



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

TARCIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO E DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE
NO CICLO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL
(BAHIA, 2001 - 2013)**

**Salvador
2015**

TARCIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO E DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE
NO CICLO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL
(BAHIA, 2001-2013)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira.

**Salvador
2015**

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

O48p Oliveira, Tarcio de Almeida.

Participação do Conselho e das Conferências de Saúde no ciclo da Política Estadual de Saúde Mental (Bahia, 2001-2013) / Tarcio de Almeida Oliveira. – Salvador: T. A. Oliveira, 2015.

125f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmen Fontes Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Participação Social. 3. Conselho Estadual de Saúde. 4. Conferências de Saúde. 5. Saúde Mental. 6. Políticas Públicas. I. Título.

CDU 614.2

TARCIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO E DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE
NO CICLO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL
(BAHIA, 2001-2013)**

Data da defesa: 27 de abril de 2015, as 14h00min.
Banca Examinadora:

Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira – ISC e IHAC/UFBA
Orientadora

Profa. Dra. Maria Constantina Caputo – IHAC/UFBA

Prof. Dr. Washington Abreu – FAMED/UFBA

Profa. Dra. Isabela Cardoso Pinto – ISC/UFBA

Salvador
2015

AGRADECIMENTOS

Ao ingressar no mestrado fui apresentado a minha orientadora, Profa. Carmen Fontes Teixeira, a quem eu só tenho a agradecer pelos momentos de orientação e paciência. Aprendi com ela que devemos nos dedicar sempre a tudo que pretendemos desenvolver. Conhecê-la além das palestras, livros e artigos é algo infinitamente inenarrável.

No ISC aprendi também com outros professores, que jamais esquecerei - Prof. Luiz Eugênio Portela de Souza, Profa. Isabela Cardoso Pinto e Prof. Jairnilson Paim. Obrigado pelos ensinamentos.

No ambiente de trabalho, agradeço à Dorilda Seixas Pimenta Vasconcelos e Vanise Costa Menezes, diretoras do Hospital Geral de Camaçari, que festejaram comigo o momento da aprovação em duas seleções para mestrado, além de me apoiarem durante todo o curso.

No Conselho Estadual de Saúde, agradeço à coordenadora do CES-BA Elizabete Lima de Moraes, e a todo pessoal da Secretaria Executiva do CES-BA, em especial à Poliana Teixeira Cruz Bichara Dória, América Cristina da Silva Freitas e Arão Capinam de Oliveira, pessoas importantes para minha maior aproximação com a organização e funcionamento do Conselho. Vocês me acolheram de maneira educada e gentil. Muito obrigado!

Não poderia deixar de agradecer também aos participantes dessa pesquisa, conselheiros e coordenadores da área técnica de Saúde Mental, e às pessoas com transtornos mentais, estes últimos me inspiraram para realizar esta pesquisa.

Enfim, agradeço às pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para a conclusão de um curso de mestrado no ISC, algo desejado há mais de 15 anos.

(...) “muito temos que caminhar para garantir que a criação de espaços como Conselhos e Conferências não se voltem contra os princípios e valores que inspiraram e inspiram a luta pela construção do SUS”.

(trecho do livro *Reinventando o Brasil*, Carmen Fontes Teixeira)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (FIGURAS, TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS)

FIGURAS

Figura 1 - **Modelo teórico para análise da participação das instâncias de controle social na formulação e implementação da Política de Saúde Mental na Bahia.** 31

Figura 2 - **Diagrama do plano de análise com as categorias e subcategorias analíticas.** 37

Figura 3 - **Distibuição em números absolutos dos segmentos participantes nas pautas sobre Saúde Mental, 2001 a 2006, Bahia.** 45

Figura 4 - **Distibuição em números absolutos de segmentos participantes nas pautas sobre Saúde Mental, 2007 a 2013, Bahia.** 55

TABELAS

Tabela 1 - **Seleção dos conselheiros informantes-chaves.** 34

Tabela 2 - **Identificação dos coordenadores da área técnica de SM-SESAB informantes-chaves.** 35

QUADROS

Quadro 1 - **Propostas da III CESM, segundo sub-temas, 2001, Bahia.** 42

Quadro 2 - **Temas abordados no CES-BA, segundo tema e assunto apresentado na Plenária, Bahia, 2001 – 2006.** 47

Quadro 3 - **Questões relativas à Saúde Mental que ascenderam à agenda do CES-BA, segundo número de reuniões e deliberações, 2001 – 2006, Bahia.** 49

Quadro 4 - **Relação das reuniões do CES-BA segundo tema central e assuntos, Bahia, 2007 – 2013.** 56

Quadro 5 - **Questões relativas à Saúde Mental que ascenderam à agenda do CES-BA, segundo número de reunião e deliberações, 2007 – 2013, Bahia.** 59

Quadro 6 - **Propostas da IV CESMI, segundo eixos, 2010, Bahia.** 61

GRÁFICOS

Gráfico 1 - **Número absoluto de conselheiros presentes e dos que participaram da pauta sobre Saúde Mental, conforme segmento participante, 2001 a 2006, Bahia.** 44

Gráfico 2 - **Número absoluto de conselheiros presentes e participantes das pautas sobre Saúde Mental, conforme segmento 2007 a 2013, Bahia** 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CES – Conselho Estadual de Saúde
CES-BA – Conselho Estadual de Saúde da Bahia
CESM – Conferência Estadual de Saúde Mental
CESMI – Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CONFERES – Conferência Estadual de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
DEM – Partido dos Democratas
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PAS – Programação Anual de Saúde
PES – Plano Estadual de Saúde
PESM - Política Estadual de Saúde Mental
PSM – Política de Saúde Mental
PT – Partido dos Trabalhadores
RAG – Relatório Anual de Gestão
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SESAB – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia
SM – Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
8ª CNS – Oitava Conferência Nacional de Saúde
9ª CNS – Nona Conferência Nacional de Saúde

PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO E DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO CICLO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL (BAHIA, 2001-2013).

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso que objetivou analisar a participação do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), das III e IV Conferências Estaduais de Saúde Mental (CESM) e da Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no processo de formulação e implementação da Política Estadual de Saúde Mental, entre 2001 e 2013. Para isso foi elaborado um modelo teórico, fundamentado na Teoria de Kingdon, que sugere uma sequência de três fluxos para a ascensão de uma questão ou problema à agenda governamental. O plano metodológico foi desenvolvido por meio da análise de conteúdo dos documentos (atas das reuniões do Conselho, propostas das Conferências e pelas ações implementadas pela SESAB); e das entrevistas com informantes-chaves (três conselheiros e quatro profissionais da Área Técnica de Saúde Mental da SESAB). Os resultados demonstram que as duas Conferências apresentaram propostas consonantes com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e com a luta antimanicomial, no entanto, o Conselho não elaborou estratégias capazes de contribuir efetivamente para a consolidação dessas propostas. Desse modo, a SESAB conduziu o processo de formulação e implementação dessa Política sem a participação do CES-BA, priorizando a implantação de CAPS embora tenha mantido hospitais psiquiátricos em funcionamento. Conclui-se que o CES-BA não foi capaz de elaborar estratégias para a formulação da Política de Saúde Mental, muito menos interviu como instância de gestão no ciclo desta Política no âmbito do SUS estadual.

Palavras – chaves: Sistema Único de Saúde; Participação Social, Conselho Estadual de Saúde, Conferências de Saúde Mental, Saúde Mental, Políticas Públicas.

PARTICIPATION OF COUNCIL AND HEALTH CONFERENCE IN THE CYCLE OF STATE MENTAL HEALTH POLICY (BAHIA, 2001-2013).

SUMMARY

This is a case study that aimed to analyze the participation of the State Board of Health of Bahia (SBHB), the III and IV State Conference on Mental Health (SCMH) and the State Secretariat of Health of the State of Bahia (SHSB) in the process of formulation and implementation of State policy on Mental Health, between 2001 and 2013. It was elaborated a theoretical model based on Kingdon's theory, which suggests a sequence of three streams to the rise of a question or problem to the governmental agenda. The methodological level was developed through content analysis of documents (minutes of meetings of the Board, proposals of conferences and for the actions implemented by the SHSB; and interviews with key informants (three councilors and four Technical Professionals of Mental Health at the SHSB). The results show that the two conferences presented proposals in line with the Brazilian Psychiatric Reform and with the anti-asylum, however, the Council hasn't elaborated strategies capable of contributing effectively to the consolidation of those proposals. Thereby, the SHSB led the process of formulation and implementation of this policy without the participation of the SBHB, prioritizing the Psychosocial Care Center deployment although it maintained psychiatric hospitals in operation. It is concluded that the SBHB was not able to elaborate strategies for the formulation of the Mental Health policy, much less intervened as instance of the policy cycle management within the State Unified Health System.

