais e produção de cidadania (FERRO, 2014; FERRO et al., 2018).

Concomitantemente à Reforma Psiquiátrica, o final de 1970 e início de 1980 foram palco, em contexto brasileiro, de diversa sorte de organizações populares com foco na luta contra o autoritarismo e a favor da construção de um sistema de saúde democrático, afirmando a participação comunitária no controle das ações públicas (GUIMARÃES et al., 2010; AMARANTE; NUNES, 2018).

Importantes conquistas sociais advindas destes movimentos foram a promulgação da Carta Magna em 1988 e, com maior especificidade no campo da Saúde, das leis 8.080/90, que regulamenta e elabora os princípios e diretrizes do SUS, e 8.142/90, a qual regulamentou o controle social no SUS, criando espaços para a participação social no controle das ações públicas (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

O campo da Saúde foi pioneiro na luta pelos direitos sociais e a democratização entre as relações do Estado e da Sociedade (CARVALHO, 1997; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). A lei 8.080/90 apresentou como uma de suas diretrizes a participação da comunidade na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde (BRASIL, 1990a).

A lei 8.142/90, por sua vez, reforça e regulamenta a participação da sociedade civil na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo a criação de espaços de controle social das ações públicas, quais sejam: as Conferências; e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b).

Os Conselhos e Conferências são constituídos nos três níveis de governo: municipal; estaduais e federal (BRASIL, 1990b). Nestes espaços, há a participação de diversos segmentos da sociedade, gestores, prestadores de serviços, profissionais e usuários do SUS, proporcionando estrutura para o protagonismo da comunidade no controle das ações públicas (ASSIS; VILLA, 2003; FERRO, 2014).

A representação dos usuários nos espaços de controle social é paritária, ou seja, o segmento de usuários tem 50% das vagas, tanto dos Conselhos, como das Conferências de Saúde, sendo reservado ao restante dos seguimentos os outros 50%, divididos da seguinte forma: 25% das vagas para trabalhadores de saúde e 25% divididos entre gestores e prestadores de serviços públicos e privados (BRASIL, 2002b).

As Conferências devem ser convocadas no máximo a cada quatro anos com o intuito de avaliar a condição de saúde de cada um dos níveis de governo e propor diretrizes para subsidiar a elaboração das políticas de saúde (BRASIL, 1990b). Assim, nesse espaço, a participação da comunidade desenvolve diretrizes para guiar o processo de configuração e formulação das políticas de Saúde (GUIZARDI et al., 2004).

Os Conselhos, por sua vez, possuem caráter deliberativo e atuam na formulação de estratégias “e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990b, s/p). Os Conselhos podem receber denúncias em relação a atendimentos precários, desvio de recursos, entre outros, mas também recebem sugestões acerca das ações e políticas de saúde (BRASIL, 2003). Para além, é objetivo dos Conselhos de Saúde acompanhar e avaliar a execução dos Planos de Saúde, o orçamento e o alcance de metas estabelecidas (BRASIL, 2002a).

Para possibilitar o aprofundamento da discussão e elaboração de estratégias mais concisas, alguns Conselhos de Saúde possuem, em sua organização, Comissões Temáticas, as quais realizam estudos sobre determinadas áreas do SUS, aprofundam questionamentos, emitem pareceres e proporcionam subsídios para as discussões dos Conselhos. As Comissões Temáticas podem ser direcionadas a diferentes temas, como, por exemplo: Comissão de DST/Aids; Comissão de Saúde Ambiental; Comissão de Saúde Idoso; Comissão de Saúde da Mulher; Comissão de Saúde Mental; etc.

Na conjugação entre o campo da Saúde Mental e do Controle Social, diferentes propostas apresentadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental afirmam a necessidade

de ações de educação popular voltadas ao fortalecimento do controle social, como uma forma de avançar na concretização dos ideais da Reforma Psiquiátrica.

A atual política pública de Saúde Mental, por sua vez, subsidia práticas voltadas a construir a cidadania e a participação social de seu público alvo, tendo o fortalecimento do controle social como uma de suas metas (BRASIL, 2017). No entanto, o exercício do controle social apresenta complexidade e dificuldades diversas (MORITA; GUIMARÃES; MUZIO, 2006; FERRO, 2014; JUNGLOS et al., 2019).

A partir deste contexto, o departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR) realizou em 2010 a primeira turma do curso “Controle Social em Saúde Mental: cidadania em construção”. O curso, atualmente em sua 11ª turma, destinou esforços para fortalecer o exercício do controle social por profissionais, usuários dos serviços de Saúde Mental e seus familiares. Já em sua primeira turma, os participantes relataram o desejo de participar dos espaços de controle social, o que promoveu a elaboração do projeto de extensão “Controle Social em Saúde Mental: possibilidades de construção da cidadania”, voltado a proporcionar suporte a este coletivo em seu processo de inclusão na Comissão de Saúde Mental (CSM), vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de um município do Paraná, e no exercício do controle social.

O artigo em tela pretende apresentar o relato da experiência extensionista, descrevendo algumas das barreiras e estratégias elaboradas pelos participantes do coletivo para o exercício do controle social.

## **METODOLOGIA**

A partir do objetivo de construir coletivamente e cooperativamente formas de especializar o exercício do controle social junto à Comissão Municipal de Saúde Mental (CSM), vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de um município do Paraná, o projeto de extensão “Controle Social em Saúde Mental: possibilidades de construção da cidadania” organizou seus recursos humanos e ações em diferentes formatos.

Os extensionistas puderam participar ativa e colaborativamente com os participantes do projeto de nove reuniões mensais da CSM, entre março e novembro de 2011. Ainda, após as reuniões da CSM, os participantes se reuniam para dialogar a respeito da experiência, procurando diagnosticar dificuldades e formular e executar coletivamente estratégias para enfrentar as problemáticas vivenciadas, buscando ampliar a efetividade do exercício do controle social.

No que tange às propostas metodológicas do presente artigo, o relato da experiência a ser apresentado embasou suas argumentações em dados advindos de diário de campo, a partir do qual as situações e problemáticas vivenciadas, discussões e falas dos participantes, percepções dos extensionistas, assim como as estratégias desenvolvidas pelo coletivo e suas repercussões foram sistematicamente anotadas.

As informações coletadas pelo diário de campo foram analisadas a partir da análise Hermenêutico-dialética e categorizadas em núcleos temáticos. Segundo Minayo (2004),

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. (MINAYO, 2004, p. 227).

Para preservação da identidade dos participantes do projeto, os familiares acompanhados na reunião serão nomeados com a letra F, seguida de um número. Com relação aos dados referentes aos usuários, será registrada a letra U, seguida de numeração.

A análise dos dados nos conduziu à elaboração de 5 categorias, as quais encontram-se descritas abaixo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL: ENTRE ORGANIZAÇÃO, PERIODICIDADE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

A Comissão de Saúde Mental (CSM), vinculada ao Conselho Municipal de Saúde em tela, tem como objetivo acompanhar, avaliar e fiscalizar o desenvolvimento do Plano de Saúde no tocante à Saúde Mental do Município, além de propor e emitir parecer sobre o campo. No regimento interno do Conselho Municipal de Saúde regulamenta que as Comissões devem promover estudos e emitir pareceres sobre temas específicos. Suas reuniões são mensais e devem ser abertas à comunidade, ou seja, a qualquer cidadão ou entidade interessada, e todos os participantes da comissão de saúde possuem direito a voz.

À época, a reunião da Comissão de Saúde Mental ocorria mensalmente na terceira quarta-feira do mês às quatorze horas, com duração aproximada de duas horas. Nas nove reuniões da CSM, houve o acompanhamento de três familiares e dois usuários dos serviços de saúde mental, que participaram ativamente, e outros dois usuários tiveram frequência irregular.

Durante o processo de acompanhamento dos sujeitos, puderam ser evidenciados diversos casos de familiares e usuários que tiveram sua participação na reunião da Comissão prejudicada devido ao dia e o horário comercial, estabelecido para seu funcionamento.

Um dos participantes do projeto teve a oportunidade de ingresso no mercado de trabalho formal, impossibilitando sua participação na CSM. Também com relação ao trabalho, a familiar F3 demonstrou dificuldades, pois o absenteísmo poderia prejudicá-la profissionalmente, principalmente por já possuir carga horária reduzida pela condição de saúde de seu filho.

Neste contexto, o familiar F1 possuía maior facilidade para participar das reuniões da Comissão, dado o caráter autônomo de suas atividades produtivas. F1 é dono de seu próprio escritório com trabalho em regime flexível, o que possibilita ao sujeito modificar sua carga horária para inserir em sua grade de atividade a participação nas reuniões da comissão. F2, por sua vez, é aposentada, situação que facilita sua participação nesse espaço de controle social.