Key words: Unified Health System; Social Participation, State Board of Health, Mental Health Conferences, Mental Health, Public Policy.

DEL CONSEJO Y LA CONFERENCIA DE LA SALUD EN EL CICLO DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL ESTATAL (BAHIA, 2001-2013).

RESUMEN

Este es un caso de estudio que pretende analizar la participación del Consejo Estatal de la Junta de Salud de Bahía (CES-BA), la III y IV Conferencia Estatal de Salud Mental (CESM) y la Secretaría Estatal de la Salud del estado de Bahía (SESAB) en el proceso de formulación e implementación de políticas de estado sobre la Salud Mental, entre el 2001 y 2013. Para eso se elaboró un modelo teórico basado en la teoría de Kingdon, que sugiere una secuencia de tres flujos para el surgimiento de una pregunta o problema en la agenda gubernamental. El nivel metodológico fue desarrollado a través de análisis de contenido de los documentos (actas de las reuniones de la Junta, propuestas de conferencias y de las acciones implementadas por el SESAB); y entrevistas con informantes clave (tres concejales y cuatro técnicos profesionales de la Salud Mental del SESAB). Los resultados muestran que las dos conferencias presentaron propuestas en consonancia con la reforma psiquiátrica brasileña y con el anti-asilo, sin embargo, el Consejo no ha elaborado estrategias capaces de contribuir eficazmente a la consolidación de las propuestas. De este modo, el SESAB condujo el proceso de formulación e implementación de esta política sin la participación de la CES-BA, priorizando la implantación del CAPS aunque mantuvo los hospitales psiquiátricos en operación. Se concluye que el CES-BA no era capaz de elaborar estrategias para la formulación de la política de Salud Mental, mucho menos intervino como instancia de la administración del ciclo de la política dentro del SUS estatal.

Palabras clave: Sistema Unificado de la Salud; Participación Social, Junta Estatal de la Salud, Conferencias de Salud Mental, Salud Mental, Políticas Públicas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Revisão de literatura sobre Conselhos e Conferências de Saúde	15
1.2 Revisão de literatura sobre a Política de Saúde Mental/Reforma da assistência psiquiátrica no Brasil	19
2 OBJETIVOS	24
2.1 Geral	24
2.2 Específicos	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	24
4 METODOLOGIA	32
4.1 Desenho de Estudo	32
4.2 Procedimentos e Técnicas de Produção de Dados	33
4.3 Plano de Análise	35
4.4 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Ciclo da Política de Saúde Mental na Bahia (2001-2006)	39
5.2 Ciclo da Política de Saúde Mental na Bahia (2007 - 2013)	52
5.3 Análise comparativa dos dois momentos (balanço da participação das Conferências e do CES-BA no ciclo da Política de Saúde Mental)	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
7 REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	
ANEXO I - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	82
ANEXO II - Municípios e delegados participantes da III CESH na Bahia	87
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Documentos da III e IV Conferência Estadual de Saúde Mental, 2001 e 2010, Bahia.	89
APÊNDICE B - Documentos do CES-BA analisados, 2001 – 2013, Bahia.	89
APÊNDICE C – Documentos da SESAB analisados, 2001 – 2013, Bahia.	93
APÊNDICE D – Resoluções da Comissão Intergetora Bipartite consultadas, 2001 – 2013, Bahia.	96
APÊNDICE E - Roteiro para entrevista com Conselheiros	104
APÊNDICE F - Roteiro para entrevista com Coordenadores da área técnica de Saúde Mental da SESAB.	105

APÊNDICE G - Roteiro para coleta das informações dos relatórios da III e IV CESH	106
APÊNDICE H - Roteiro para coleta das informações das atas do CES-BA.	107
APÊNDICE I- Roteiro para coleta das informações dos instrumentos de gestão da SESAB (Planos, Programações e Relatórios de Gestão)	108
APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
APÊNDICE K – Linha do tempo do ciclo da Política Estadual de Saúde Mental, Bahia, 2001 – 2013	111
APÊNDICE L. Quadro comparativo entre os dois ciclos analisados, Bahia, 2001 – 2013	115

1 INTRODUÇÃO

O processo de criação e consolidação das instâncias de participação e controle social, na organização e gestão do sistema de saúde brasileiro, foi marcado por constantes transformações no decorrer dos anos. De acordo com Carvalho et al. (2001), do início do século XX até meados dos anos 1980, as decisões no âmbito do sistema público de saúde eram tomadas de forma unilateral e verticalizada, partindo dos grupos técnicos que ocupavam cargos nas instituições governamentais da área de saúde sem participação de representantes da comunidade nem da sociedade civil.

No final da década de 1970, novas perspectivas surgem no contexto do debate em torno das propostas de reorientação dos sistemas de saúde com base na Atenção Primária à Saúde (Alma Ata, 1978), colocando-se como uma das diretrizes o incentivo à participação comunitária. Esta deveria ser fomentada pelos governos como forma de envolver a comunidade na solução dos seus problemas, canalizando mais recursos dela própria para esse fim. Essencialmente, tal Conferência preconizou o desenvolvimento dos necessários instrumentos institucionais que possibilitassem aos indivíduos, às famílias e às comunidades participarem democraticamente das decisões no campo da saúde (ASSIS, 2004).

No Brasil, em meados dos anos 1970, com o desenvolvimento dos movimentos sociais, surgiu na área de saúde o Movimento Sanitário, que reuniu iniciativas de diversos setores da sociedade, colocou em debate a proposta de democratização da saúde como parte do processo de redemocratização do país e ganhou expressividade a partir da década de 1980 (PAIM et al. 2011). Teixeira (2002) traz uma análise ampliada desse processo, que inclui não só a busca de restauração dos direitos civis e políticos, como, também, a luta pelos direitos sociais. No caso da saúde, o ápice desse processo foi alcançado mediante a ampla e inédita participação da sociedade na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual se consolidou a proposta de realização de uma ampla Reforma Sanitária¹.

¹ “(...) a Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social poderia ser analisada *como idéia-proposta-projeto-movimento-processo*: *ideia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas” (PAIM, 2008, p. 36). Esses momentos acontecem simultaneamente, por isso que estão conectados por hífen, entendendo

As propostas da Reforma Sanitária, referendadas na 8ª Conferência, confluíram para a elaboração do capítulo 'Saúde' da Constituição Federal Brasileira de 1988, a chamada Constituição cidadã, pelo fato de ter incorporado a concepção de cidadania, isto é, do 'direito a ter direitos' (ARENDR, 2010). A CF de 1988 consagrou o direito à saúde e incorporou a proposta de construção de um sistema de saúde de caráter público, universal no acesso, igualitário e equitativo. No que tange à organização e gestão do novo sistema de saúde, adotou-se o princípio da descentralização, sendo incorporada a proposta de se estabelecer o comando único em cada esfera de governo bem como o princípio da participação social na formulação de políticas e gestão do sistema de saúde, explicitada na CF de 1988, na LOS n.º 8080 de 1990 (BRASIL, 1990a) e Lei Complementar n. 8142/90 (BRASIL, 1990b).

De acordo com esta lei complementar, os Conselhos e Conferências de saúde têm atribuições distintas, características organizacionais e funcionais específicas e suas ações se complementam com objetivo de formular, aprovar e avaliar políticas, programas, projetos, ações e serviços de saúde voltados para as necessidades da sociedade. Os Conselhos, de composição paritária², são de caráter permanente e deliberativo e foram criados nas três esferas (Federal, Estadual e Municipal), com função de controle, fiscalização e definição das políticas de saúde. As Conferências se reúnem a cada quatro anos e são realizadas também nas três esferas, desempenhando a função de elaborar as diretrizes dos programas, das políticas e ações prioritárias a serem apreciadas e aprovadas pelo conselho de saúde corresponde. Elas "são convocadas periodicamente para discutir assuntos variados e para transmitir os diferentes interesses para uma plataforma/formulação de políticas comum" (FLEURY, 2011, p.02).

a RS como um processo em construção e que não finalizou e nem tem data para tal. Além disso, o autor a caracterizou como uma reforma parcial e setorial. Isso porque ele considera que essa reforma ocorreu apenas no setor saúde e não na totalidade do sistema social brasileiro.