A participante U1, assídua nas reuniões, não possuía vínculo formal de trabalho, sendo, contudo, integrante de um grupo de geração de renda de uma associação de usuários da Saúde Mental. Esta atividade proporcionou flexibilidade à usuária, não atribuindo qualquer barreira para sua presença na Comissão. No entanto, o usuário U2, embora realize atividades na mesma Associação, apresentou dificuldades em participar das reuniões, haja vista o conflito entre horário da atividade e da reunião da Comissão. Na mesma situação, a usuária U3, atendida por um Centro de Atenção psicossocial (CAPS), apresentou dificuldades em se afastar por um período do equipamento, pois a falta nos atendimentos poderia levá-la a perder a sua vaga.

Se, por um lado, percebemos restrições de integrantes de alguns segmentos da população pelo horário de realização da CSM, por outro, outros são fortalecidos a partir deste direcionamento. O horário comercial das reuniões se institui apropriadamente para gestores e/ou profissionais da saúde, que possuem horários de seu trabalho reservados para sua participação na Comissão. Por outro lado, familiares e usuários dos serviços de saúde mental, muitas vezes com compromissos de trabalho ou tratamento, apresentam dificuldade para participar ativamente das reuniões.

O fato apresentado impacta diretamente na efetivação do controle social, desencadeando ausência de familiares e usuários de serviços de saúde mental na reunião. Relação direta, contudo, não pode ser categoricamente afirmada entre participação nas reuniões e efetivo

exercício do controle social. A problemática apresenta-se em maior profundidade e exige-nos maior exploração e discussão crítica.

### **CONTROLE SOCIAL: NECESSIDADE DE SUPORTE, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO**

As reuniões da CSM são compostas por representantes dos diversos segmentos da população, gestores, profissionais, prestadores de serviços e usuários do SUS do município.

As reuniões da CSM, à época presidida pela coordenadora de saúde mental do município, apresentava algumas pautas a serem discutidas no dia, iniciando geralmente com a pauta intitulada “Atualização do Programa de Saúde Mental”. Nessa pauta eram apresentadas atualidades sobre as principais ações vinculadas à saúde mental, com foco maior no município. Foram discutidas notícias de avanços na área, as atuações dos órgãos governamentais, explicação de projetos que estavam sendo implementados e informações gerais do que está ocorrendo no campo da Saúde Mental.

Diferentes falas e assuntos abordam com maior profundidade questões próprias à Reforma Psiquiátrica e continuamente são presentes discussões sobre equipamentos de saúde mental. Contudo, muitas das informações necessitavam de conhecimentos prévios para um melhor entendimento sobre o assunto. Outras pautas, muitas delas derivadas de assuntos específicos da pauta da “Atualização do Programa de Saúde Mental”, exigiam de todos os participantes, para plena compreensão dos assuntos e, conseqüentemente, maior especialização para o exercício do controle social, conhecimento prévio elaborado.

Contudo, ao encargo de dar andamento às pautas, questões importantes foram repassadas sem a profundidade requerida e/ou tempo para inserir os presentes nos assuntos. Assim, a falta de apropriação sobre determinados temas, aliada à utilização freqüente de jargões técnicos nas discussões e combinada com a falta de atenção voltada para a instrução e aprendizagem do coletivo, resultaram em significativa redução da participação popular e falta de entendimento dos tópicos discutidos.

Tal funcionamento, desta forma, impõe uma barreira para variados segmentos para o pleno exercício do controle social, ao mantê-los à margem da propriedade dos assuntos abordados. Afirma-se aqui a importância da informação e do conhecimento a respeito das diferentes questões abordadas, caso contrário, ao invés de controle social, de participação popular, encontramos pragmaticamente agentes impossibilitados tanto de compreender os assuntos abordados, como de contribuir para a especialização das ações do Controle Social.

Durante a participação nas reuniões, dúvidas foram levantadas pelos participantes do projeto de extensão, principalmente referente a legislações e políticas públicas de saúde e de serviços de saúde mental, as quais foram sanadas em conjunto com os extensionistas e em algumas situações com a coordenação da Comissão. Wendhausen e Caponi (2002) e Lima (2020) apontam a importância das relações de diálogo para enfrentar os obstáculos para o exercício dos usuários no controle social. A necessidade de formação sobre políticas públicas em saúde, foco dado no projeto à área da saúde mental, prévia e/ou concomitante à participação nos espaços de controle social, em formatos diferenciados, torna-se imprescindível para melhor aproveitamento das informações abordadas na reunião e para a especialização do controle social.

Segundo Ferro (2016), a informação proporciona respaldo para a argumentação dos indivíduos na defesa de seus interesses nos equipamentos de controle social. “A informação e conhecimento das políticas de saúde são fatores relevantes na forma como a participação política dos usuários tem-se concretizado” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Apesar do curso sobre controle social ter oferecido informações importantes sobre as políticas públicas de Saúde Mental, existe ainda a necessidade de maior suporte aos participantes de espaços de controle social no cotidiano de seu exercício junto aos Conselhos e Conferências. Neste sentido, o projeto de extensão pôde prover assessoria e construção conjunta de conhecimento a partir da realidade concreta vivenciada na CSM.

Além das diversas dificuldades encontradas durante as reuniões com relação ao desconhecimento de políticas de saúde e de saúde mental, há também um grande desconhecimento acerca do controle social. Neste sentido, Ferro, Burnagui e Ditterich (2019) advogam sobre a importância da execução de variadas estratégias para promover a divulgação sobre o Controle Social, suas instâncias colegiadas e mecanismos sociais de participação popular.

Os participantes do projeto alegaram que antes de participarem do curso nunca haviam sido informados sobre o controle social e o seu direito de participar no controle das ações públicas. Os usuários alegaram não terem essas informações nos equipamentos no qual foram tratados ou em outro espaço de saúde (SANTOS; FERRO; SILVA, 2011).

Com o intuito de enfrentar esta problemática, os participantes do projeto em conjunto com os extensionistas elaboraram a estratégia de ampliar o curso de controle social, realizado semestralmente pelo departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR), abrindo vagas também para profissionais e gestores. A ação foi estruturada, desta forma, com o intuito de capacitar profissionais vinculados aos serviços de saúde mental

do município para serem agentes multiplicadores para o fortalecimento do controle social (FERRO, 2016).

Para Ferro, Burnagui e Ditterich (2019), a informação é indispensável para o exercício do controle social, cabendo também aos serviços e profissionais a elaboração de ações que fomentem a formação dos usuários dos serviços de saúde e seus familiares. De acordo com Wendhausen e Caponi (2002, p. 1627), existe a necessidade de deslocar a atitude dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde no sentido de estimular o “usuário a conhecer mais sobre a temática da saúde, relacionando-a a seus direitos”.

A informação é fundamental para o reconhecimento dos mecanismos como opção para a atuação junto aos serviços. Isto implica proporcionar um conjunto de ações que requerem a divulgação destes mecanismos, como também a apresentação de respostas às necessidades da população que reforçarão o conhecimento e a confiança nestes mecanismos. (VÁZQUEZ, et al., 2005, p. 153).

Acredita-se que processos educativos para o Controle Social devem estar presentes em diversas instituições das mais diferentes áreas, seja da saúde, educação, assistência social, associações, e voltados aos variados segmentos sociais, visando ampliar a educação para o tema. “Nesse sentido, processos educativos participativos poderiam ser utilizados para capacitação dos diferentes segmentos envolvidos, com vistas a fortalecer o controle social na saúde.” (ARANTES et al., 2007, p. 477).

Ao mesmo tempo em que há a dificuldade em exercer o controle social sem o conhecimento acerca das políticas públicas da área, existe também a necessidade do conhecimento do funcionamento na prática dos equipamentos em saúde mental.

Partindo dessa questão, com o objetivo de conhecer melhor o funcionamento de um dos serviços voltados a oferecer tratamento em Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e, principalmente, averiguar e comparar sua prática com a sua previsão normativa, houve a proposta de apresentação dos CAPS do município nas reuniões da Comissão. Esse encaminhamento, proposto pela coordenadora da Comissão, foi realizado em resposta às diversas reclamações com relação aos equipamentos de saúde mental, advindos principalmente dos familiares participantes do projeto.

Objetivando tomar propriedade sobre a perspectiva dos usuários dos CAPS a respeito de suas experiências e opiniões referentes ao serviço, a familiar F2 solicitou durante a reunião da CSM que, ao serem apresentados os serviços, houvesse o cuidado da presença de ao mínimo um de seus usuários. Ao primeiro momento, quem estava presente na reunião teve a

percepção de que a ideia foi da própria familiar F2. Entretanto, em conversa posterior, F2 afirmou que uma profissional dos serviços de saúde mental, que estava ao seu lado, cochichou essa sugestão.

A situação se demonstra emblemática da dificuldade dos profissionais da saúde em apresentar ideias que possam vir a confrontar com a gestão, provavelmente por receio de possíveis represálias. Tais situações, ao detrimento do exercício democrático, passam a ser enunciadoras de toda uma rede de poder e relações que fragilizam continuamente o exercício do controle social por diferentes segmentos da população (FERRO, 2014).