² A paridade nos Conselhos de saúde é definida por meio de resoluções do Conselho Nacional de Saúde. A resolução mais atual (Res. CNS n.º 453/2012) (BRASIL, 2012a), que revogou as anteriores (Res. CNS n.º 33/1993 e a Res. CNS n.º 333/2003), manteve a composição paritária dos Conselhos de saúde com 50% de usuários, 25% de prestadores de serviços, e 25% trabalhadores da saúde. A resolução em vigor reforça a forma para eleição do presidente dos Conselhos, não sendo mais os secretários de saúde de cada esfera, sendo necessária uma votação em plenária para os candidatos ao cargo, bem como, de acordo com Esperidião (2014), tratou de outros temas relacionados às novas atribuições dos conselhos previstas na Lei Complementar n.º 141/2012 e no Decreto Presidencial n.º 7.508/2011; ao tempo dos mandatos dos membros; à renovação de entidades; responsabilidade dos conselheiros sobre seus atos; aos novos conceitos de maioria simples, maioria absoluta e maioria qualificada (para o quórum); às competências do conselho e suas responsabilidades em atualizar as informações sobre o mesmo.

As decisões tomadas nas Conferências de saúde devem assim expressar as demandas sociais e de saúde da população. Definidas essas demandas, os Conselhos devem deliberar sobre a política de saúde a ser executada pelo poder executivo. Cabem aos Conselhos de saúde, portanto, consolidar as decisões definidas nas Conferências, formulando e fortalecendo as políticas de saúde, estabelecendo estratégias para fiscalizar, avaliar e controlar a execução dessas políticas por parte do poder executivo.

Para Oliveira; Pinheiro (2010), o caráter deliberativo dos Conselhos de saúde imprime à ideia de “participação comunitária” adotada na lei, um sentido de participação política, ou seja, de tomada de decisão sobre as políticas de saúde. Estes dispositivos legais asseguram, portanto, o exercício do “controle social³”, entretanto, esse arcabouço constitucional, infraconstitucional e um conjunto de portarias e resoluções que regulamentam a atuação dos Conselhos, não se constituem em garantias de fato do efetivo exercício do controle social na gestão do SUS. Nesse sentido, é importante regatar a produção científica sobre o tema, buscando identificar as características da atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde, principalmente no período correspondente à implementação do SUS.

1.1 Revisão de literatura sobre Conselhos e Conferências de Saúde

A literatura tem sinalizado uma considerável produção científica sobre esse tema, principalmente, a partir da década de 1980. Um estudo elaborado por Rocha

³ Para Navarro (2006) há duas concepções associadas ao “controle social” na sociedade contemporânea - uma referente à manutenção da ordem social e outra como participação da sociedade no ciclo das políticas públicas. Na área de saúde, a proposta de “participação comunitária” entendida pelo autor como parte de um ideário de participação limitada, foi mencionada na 8ª CNS de 1986 e incorporada no texto constitucional como uma das diretrizes da reforma do sistema de saúde. Apenas em 1992, na 9ª CNS, passou-se a utilizar o termo “controle social” entendido como participação da sociedade nas políticas públicas desenvolvidas pelo Estado. Contudo, o uso do termo controle social no Brasil segue o sentido oposto ao das ciências sociais (controle do Estado sobre a sociedade), conotando o exercício do controle da sociedade sobre o Estado. Nessa perspectiva, Carvalho (1995) define controle social como sendo correspondente a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde cabe à Sociedade Civil estabelecer práticas de vigilância e controle sobre o Estado. Nesse sentido, entendemos que o controle social seria o resultado da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento social, a favor de interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade sobre o Estado. Com isso, ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo, a favor da coletividade. Em uma análise mais ampliada, Costa et al. (2000) classificam o controle social em dois tipos de acordo como ele é exercido, sendo de forma institucionalizada ou não institucionalizada. Institucionaliza-se nos Conselhos de saúde, nas Conferências de saúde e no Ministério Público. Todavia, também é eficazmente exercido de forma não institucionalizada pelos usuários, por todos os cidadãos e pela sociedade civil, organizada em associações, entidades de classe, organizações não governamentais e movimentos sociais.

(2007) analisou a produção científica sobre participação social em saúde no período de 1980 a 2005 (310 artigos), constatando uma evolução crescente no número de estudos principalmente a partir de 1990, na medida em que a construção do SUS configurou “um campo de experimentação e consolidação dos mecanismos e canais de participação e controle social em saúde, quer na gestão do sistema quer na operacionalização dos serviços, principalmente, a nível local” (ROCHA, 2007, p. 49).

Outro estudo que também analisou a produção científica sobre participação social em saúde, foi desenvolvido por Cavalcanti et al. (2012). Seus resultados apontam que de um total de 107 artigos publicados em periódicos da área de Saúde Coletiva, 27% (29 estudos) abordavam os Conselhos de saúde e 3,7 %. (quatro) tratavam das Conferências de saúde. Os estudos sobre os Conselhos de saúde analisavam em sua maioria o funcionamento, perfil, atuação e visão dos conselheiros sobre saúde, SUS e direitos sociais. Já os estudos sobre as Conferências, tratavam da participação e do controle social no processo de formulação de políticas de saúde.

Do conjunto dos artigos analisados, destaca-se o estudo de Labra; Figueiredo (2010) que apontam problemas relativos à participação social no SUS, assinalando que estes podem estar associados à “falta de tradição e de cultura cívica” no país. Segundo as autoras, a falta de tradição pode estar relacionada ao fato da sociedade brasileira ter vivenciado governos autoritários, por longos períodos, os quais inibiram/coibiram a participação e a livre expressão social. A falta de cultura cívica, por sua vez, diz respeito à baixa capacidade dos indivíduos se organizarem para exercer sua cidadania, um dispositivo que contribui para a constituição de uma sociedade mais democrática.

Além desses problemas de ordem mais geral, as autoras apontam outras dificuldades, derivadas de questões organizacionais e estruturais dos Conselhos de saúde, as quais interferem, consideravelmente, no processo decisório (LABRA; FIGUEIREDO, 2010). Algumas deliberações dos Conselhos de saúde podem ser manipuladas ou até mesmo negligenciadas por parte do poder executivo. Em muitos Conselhos de saúde é comum secretário de saúde exercer a função de presidente, fato que pode ou não resultar em atitudes manipuladoras sobre a definição de prioridades, na condução das decisões de alguns conselheiros e nos rumos das políticas públicas (LABRA; FIGUEIREDO, 2010).

Lobato (2009, p.10) analisou o funcionamento dos Conselhos de saúde, chamando a atenção para os vários problemas relacionados à baixa representatividade e renovação dos conselheiros, “baixa amplitude de competências, 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”. Esses obstáculos interferem no funcionamento, no desempenho, na tomada de decisão e na condução das políticas de saúde, tanto nos Conselhos municipais, quanto nos estaduais e no nacional.

Atualizando o levantamento bibliográfico, destacamos alguns estudos que analisaram os Conselhos estaduais de saúde, a exemplo do trabalho de Escorel e Delgado (2008) que analisou a atuação dos Conselhos estaduais de saúde em todo o país, identificando o perfil desses Conselhos. Além desses estudos mais abrangentes, foram encontrados vários estudos de caso de Conselhos estaduais que analisaram o processo de condução das políticas de saúde em seus respectivos estados. Quais foram: Mato Grosso do Sul (REIS, 2000); Rio de Janeiro (DIAS, 2011); Amapá (BASTOS, 2010) e Alagoas (CAVALCANTI, 2008). Encontrou-se também um estudo que analisou, comparativamente, o Conselho estadual de Minas Gerais e o Conselho municipal de Belo Horizonte, buscando discutir as relações estabelecidas no âmbito destes Conselhos entre os representantes do Estado e da sociedade civil (JARDIM, 2010).

O único trabalho sobre o CES-BA foi o de Bispo Júnior (2013), que analisou tal Conselho enquanto espaço de construção coletiva das políticas de saúde no Estado entre o período de 2003 e 2011, fazendo uma comparação da atuação dos conselheiros no período de dois governos com bases político-ideológicas distintas (DEM e PT), apontando, ademais, a persistência de problemas já identificados por outros estudos, como é o caso da influência político-partidária, o corporativismo de algumas representações de entidades profissionais e de usuários, além da subordinação do papel do CES-BA aos gestores do SUS, em função da centralização decisória ainda prevalente no sistema.

Buscando aproximar a temática dos Conselhos e Conferência à problemática da Saúde Mental, efetuou-se uma revisão bibliográfica, em 12/05/2013, nas bases de dados da BVS (LILACS e SCIELO) e de teses e dissertações da CAPES, utilizando os descritores participação social, controle social, políticas de saúde, saúde mental e reforma psiquiátrica. Nessa revisão, identificamos apenas dois

estudos, na BVS, que analisam a participação social na política de Saúde Mental. Em um desses estudos, Guimarães et al. (2010), ao analisar a compreensão dos profissionais que atuam na área de Saúde Mental sobre o movimento da participação social no sistema de saúde de Fortaleza, revelou que a participação social possibilita a ampliação da relação sociedade civil com o estado, a qual influencia na intervenção social das políticas de saúde.

O segundo estudo apresenta uma similaridade com o objeto do presente estudo. Oliveira; Conciani (2009) analisaram os processos participativos na construção da reforma psiquiátrica no Conselho municipal de saúde de Cuiabá e no CES do Mato Grosso, por meio do estudo de documentos (leitura das atas) dos Conselhos e das Conferências de Saúde produzidos no período de 2000 a 2005. Os resultados evidenciaram que a fragilidade na condução dos processos políticos no âmbito dos Conselhos de saúde dificultava a efetivação dos Conselhos enquanto espaço de participação social no processo decisório de condução da reforma psiquiátrica no estado.

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. Chama atenção a ausência de estudos que analisem a influência destas instâncias de gestão participativa no processo de formulação e implementação de políticas específicas, isto é, na elaboração de propostas e no acompanhamento e monitoramento da implementação de políticas voltadas ao enfrentamento de problemas ou à organização da atenção a grupos específicos da população.

Nessa perspectiva, decidimos efetuar um recorte em nosso estudo, buscando investigar particularmente a participação do Conselho e das Conferências na formulação e implementação da Política de Saúde Mental na medida em que não identificamos nenhuma pesquisa que tenha estudado a influência dessas instâncias nesta área. Pretendemos, portanto, preencher esta lacuna, fazendo um recorte para uma análise da participação das Conferências Estaduais de Saúde Mental e do CES-BA na Política Estadual de Saúde Mental. Para tanto, apresentamos a seguir uma breve revisão do debate internacional sobre Saúde Mental e uma descrição da trajetória da Política de Saúde Mental no SUS com o intuito de contextualizar as questões específicas dessa investigação.

1.2 Revisão de literatura sobre a Política de Saúde Mental/Reforma da assistência psiquiátrica no Brasil

A adoção de novas diretrizes para a área de Saúde Mental no mundo tem sido difundida pela Organização Mundial de Saúde, no sentido de desenvolver “modelos antimanicomiais” relacionados com a ressocialização dos enfermos e implementação de novas alternativas de cuidado em Saúde Mental. Esses modelos estão associados ao novo “fazer em Saúde Mental” por parte dos profissionais do campo da saúde coletiva, nos serviços de saúde e em outros setores sociais (LANCETTI; AMARANTE, 2007, p. 615). Nessa perspectiva, há vários anos, novas tendências no campo da assistência ambulatorial e extra-hospitalar vêm sendo adotadas na tentativa de se concretizar uma Política de Saúde Mental voltada para o atendimento às necessidades dos indivíduos com transtornos mentais, suas famílias e as comunidades.

No cenário mundial, vários países se destacaram na luta pelo fim dos manicômios, em destaque o Reino Unido e a Itália. Aquele foi o pioneiro a propor uma revolução na assistência psiquiátrica, buscando transformar os hospitais psiquiátricos em comunidades terapêuticas. Na Itália, desenvolveu-se a experiência mais original e radical de transformação do modelo de atenção psiquiátrica, propondo rupturas com o paradigma psiquiátrico e não simplesmente a implementação de melhorias ou transformações na organização da assistência. A experiência Italiana defendia o desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização, priorizando a criação de espaços de experiências e de reinserção dos pacientes e transformação social da visão social sobre os mesmos. A proposta, que virou lei, determinava o fechamento de hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços territoriais, inserindo o indivíduo com transtorno mental no convívio social (LANCETTI; AMARANTE, 2007).

No Brasil, onde se predominava a assistência psiquiátrica fundamentada num modelo de assistência de caráter asilar e excludente, emergiu um intenso movimento de luta antimanicomial, desencadeado por denúncias de maus-tratos, violência e desrespeito à dignidade e aos direitos humanos, fatos que levaram à crise institucional na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, em 1978 (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Essa crise culminou com a criação do primeiro Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)

⁴, que preconizava uma “reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico” (AMARANTE, 2008, 739).

O final da década de 1970 é considerado o marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nessa década que se constituíram os movimentos sociais em torno do processo de redemocratização nacional e da luta pela democratização da saúde, movimentos estes paralelos à luta antimanicomial. Ocorreram, também, experiências inovadoras de programas e serviços comunitários de Saúde Mental em cidades do estado de São Paulo, quais sejam Campinas, São Paulo e Santos (PITTA, 2011). Na primeira, foi implantado o Programa de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde; em São Paulo deu início a um projeto experimental de Saúde Mental na Atenção Primária dos distritos da capital Paulista; e em Santos ocorreu o fechamento de um manicômio (PITTA, 2011).

Com o fechamento do manicômio Casa de Saúde Anchieta, em Santos, o cuidado às pessoas com transtorno mental passou a ser desinstitucionalizado, sendo conduzido por ações e serviços substitutivos ao modelo manicomial asilar, com reorganização dos serviços ambulatoriais e criação de Núcleos de Atenção Psicossocial na Atenção Primária (PITTA, 2011). Nos ambulatórios de Saúde Mental, o atendimento aos indivíduos com transtorno mental passou a ser realizado em grupos e nos centros de saúde foram criadas equipes mínimas compostas por psiquiatra, psicólogo e assistente social, destinadas a desenvolver ações preventivas e promocionais voltadas para os aspectos biológico, psíquico e social dos indivíduos (LANCETTI; AMARANTE, 2007).

As experiências dessas cidades e de outras foram fundamentais para dar início a um novo olhar para a assistência em Saúde Mental, especialmente, a partir das ações voltadas para a desinstitucionalização do cuidado. Entretanto, outros fatos ocorreram no país e foram decisivos para a adoção de estratégias para um novo modelo de atenção psiquiátrica. Dentre eles, destaca-se a proposta de se criar

⁴ Movimento social organizado na área de Saúde Mental que se expandiu rapidamente, respaldando e articulando-se com outros movimentos (I ao V Congressos Brasileiro de Psiquiatria, ocorridos entre 1970 e 1978; I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978; II Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987; I e II Conferência Nacional de Saúde Mental; e Declaração de Caracas, em 1990) e organizações (os núcleos regionais do CEBES do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Minas Gerais) (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; AMARANTE, 2008; BARBOSA, 2012). A articulação com diversos movimentos e organizações possibilitou o início da ruptura com o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador hegemônico no país, bem como a formação de Comissões de Saúde Mental, consagrando marcos que fortaleceram o processo inicial de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; AMARANTE, 2008; BARBOSA, 2012).

Conferências em áreas temáticas específicas, fruto de um dos inúmeros desdobramentos da 8ª CNS. Desta proposta acabou por se realizar Conferências de Saúde Mental por todo país, sendo que a primeira CNSM⁵ ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, em 1987, com a participação de cerca de 1.500 pessoas.

Essa primeira Conferência foi organizada pela Coordenação de Saúde Mental do MS num formato semelhante a um congresso de psiquiatria (PITTA, 2011). A proposta inicial era que acontecesse um evento meramente técnico, porém o programado deu lugar a uma assembleia popular que reuniu no mesmo espaço vários sujeitos envolvidos no debate sobre a Política de Saúde Mental, dentre eles os usuários, familiares e membros dos mais variados movimentos sociais, além de técnicos e dirigentes da área e políticos interessados no tema (AMARANTE, 2008; PITTA, 2011).

Correspondendo a luta contra o modelo hegemônico de cuidado asilar no Brasil e por uma assistência à Saúde Mental digna e humana, um arcabouço de Portarias e Leis foi criado, principalmente a partir do ano 2000, acontecimentos que marcaram a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Uma das Portarias do MS que merece destaque é a de n.º 336 de 2002, que expandiu e estabeleceu os tipos de Centros de Assistência Psicossocial (CAPS⁶), os quais formaram paulatinamente uma rede nacional de centros de atenção comunitários (BRASIL, 2002). Ao conjunto de CAPS agregou-se a implantação das Residências Terapêuticas, espaços de ressocialização, assistência e acompanhamento de portadores de transtornos mentais que não foram acolhidos por suas respectivas famílias (BRASIL, 2000).

A Lei n.º 10.216 de 2001, conhecida como lei Paulo Delgado, foi sancionada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso e representou um marco nesse processo à medida que atribuiu ao Estado à responsabilidade de desenvolver a Política de Saúde Mental no país e, assegurou, no âmbito jurídico, a proteção e os direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001). Anos depois, já em 2003, no início do Governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva, foi sancionada a Lei n.º 10.708, que instituiu o auxílio – reabilitação psicossocial para

⁵ Outras Conferências aconteceram no decorrer dos anos, sendo a II, III e IV CNSM (última até o momento) em 1994, 2001 e 2010, respectivamente. Na Bahia aconteceram as quatro Conferências Estaduais de Saúde Mental.