A partir da estratégia de convocar os CAPS a apresentar seu trabalho, e com uma maior propriedade sobre sua previsão normativa, esperava-se abrir possibilidade de expor questionamentos e reclamações, auxiliando a construir melhores atendimentos e práticas nos serviços. Entretanto, os participantes do projeto vivenciaram exposições delongadas que se pautaram somente nas fortalezas dos serviços por seus gestores. Vários dos gestores dos CAPS, ainda, não organizaram sua apresentação junto com usuários do serviço, proposta inicial, ou escolheram alguns usuários claramente endereçados a divulgar positivamente o serviço, maculando a proposta original de se aproximar da realidade dos equipamentos do município.

Para enfrentar este quadro, propôs-se, assim, uma ação estratégica de educação em saúde nos CAPS no Dia Mundial de Saúde Mental, dialogando com os usuários sobre os espaços de controle social e suas funções, divulgando também um folder de apresentação da CSM e suas atribuições. No entanto, as ações não puderam ser realizadas nesta oportunidade devido à necessidade de aprovação do folder pela plenária da Comissão e, por última instância, do Conselho Municipal de Saúde – o que imprimiria extensão mais delongada ao processo.

Diante dessa situação, buscando maiores informações acerca do que era realizado nos CAPS, outra estratégia formulada em conjunto com os participantes do projeto foi a realização de um roteiro com perguntas específicas aos gestores e usuários dos CAPS, a serem realizadas após sua apresentação. Houve, deste modo, a formulação de questionamentos com relação às ações do CAPS, atendimentos domiciliares, ações intersetoriais, realização de matriciamento, acompanhamento terapêutico e relação profissional/serviço.

Apesar da ação ter sido formulada cuidadosamente, houve dificuldade em realizar as perguntas aos gestores e aos usuários dos CAPS, por conta da escassez de tempo após a apresentação do serviço, haja vista a necessidade de dar andamento às demais pautas da

reunião. Com a percepção dessa barreira, os participantes do projeto passaram a realizar perguntas durante a apresentação do serviço, buscando maiores informações.

## **CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE MENTAL: DIFICULDADES PARA A PARTICIPAÇÃO**

Durante todo o desenvolvimento do projeto e acompanhamento dos sujeitos na reunião da CSM, pôde-se notar a ausência de usuários participando da reunião. No geral, a plenária era composta apenas por gestores e profissionais dos serviços de saúde, além dos familiares e usuários que participavam do projeto. Apenas uma usuária e um familiar não relacionados com o projeto compareceram à reunião esporadicamente com o intuito de reclamar do fechamento de um serviço de saúde mental. Em alguns momentos houve também a presença de estudantes de graduação da área da saúde.

Por vezes puderam ser presenciadas algumas visitas ao espaço das reuniões da CSM exclusivamente para reclamações e cobranças restritas a situações pontuais, seguidas pelo abandono das participações. Estas participações, embora apresentem o ganho da exposição de problemáticas diversas vivenciadas no cotidiano dos serviços, expõe de maneira crítica a falta de continuidade no exercício do controle social.

Ao que pareceu aos extensionistas, a mobilização de diferentes sujeitos por vezes se encontrou restrita à resolução imediata de problemas que interferem diretamente em suas próprias vidas – ações coletivas e indiretas muitas vezes foram mantidas em suspenso. Ainda, a participação longitudinal de outras pessoas não vinculadas ao projeto, com propostas de resoluções e acompanhamento das problemáticas não aconteceram no tempo aqui abordado.

Embora tal situação possa remeter à inócua culpabilização destes sujeitos ou de outros que sequer aparecem nos espaços do Controle Social, Grisotti, Patrício e Silva (2010, p.835) problematizam tal processo, afirmando a existência de fatores diversos que interferem na efetividade da participação nos espaços de controle social, dentre eles a “falta de uma cultura participativa no interior da sociedade”. Guizardi (2008), Côrtes (2009), Ferro (2014), Pereira et al. (2019); Olivera; Ianni; Dallari (2013) e diferentes estudiosos apontam a falta de investimentos em educação popular para o controle social, a baixa resolubilidade das questões/denúncias apontadas nestes espaços, as relações de poder que os permeiam e as situações vexatórias as quais seus participantes se encontram frequentemente expostos, como variáveis que interferem diretamente na participação popular junto aos espaços de controle social.