⁶ O CAPS corresponde a um serviço de Saúde Mental especializado, comunitário e multidisciplinar que assiste ao adulto, adolescente e criança com transtornos mentais graves ou aqueles derivados do uso prejudicial de álcool e outras drogas. O primeiro CAPS surgiu no distrito de Bela Vista em São Paulo e se expandiu pelo país a partir de 1990 (PITTA, 2011).

pacientes acometidos por transtornos mentais egressos de internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2003). Essas leis foram fundamentais para a desinstitucionalização do cuidado às pessoas com transtorno mental e propiciou uma expansão considerável de serviços na área.

Pitta (2011, p. 4586) afirma que o período entre 2000 e 2011 foi considerado como “a era mais vigorosa para a gestão política da Saúde Mental”. Foi nesse período que o número de serviços substitutivos ao modelo manicomial se expandiu. Como ilustração dessa expansão, em 2002 havia 424 CAPS e em 2010 estavam implantados 1650; os Serviços Residenciais Terapêuticos saltaram de 85 em 2002 passaram para 570 em 2010; e o Programa de Volta pra Casa aumentou em número de benefícios por reabilitação de 206 em 2003 para 3.635 em 2010. O autor concluiu que houve um aumento na acessibilidade ao cuidado em Saúde Mental na última década, fato inquestionável, porém o país não dispõe de um patamar satisfatório de recursos assistenciais (PITTA, 2011).

Em 2011, com intervenções mais recentes, deu-se a aprovação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), outro marco legal para a Política Nacional de Saúde Mental. A RAPS é uma das Redes consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde, sua proposta inclui, como base estruturante, a forma integrada de relação entre os serviços e as ações de Saúde Mental com outros da Rede de Atenção à Saúde (serviços da Atenção Básica, o serviço móvel de urgência, a atenção hospitalar, dentre outros) (BRASIL, 2011). Além disso, esta Rede instituiu novas diretrizes para a reorientação do modelo assistencial e reorganização da atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2011).

Ainda sobre a RAPS, a gestão desta Rede se dá por meio da participação dos três entes federativos (Federal, Estadual e Municipal) com atribuições comuns e distintas relativas à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede (BRASIL, 2011). Levando em conta que a implementação da Política de Saúde Mental faz parte do processo de consolidação do SUS, pode-se considerar que a participação social no processo de elaboração de propostas e no monitoramento da implementação e avaliação das ações realizadas em cada esfera de governo é indispensável para o exercício de uma gestão participativa nas Políticas públicas.

Nesse sentido, os Conselhos e as Conferências de Saúde Mental são os espaços legítimos de debate e de elaboração de propostas específicas para a

Saúde Mental. No entanto, considerando a baixa representatividade dos Conselhos de saúde, a dificuldade na incorporação das propostas das Conferências de Saúde no âmbito dos Conselhos e na agenda governamental, bem como a ausência de estudos sobre a influência das Conferências Estaduais de Saúde Mental e a participação do CES-BA na política de Saúde Mental na Bahia, elaboramos a seguinte questão de pesquisa:

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?

Tomando esta questão como ponto de partida, tratamos de desdobrar a pergunta, como segue:

- a) Como ocorreu o debate em torno da Política de Saúde Mental nas Conferências Estaduais de Saúde Mental realizadas em 2001 e 2010? Que necessidades e demandas sociais foram apresentadas nestas Conferências? Que propostas e recomendações foram elaboradas?

- b) Como ocorreu o processo decisório no âmbito do CES-BA no tocante à Política de Saúde Mental? O debate no CES-BA incorporou as demandas, propostas e recomendações emanadas das Conferências Estaduais de Saúde Mental?

- c) As deliberações emanadas pelo Conselho Estadual de Saúde foram incorporadas aos documentos institucionais que contém a Política de saúde estadual (planos estaduais de saúde, programações anuais e relatórios de gestão) no âmbito estadual?

- d) O CES-BA monitorou e avaliou as ações, programas e serviços de Saúde Mental implantados e implementados pela SESAB no período 2001-2013?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- 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.

2.2 Específicos:

- Identificar as necessidades, demandas, propostas e recomendações emanadas da III (2001) e da IV Conferência Estadual de Saúde Mental (2010);
- Analisar as demandas e deliberações relativas à política de Saúde Mental discutidas no CES-BA no período 2001-2013;
- Descrever as ações, os programas e serviços de Saúde Mental implantados e implementados (ou não) pela SESAB no período 2001-2013.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresentamos a revisão de alguns aspectos teóricos utilizados na análise do ciclo de políticas públicas, tal como explicitados no modelo elaborado por Kingdon ([1995] 2011). Em seguida, apresentamos um modelo teórico para análise da participação das instâncias de controle social no ciclo da Política de Saúde Mental no âmbito do SUS, considerando os principais aspectos teóricos do ciclo da Política de Kingdon, destacando, especificamente os Conselhos e Conferências de saúde enquanto ATORES e ARENAS atuantes no processo de formulação, implementação e avaliação da PESH na Bahia.

O modelo do ciclo da política desenvolvido por John W. Kingdon em 1995 contempla a articulação de um conjunto de fluxos que incidem sobre o processo de construção da agenda governamental (*agenda-setting*)⁷. O primeiro implica na

⁷ “O processo de *agenda-setting* de Kingdon tem suas raízes no ‘modelo da lata de lixo’ (*garbage can model*). Este modelo foi desenvolvido para a análise de organizações que se configuram como ‘anarquias organizadas’, operando em condições de grandes incertezas e ambiguidade (como universidades e governos nacionais), nas quais estão presentes três características principais: participação fluída, preferências problemáticas e tecnologia pouco clara” Kingdon, 2003 (*apud* CAPELLA, 2007, p. 88). Para Pinto (2004, p. 60) “o modelo de Kingdon, por sua vez, combina o modelo do ciclo de política pública com o *garbage can*, centrando a estrutura teórica nos momentos de pré-decisão e nos processos de tomada de decisão da política pública, enfocando a progressão de uma questão da agenda sistêmica difusa para a agenda governamental e, finalmente, para o estágio

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.

No primeiro fluxo, conhecido como *problem stream*, Kingdon afirma que as questões que passam a problemas são previamente determinadas pela importância e valor dado aos seus indicadores, aos eventos, símbolos e *feedback* governamental. Os indicadores são instrumentos que contribuem para transformar uma questão em problema quando revelam dados quantitativos capazes de demonstrar a existência de uma situação que precisa de atenção (KINGDON, 2011). Para Kingdon (2011), os indicadores, por si só, são insuficientes para determinar a transformação de questões em problemas, nesses casos, agregam-se a eles os outros elementos, como eventos de grande magnitude relacionados às crises, desastres ou símbolos que concentram atenção em um determinado assunto e podem elevar uma questão à agenda governamental. Já com relação ao *feedback* do governo o autor o relaciona com ações por parte do governo que estimule o desenvolvimento de programas e que busque o monitoramento dos gastos, o acompanhamento das atividades de implementação e o cumprimento ou não das metas. Sendo estas ações, segundo Kingdon, capazes de influenciar no processo de formulação das políticas públicas.

Para Kingdon, 2003 (*apud* CAPELLA, 2007, p. 90) “os problemas não são simplesmente as questões ou eventos externos entre si, há também um elemento interpretativo, ou seja, que envolve percepção”. Isso nos remete à ideia de que indicadores, eventos, crises, símbolos e *feedback* não são capazes de transformar questões em problemas. Isso se justifica porque os problemas são construções sociais e os elementos interpretativos e perceptivos estão inter-relacionados com o

de decisão”. Kingdon define a agenda governamental como “o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em um determinado momento” Kingdon, 2003 (*apud* CAPELLA, 2007, p. 88). Na agenda ainda há uma subagenda, chamada de ‘agenda decisional’ que contempla “questões prontas para uma decisão ativa dos formadores de políticas, ou seja, prestes a se tornarem políticas” Kingdon, 2003 (*apud* CAPELLA, 2007, p. 88).

processo de produção social, os interesses em jogo e as relações que são construídas entre sociedade e Estado.

O segundo fluxo, considerado um conjunto de alternativas e soluções de políticas disponíveis para o problema, é chamado de *policy stream*. Nesse tipo de fluxo Kingdon (2011) procura explicá-lo comparando a geração desses dois elementos ao processo biológico de seleção natural. Esse autor entende que as ideias que produzem soluções são geradas em comunidades (*policy communities*) e flutuam num caldo primitivo de políticas. Nessa perspectiva é que “os projetos de lei são introduzidos, discursos são feitos, propostas são traçadas, e depois são aperfeiçoados e voltam a flutuar” (PINTO, 2004, p. 70). Essas ideias sobrevivem intactas, transformam-se em outras proposições ou são descartadas. Elas, em verdade, passam por um processo competitivo de seleção, sendo mais aceitas pelo público e pelo governo aquelas que se mostram viáveis sejam tecnicamente e com custos toleráveis.

A *policy communities* é composta por indivíduos capazes de gerar alternativas e soluções para os problemas, sendo pesquisadores, assessores parlamentares, acadêmicos, funcionários públicos. Diante da diversidade de atores, com valores e interesses diferenciados, muitas das ideias não são convergentes para uma determinada proposta, daí se gera conflitos e disputas.

Assim, o fluxo de políticas produz uma lista restrita de propostas, reunindo algumas ideias que sobreviveram ao processo de seleção. Tais ideias não representam, necessariamente, uma visão consensual de uma comunidade política a respeito de uma proposta, mas sim o reconhecimento, pela comunidade, de que algumas propostas são relevantes dentro do enorme conjunto de propostas potencialmente possíveis Kingdon, 2003 (*apud* CAPELLA, 2007, p. 92).

Finalizando o ciclo, o terceiro e último fluxo - o *politics stream*, o qual o autor considera que esse fluxo segue sua própria dinâmica e regra. Entendemos que é como se fosse um fluxo que não dependesse dos outros anteriores para ascender um problema à agenda governamental. A explicação dada pelo autor para esse fenômeno de independência nesse fluxo é que predomina nele o seguinte argumento: “as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política” (CAPELLA, 2007, p. 93). Nesse processo, portanto, não cabem as influências pré-decisórias e sim o que estiver negociado no plano político, independente dos seus resultados.

Ainda com relação a esse fluxo, o autor traz outros elementos que influenciam na agenda: o clima ou humor nacional (*national mood*); as forças políticas; e as frequentes mudanças que ocorrem dentro do governo (*turnover*). O clima está relacionado com situações onde “diversas pessoas compartilham as mesmas questões durante um determinado período de tempo”, compondo um “solo fértil para algumas ideias germinarem” (CAPELLA, 2007, p. 93). Nesse sentido, isso pode ajudar a explicar porque algumas questões ascendem à agenda e outras não, sustentando a ideia de que essa ascensão se dá por meio de propostas com força política e social.

Já com relação ao estabelecimento de forças políticas, percebe-se que ele se dá num jogo, onde atores influenciam nas decisões, criando um ambiente propenso a aprovação ou não de uma proposta (s). Kingdon (2011) argumenta que pode haver um conflito em um grupo, daí resulta num desequilíbrio na equação de jogadas, ou seja, isso faz com que os defensores de uma proposta procurem o que estaria sendo considerado favorável ou contrário à ascensão de uma questão a agenda. Nessas jogadas os atores utilizam de diversos recursos disponíveis para influenciar na composição da agenda, podendo ou não interferir em propostas de interesses tanto individuais quanto coletivos.

O autor classifica algumas situações que compõem as mudanças dentro do próprio governo, tais como: mudanças da gestão; mudanças na composição do legislativo, e nos altos e médios escalões da máquina pública (CAPELLA, 2007). Essas mudanças influenciam na agenda pelo fato de mudar os atores e com isso, mudam-se os interesses, os valores, os símbolos, ou então não muda nada, mantém o *status quo*. Os que passaram a compor o novo elenco de atores num governo podem bloquear ou até mesmo introduzir novas questões para compor a agenda, o que depende também do seu poder e da força política. Kingdon (2011) considera que os elementos (*national mood e turnover*) são os que mais influenciam na composição da agenda. Isso porque há uma diversidade de atores que exercem influências variadas com ou sem a presença dos mesmos no momento decisório. Já com relação às influências dos três fluxos, há a seguinte evidência:

(...) em determinadas circunstâncias, estes três fluxos – problemas, soluções e dinâmica política – são reunidos, gerando uma oportunidade de mudança na agenda. Nesse momento, um problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas tornaram o momento propício para a mudança, permitindo a

convergência entre os três fluxos e possibilitando que questões ascendam à agenda Kingdon, 2003 (*apud* CAPELLA, 2007, p. 95).

A oportunidade de mudança ocorre quando há uma convergência desses fluxos, ou seja, uma junção dos três fluxos (*coupling*). Nesse momento surge uma abertura da janela de oportunidades (*policy Windows*). Essa janela aberta representa o aumento da probabilidade de uma questão entrar na agenda governamental ou de mudar algo já posto, mas não implementado. Para Eustis (2000) *agenda-setting may change suddenly, but solutions evolve incrementally over time*⁸. Nesses casos, há a intermediação e influências no processo decisório de empreendedores da política (*policy entrepreneurs*), componentes fundamentais para a mudança na agenda. Os empreendedores são os ditos especialistas no assunto e hábeis negociadores com forte capacidade política e que “atuam unindo soluções a problemas e problemas e soluções ao processo político”. (CAPELLA, 2007, p. 96-97).

Os atores são influentes e importantes na definição da agenda governamental, sendo considerado por Kingdon (2011) um terceiro fator que exerce influências na agenda. Os atores são classificados em governamentais e não governamentais: os primeiros recebem maior atenção da imprensa e do público, sendo o presidente, numa perspectiva nacional, o que mais pode influenciar na agenda. Há outras pessoas da organização que podem também influenciar, mas em menor grau, se destacando por ordem decrescente de influências: os indivíduos nomeados pelo próprio presidente como ministros, secretário executivos de ministérios; os atores do poder legislativo; os participantes de processo eleitoral e a mídia. Esta última considerada pelo autor como a mais fraca com relação às influências na agenda, porque ela transmite para o público as informações depois que a agenda foi concluída.

Já os atores não governamentais exercem mais influências no momento da geração de alternativas e soluções em comparação com o momento da formulação da agenda. Esse grupo de atores é composto por: pesquisadores, servidores públicos, acadêmicos, consultores, dentre outros (KINGDON, 2011). São atores com *expertise*, ou seja, especialistas em determinadas áreas de atuação prática, com acumulação de conhecimento científico, considerados estudiosos do assunto.

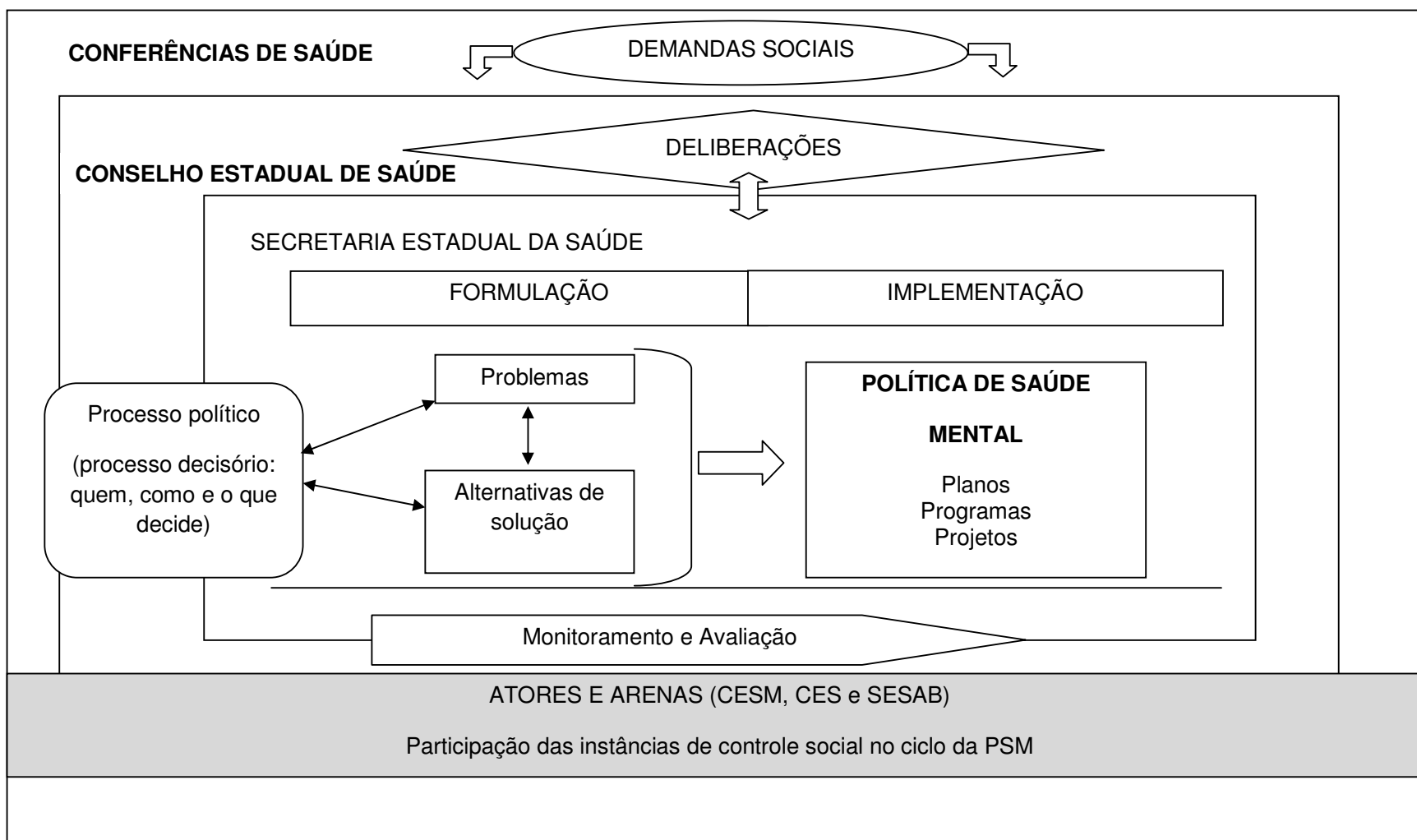
⁸ A agenda governamental pode mudar de repente, já as soluções envolvem tempo. (tradução nossa).