Para além, a interdependência dos usuários também se evidenciou como um fator relevante na participação da reunião da CSM. Muitos dos usuários que participaram do curso de controle social e foram convidados a participar do projeto, demonstraram dependência de outros usuários para irem à reunião da Comissão. Esse fato acarretou em um efeito “dominó”, em que se um usuário não fosse à reunião da Comissão, outro também não compareceria. A frequência em espaços de controle social, à margem da frieza de sua constituição legal, é permeada por afetos, e a rede social dos usuários se apresenta de maneira ímpar para fortalecer esta participação.

Como já mencionado, a reunião da comissão era iniciada com a pauta de “Atualização do Programa de Saúde Mental”, apresentando informações a respeito da Saúde Mental. Embora a pauta possibilitasse maior imersão em determinados temas do campo da Saúde Mental e ações da gestão, outras acabavam sendo colocadas em segundo plano, pois, muitas vezes, esgotava-se o tempo para discussões mais aprofundadas ou mesmo para a realização de encaminhamentos.

Desta maneira, apesar da pauta inicial, por um lado, proporcionar maior apropriação das ações da Saúde Mental, por outro, poderia ser utilizada por determinados interesses para a redução de qualquer movimento contestatório e/ou encaminhamentos diversos, enforcando-lhes o tempo e fragilizando, conseqüentemente, o controle social. Em outra face, a exposição rápida e superficial de informações sobre a “Atualização do Programa de Saúde Mental”, sem maiores esclarecimentos aos presentes, também pode contribuir para que os sujeitos não participem ativamente pela falta de propriedade dos assuntos abordados.

Contudo, evidenciou-se, no desenvolver do projeto, uma ampliação da atividade dos participantes na reunião, questionando, discutindo e realizando sugestões ou cobrando qualidade dos serviços.

Apesar de procurar estratégias para otimizar a participação na reunião da CSM, evidenciou-se, na apresentação de um CAPS durante uma das reuniões, a grande dificuldade de um usuário se impor e colocar suas reclamações perante vários profissionais e gestores de saúde. O usuário afirmou que havia sido mal atendido em outro CAPS, porém não quis expor qual era exatamente o equipamento, mesmo quando indagado diretamente pelos participantes F1 e F2.

A afirmação sobre a liberdade dos indivíduos em regime democrático para a exposição de suas ideias e experiências é falácia. Medos de represálias são constantes nos diferentes segmentos que compõem o controle social (FERRO, 2014; CÔRTEZ, 2009).

Embora existam familiares e usuários com maior possibilidade de realizar denúncias e reivindicações nos espaços de controle social, tais agentes encontram diversas dificuldades e barreiras, como a falta de encaminhamentos e baixa resolubilidade das problemáticas expostas.

Paralelo a esse fato, percebeu-se muitas vezes a desmotivação de alguns dos participantes do projeto, há muito tempo envolvidos na luta pelos direitos de seus familiares. No entanto, apesar de afirmarem tal desgaste, os familiares F1 e F2 participaram ativamente das reuniões e relataram, por vezes, a importância do suporte do grupo do projeto para a qualificação da experiência junto aos espaços de controle social.

Ponto acertado, desde seu início, foi a presença mútua e parceira dos participantes do projeto nas reuniões da CSM, o que se tornou paulatinamente uma estratégia ímpar para o fortalecimento do exercício do controle social. O suporte emocional e a criação de uma rede social se apresentaram estratégias essenciais para enfrentar o desgaste vivenciado por alguns dos participantes.

### **COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL: DISCUSSÕES E ENCAMINHAMENTOS DE RECLAMAÇÕES**

Muitas das discussões levantadas pelos participantes do projeto ocorreram após, ou mesmo durante, a pauta da “Atualização do programa de Saúde Mental”. Porém, várias das reclamações e/ou apontamentos não obtiveram qualquer desfecho, principalmente devido ao tempo disponível para essas questões. Assim, encaminhamentos muitas vezes não eram efetuados e os assuntos discutidos superficialmente, restringindo o potencial do espaço para o controle social das ações públicas.

Inúmeras discussões semelhantes sem qualquer resolução ou encaminhamento, realizadas pela Comissão e seus membros, apresentam a consequência inevitável do desgaste, acompanhado pelo descrédito no controle social enquanto espaço de transformação social (FERRO, 2014).

No espaço das reuniões, quando eram relatados aspectos deficitários dos serviços de saúde mental, gestores de equipamentos de saúde, assim como a coordenadora da CSM, também coordenadora de saúde mental do município, afirmavam continuamente a necessidade de encaminhamento de casos específicos de reclamações inicialmente à Ouvidoria da saúde do município.

Estas indicações, contudo, não eram seguidas de nenhum movimento para apoiar e informar os indivíduos que as apresentavam sobre como realizar este processo. Na prática, o

que se percebia era a mobilização de alguns usuários que chegavam à CSM para levar determinadas questões, contudo suas reclamações pareciam ser desarticuladas por este fluxograma. Os usuários, desta forma, sem nenhum apoio para estruturar formalmente suas críticas, perdiam-se (junto com suas reclamações e possíveis resoluções) em um limbo do sistema.

Alguns dos usuários do SUS que conseguiam transpor esta fenda relatavam, contudo, a demora no atendimento da Ouvidoria, tanto para o atendimento direto, quanto para o encaminhamento de respostas. O familiar F1 demorou em ser atendido na Ouvidoria durante a realização de uma reclamação contra a própria Ouvidoria, pois não havia recebido uma devolutiva por esse equipamento a respeito de sua reclamação anterior. Nas reclamações junto à ouvidoria, realizadas e arquivadas pela familiar F2, percebeu-se a frequente demora de encaminhamentos e devolutivas.

Para além, a energia de F1 e F2 ainda tinha que ser despendida em enfrentamentos contínuos junto à Comissão para obter respostas e resolubilidade para suas queixas junto à ouvidoria. O suposto automatismo resolutivo do fluxograma “Queixa na Ouvidoria – Apuração do Caso – Resolução e resposta ao usuário” não se apresentou concretamente durante vários dos relatos dos usuários nas reuniões da Comissão de Saúde Mental.

### **CONTROLE SOCIAL: ESPAÇO POTENCIAL PARA ENFRENTAMENTO CONJUNTO DE PROBLEMÁTICAS OU ESPAÇO INFORMATIVO?**

Notou-se, nas reuniões da CSM, a contínua dissidência entre informações sobre os serviços de saúde mental relatadas pela gestão e a experiência concreta vivenciada pelos familiares e usuários participantes do projeto.

Os relatos apresentados pela coordenação afirmavam a total efetividade e resolubilidade dos serviços frente aos diferentes casos. No entanto, os frequentes enunciados dos familiares e usuários realizados durante a reunião da Comissão foram de encontro com tais afirmações, expondo diversas defasagens na atenção em saúde mental. Em conjunto a esse fato, o tempo para as pautas era bastante reduzido, o que impelia, às reuniões, discussões superficiais e sem questionamentos aprofundados.

Tal configuração tende a reduzir a potencialidade da CSM, tornando-a um espaço mais informativo e evidenciando uma ausência de diálogos construtivos. Sem dúvida, uma das potências dos espaços de controle social é reunir diferentes sujeitos e instituições para a construção parceira de ações, aprofundadas a partir da opinião e vivência plurais de sujeitos que compõem este dispositivo e convivem diariamente com os serviços de saúde, assim como

a assunção coletiva de responsabilidades junto ao enfrentamento às problemáticas vivenciadas.

A participação popular nos espaços de controle social tende a inserir perspectivas de diferentes agentes, vinculados aos diversos segmentos, quanto aos serviços e ações públicas. Relatos de casos específicos de mau atendimento e fragilidades da rede foram realizadas na CSM pelos familiares e usuários participantes do projeto, inserindo neste panorama óticas plurais que podem compor um mosaico mais propício para o enfrentamento de problemáticas evidenciadas nos serviços de saúde.

Contudo, conforme apontam Batista e Melo (2011) e Pereira et al. (2019), variados espaços de controle social apresentam restrições em seu exercício de debate, deliberação e formulação de projetos coletivos, sendo relegados, muitas vezes, a um papel burocrático e/ou informativo.

A forma de organização e funcionamento dos conselhos de saúde, hierarquizada e burocratizada, e a ausência dos movimentos sociais nos conselhos são fatores preponderantes, que contribuem para o distanciamento dos conselheiros das discussões sobre a formulação de políticas que atendam às necessidades reais de saúde da população. (SHIMIZU; MOURA, 2015, p.1189).

Embora o controle social possibilite a participação da população e seus representantes como agentes para fiscalizar e avaliar as ações do Estado, além de orientar as políticas de saúde (GUIMARÃES, et al., 2010), diferentes direcionamentos gerenciais podem maximizar ou reduzir a potência dos Conselhos e suas comissões e, com eles, da democracia.