Considerando os elementos da teoria de Kingdon (2011), esse estudo utiliza o modelo de fluxo de problemas, alternativas e soluções e de influências políticas no processo de formulação de Políticas públicas como referencial teórico para o delineamento e categorização dos processos 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 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 Conselho Estadual de Saúde e as Conferências Estaduais de Saúde, simultaneamente como atores e arenas, isto é, como espaços onde se verifica a atuação de sujeitos individuais e coletivos que atuam em função de determinadas concepções acerca da organização e gestão do sistema de saúde e dos interesses políticos que pretendem representar. Nessa perspectiva, o estudo do processo decisório no âmbito das Conferências e do Conselho pode evidenciar a concepção e as propostas apresentadas especificamente com relação à Política de Saúde Mental, particularmente no que diz respeito à reorganização da assistência psiquiátrica no âmbito do SUS e à implementação de ações voltadas à atenção aos portadores de transtornos mentais.

Este referencial, portanto, fundamenta a proposta metodológica apresentada a seguir, orientando as escolhas no que diz respeito às fontes e às técnicas de produção e análise de dados, contemplando, 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 de Saúde Mental.

Figura 1 – Modelo teórico para análise da participação das instâncias de controle social na formulação e implementação da Política de Saúde Mental na Bahia.



4 METODOLOGIA

4.1 Desenho e Participantes do Estudo

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório. Esse desenho, segundo Yin (2001), é útil para investigações de fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto, o que se aplica ao estudo da participação das instâncias de controle social (Conselho e Conferências) e da SESAB⁹ na formulação, implementação e avaliação da Política estadual de Saúde Mental na Bahia.

Esse estudo foi realizado com conselheiros do CES-BA¹⁰ e coordenadores/profissionais da Área Técnica de SM da SESAB, os quais estão denominados como informantes-chaves. O período do estudo foi de 2001 a 2013. O início do período foi 2001 pelo fato de, neste ano, ter sido aprovada a Lei Paulo Delgado, marco do processo de consolidação dos propósitos da RPB, e ter acontecido a III CESH com o tema “Cuidar sim, excluir não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Essa Conferência é considerada um marco relacionado à ampliação da participação social na definição da Política de Saúde Mental nas três esferas de governo. O final do período foi 2013 levando-se em conta a necessidade de se concluir o trabalho de campo durante o ano de 2014 para cumprir com as exigências acadêmicas do curso de mestrado.

⁹ A SESAB, localizada no Centro Administrativo da Bahia, em Salvador, é o órgão da administração central da saúde na esfera estadual, criada pela Lei Estadual n.º 4.697 de 15 de julho de 1966, passando por um período de transição até a aprovação de um novo regimento regulamentado pela Lei Estadual n.º 7.546 de 24 de março de 1999 (COELHO; PAIM, 2005). Antes de 2008, na Área Técnica de Saúde Mental possuía um coordenador responsável, de 2008 até o momento atual, a área está subordinada à Coordenação de Políticas Transversais da Diretoria de Gestão do Cuidado da SESAB, e estrategicamente organizada com um modelo de gestão compartilhada entre os responsáveis técnicos pela área.

¹⁰ O conselho foi criado pela Lei Estadual n.º 6.074 de 1991, sendo revogada pela Lei Estadual n.º 12.053 de 2011, a qual reorganizou a composição e o funcionamento desse conselho, estabelecendo principalmente a paridade em consonância com a resolução n.º 453/2012 do CNS. A secretaria executiva do conselho está localizada em um prédio de propriedade privada na Avenida Magalhães Neto, no bairro do Stiep, na capital Baiana, local onde ocorrem as reuniões.

4.2 Procedimentos e Técnicas de Produção de Dados

Com intuito de responder às questões de pesquisa e alcançar os objetivos propostos os dados foram produzidos por duas técnicas: análise documental e entrevistas orientadas por dois roteiros semiestruturados, um para conselheiros e outro para coordenadores/profissionais de saúde da área técnica de Saúde Mental da SESAB.

Foi feito o levantamento de 181 documentos, os quais foram organizados segundo tipo de documento, data, conteúdo meio de divulgação. Os documentos são: quatro relacionados com a III e IV Conferências Estaduais de Saúde Mental (Apêndice A); 32 Atas de reuniões (as Atas estão numeradas de 1 a 32 correspondentes à sequência das reuniões) e cinco resoluções Conselho Estadual de Saúde da Bahia (Apêndice B); 30 documentos institucionais da SESAB (duas portarias do Gabinete do Secretário, dois planos estaduais específicos para a Saúde Mental, dois planos estaduais de saúde, 11 programações anuais e 13 relatórios anuais de gestão) (Apêndice C); e 110 resoluções da CIB que trataram de assuntos da Saúde Mental (Apêndice D).

As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador com sete entrevistados, elas ocorreram entre agosto e novembro de 2014, com um total de tempo de oito horas e 46 minutos, o tempo médio de duração das entrevistas foi de uma hora e 20 minutos por entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas em local privativo escolhido pelo entrevistado, sendo as respostas dos roteiros gravadas e transcritas.

Os sete entrevistados foram denominados informantes-chaves da pesquisa, sendo compostos por três conselheiros e quatro profissionais da área técnica de Saúde Mental da SESAB. Os critérios para seleção desses informantes-chaves foram diferentes, sendo descritos a seguir:

- a) Critério para seleção dos conselheiros.

Inicialmente foi previsto que os conselheiros selecionados para serem os informantes-chaves seriam um representante de cada segmento que compõe o CES-BA, quais sejam usuários; trabalhadores da saúde; governo e prestadores de serviço. Após leitura das atas selecionadas, tendo em vista a inclusão do tema Saúde Mental na agenda de debates, identificou-se que os representantes de segmentos do governo e prestadores de serviço participaram das discussões, porém não utilizaram, em várias reuniões, do recurso da fala durante o debate, sendo o

segmento de trabalhadores da saúde e usuários os que mais utilizaram tal recurso. Além disso, o CES-BA não era paritário até 2008, chegando a ter entidades representativas de empresas privadas do ramo comercial como segmentos de usuários (BISPO JÚNIOR, 2014). Portanto, o critério inicial poderia revelar informantes em que a entidade não corresponderia ao segmento, e também, representante com pouca participação nos debates por não apresentar questionamentos, nem se posicionar sobre a Política Estadual de Saúde Mental durante as reuniões.

Desse modo, o critério para seleção dos conselheiros foi ter participado das reuniões e ter feito questionamentos e posicionamentos nos momentos de debates dos pontos de pautas sobre Saúde Mental. Entretanto, como havia vários conselheiros que preenchiam esse critério e o tempo para conclusão dessa pesquisa é insuficiente para entrevistar vários ou todos os conselheiros, optou-se pela escolha de um conselheiro para cada um dos três grupos, formados por Atas de reuniões a cada quatro anos. As Atas que tratavam de pautas relativas à Saúde Mental foram distribuídas, conforme o ano de realização da reunião, nos respectivos grupos. A partir daí, procedeu-se a seleção dos informantes, descrita na tabela 1. Nota-se nesta tabela, que se o primeiro colocado não aceitasse participar, o segundo seria convidado e assim sucessivamente, até que fossem selecionados os três informantes-chaves.