## CONCLUSÃO

Apesar dos obstáculos encontrados na Comissão de Saúde Mental, ressalta-se sua potência democrática para o aprofundamento de discussões, proposições e composições coletivas de ações voltadas aos avanços dos serviços e ao enfrentamento de suas problemáticas.

O presente relato da experiência extensionista procurou demonstrar que ainda existem diversas dificuldades e barreiras para a efetivação do controle social. O horário comercial das reuniões, o qual fragiliza a participação de usuários e familiares nas reuniões da Comissão; a falta de informação e conhecimento sobre o controle social e políticas públicas que permeiam o SUS; a atitude passiva e a falta de participação; a baixa resolubilidade e/ou encaminhamentos de discussões na reunião são questões aqui apontadas para proporcionar campo reflexivo junto ao tema do controle social.

Algumas estratégias puderam ser apresentadas para enfrentar tais dificuldades. Nesse sentido, a metodologia do projeto de extensão foi profícua para proporcionar maior aproximação entre os participantes, os quais puderam compartilhar suas dúvidas, angústias e dificuldades, possibilitando, para além, a elaboração conjunta de propostas para combate das barreiras encontradas no percurso.

Quanto ao campo do controle social, ainda são necessários diferentes estudos que se debrucem sobre a elaboração criativa de ações estratégicas, voltadas ao fortalecimento de seu exercício, assim como a análise de suas repercussões.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.577-89, 2010.

ALVARENGA, L.T.; NOVAES, C.O. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.571-593, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

ARANTES, C. I. S.; . O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-8, 2007.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; O Controle Social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-am Enfermagem**. [S.I], v. 1, n. 3, p. 376-382, 2003.

BATISTA, E. C.; MELO, E. M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Belo Horizonte], v. 16, n.1, p. 337-347, 2011.

BRASIL. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 01/06/15.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 01/06/15.

\_\_\_\_\_. A prática do Controle Social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Reimpressão, Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Guia do conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Republicação da Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 em 21 de maio de 2013. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/index.php?option=com\\_content&id=2486:ci-n88-republicada-a-portaria-gm-n3088-que-institui-a-rede-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-sofrimento-ou-transtorno-mental&Itemid=14](http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&id=2486:ci-n88-republicada-a-portaria-gm-n3088-que-institui-a-rede-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-sofrimento-ou-transtorno-mental&Itemid=14)>. Acesso em: 01/06/15.

\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

CARVALHO, A. L. **Os Conselhos de Saúde no Brasil**. São Paulo: Fases, 1997.

CÔRTEZ, Soraya Vargas (org.). **Participação e Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 208p.

FERRO, Luís Felipe. **Controle Social e Saúde Mental: barreiras e estratégias para o exercício do controle social**. 2014. 264 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

FERRO, L. F. Fortalecimento do Controle Social em Saúde Mental: estratégias e possibilidades. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, p. 601-610, 2016.

FERRO, L. F.; MARIOTTI, M. C. ; NIMTZ, M. A. ; HOLANDA, A. F. . Acompanhamento Terapêutico em Saúde Mental: Estrutura, Possibilidades e Desafios para a Prática no SUS. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 24, p. 66-74, 2018.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 831-840 v.15, n. 3, 2010.

GUIMARÃES, J. M. X. . Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, 2010.

GUIZARDI, F. L. **Do controle social à gestão participativa: perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS**. 2008. 258f. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.

GUIZARDI, F. L.; *et al.* Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 15- 39, 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 797-805, 2006.

JUNGLOS, C.; AMADIGI, F. R.; MACHADO, R. R. M.; SORATO, J. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Cogitare Enfermagem [internet]**, v. 24, s/p., 2019.

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

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; MUZIO, B. P. A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.1, p. 49-57, 2006.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

PEREIRA, Ilma de Paiva et al. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 111-123, Jun. 2019.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008.

SANTOS, G. W.; FERRO, L. F.; SILVA, E. C. Controle social, saúde mental e cidadania: análise de relatos e de construção da cidadania. In: 5º Seminário de Iniciação Científica da FAE, 2011 Curitiba, **Comunicação Oral...** Curitiba: FAE, 2011.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

SHIMIZU, Helena Eri; MOURA, Luciana Melo de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, Dec. 2015.

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

SORATTO, J; WITT, R. R.; FARIA; E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1227-1243, 2010.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois Municípios do nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 141-155, 2005.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1621-1628, 2002.

---

**Recebido em:** 29 de novembro de 2019.

**Aceito em:** 27 de agosto de 2020.