Tabela 1 - **Seleção dos conselheiros informantes-chaves.**

Grupo	Período	Conselheiro selecionado	Segmento	Observação	Código de identificação
Grupo I	2001 - 2004	1º colocado	Usuários	Não localizado	
		2º colocado	Trabalhadores na Saúde	Aceitou participar	E6
Grupo II	2005 - 2008	1º colocado	Governo	Não aceitou participar	
		2º colocado	Trabalhadores na Saúde	Aceitou participar	E2
Grupo III	2009 - 2013	1º colocado	Trabalhadores na Saúde	Aceitou participar	E7

Fonte: elaboração própria.

- b) Critérios para seleção dos coordenadores/profissionais da área técnica de Saúde Mental:

Os 04 coordenadores/profissionais da área técnica de Saúde Mental da SESAB foram selecionados intencionalmente e preencheram os seguintes critérios de inclusão: 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 CESM. O total de quatro entrevistas se justifica por conta do tempo de atuação de cada coordenador, sendo o suficiente para contemplar todo o período do estudo (tabela 2).

Tabela 2 - Identificação dos coordenadores da área técnica de SM-SESAB informantes-chaves.

Coordenadores/profissionais da área técnica de SM	Anos de atuação	Código de identificação
Coordenador 1	2001 a 2003	E5
Coordenador 2	2003 a 2009	E1
Coordenador 3	2009 a 2012	E4
Coordenador 4	2009 a 2013	E3

Fonte: elaboração própria.

Para a realização das entrevistas, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro específico para conselheiros (Apêndice E) e outro para coordenadores e/ou profissionais da área técnica em Saúde Mental da SESAB (Apêndice F), composto por questões abertas referentes ao processo decisório das propostas da III e IV CESMI e da Política de Saúde Mental, incluindo o debate ocorrido no âmbito do Conselho Estadual (exclusiva aos conselheiros), bem como perguntas relativas ao monitoramento da implementação e avaliação da PSM no estado, incluindo questões sobre as facilidades e dificuldades percebidas na condução da política de Saúde Mental.

4.3 Plano de Análise

As informações obtidas através dos documentos e do material transcrito das entrevistas foram analisadas na perspectiva de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Esta autora descreve três fases para a análise de conteúdo, quais sejam a

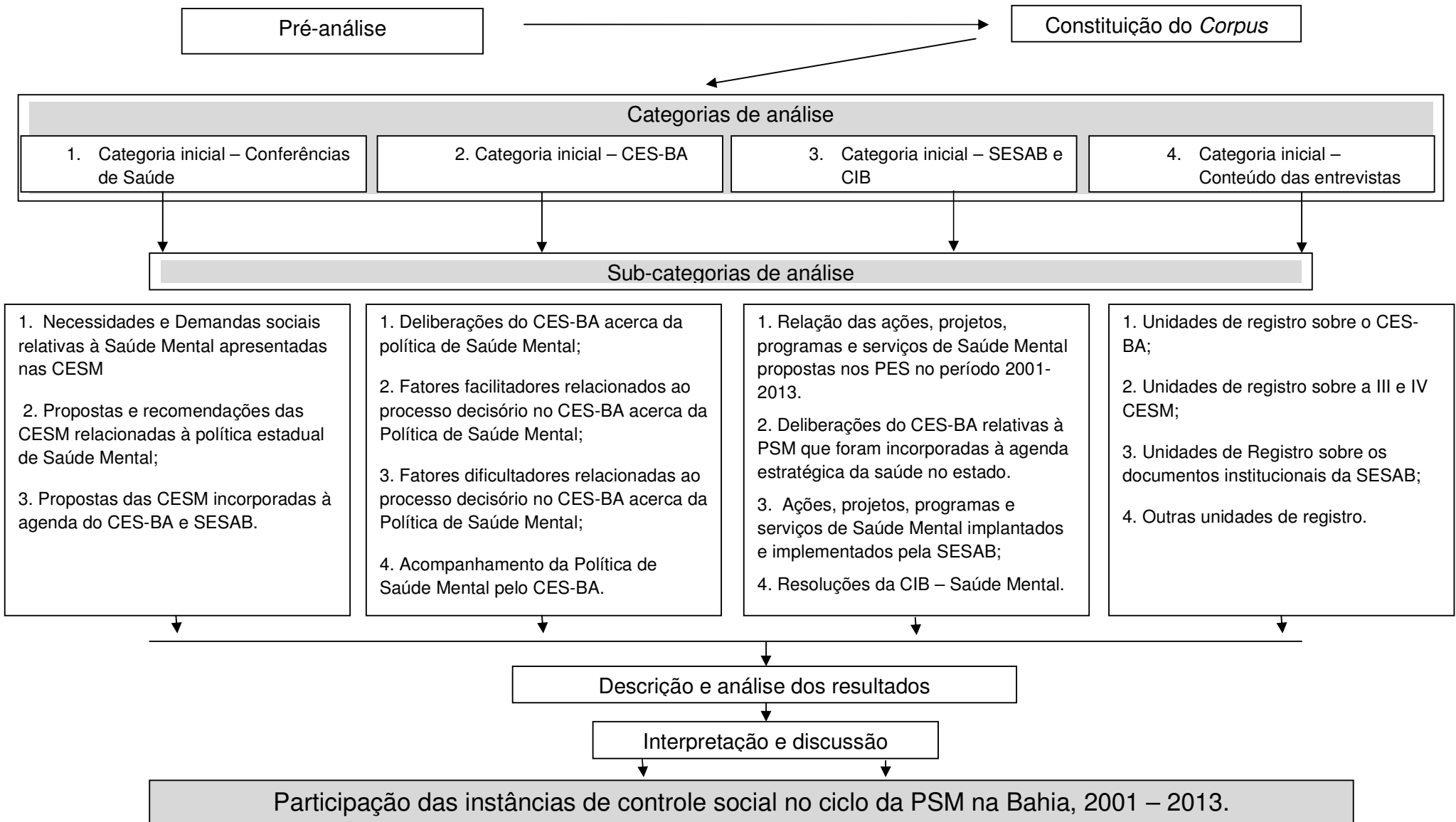
pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferências e interpretações.

Na pré-análise, após leitura flutuante de aproximadamente 540 documentos extraídos das planilhas de dados relativos às III CESM e IV CESMI (Apêndice G), atas e resoluções do CES-BA (Apêndice H) e da CIB, documentos da SESAB (planos de saúde, programações anuais e relatórios de gestão) (Apêndice I) e as transcrições das entrevistas, foram selecionados 181 documentos. Estes documentos formaram o *corpus* desse estudo, sendo exaustivamente examinados para então proceder ao recorte das unidades de registros do conteúdo dos documentos.

A constituição das unidades de registro de seu pelo recorte de partes do texto de cada documento e das transcrições, ou seja, foram selecionadas palavras, frases ou até mesmo parágrafos com mesmo conteúdo semântico. Esses fragmentos foram agrupados em categorias iniciais (figura 2) definidas em cada documento separadamente. Posto isso, as categorias iniciais foram agrupados nas subcategorias de análise, conforme a semelhança temática entre as categorias. Ademais, cabe ressaltar que a análise do conteúdo das entrevistas se deu com o agrupamento dos discursos 'recortados' (as unidades de registro) que tinham relação com os temas Conferências, Conselhos de saúde, SESAB e CIB.

Desse modo, após definição do conteúdo de cada subcategoria, procedeu-se com a descrição dos resultados, inferências e interpretações. A análise final dos resultados foi fundamentada no modelo teórico proposto, o qual definiu o processo de elaboração, implantação, implementação e avaliação da PESM, considerando a participação das Conferências de Saúde Mental, do CES-BA e da SESAB. As inferências e interpretações foram baseadas na lógica do modelo proposto, ou seja, as Conferências de Saúde formalizam as diretrizes para a Política de Saúde, o Conselho formula e acompanha a implementação dessa política tomando como referencial tais diretrizes e a SESAB implementa e avalia a Política considerando as deliberações do Conselho.

Figura 2 – Diagrama do plano de análise com as categorias e subcategorias analíticas.



4.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa desse estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do ISC da Universidade Federal da Bahia. Após parecer final favorável (n.º 965.788/2014, ver anexo I), iniciou-se a coleta dos dados com leitura dos documentos, passando, posteriormente para a realização das entrevistas. Antes que se iniciassem as entrevistas, todos os sete informantes-chaves foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, principalmente quanto ao caráter voluntário na participação. Estando ciente do que foi explicado sobre o estudo e decidindo participar da pesquisa, os entrevistados assinaram o TCLE (Apêndice G), atendendo aos princípios éticos conforme a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O termo de consentimento foi assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o entrevistado. E para preservar o anonimato dos entrevistados, foi atribuído um código alfanumérico de acordo com a ordem de realização das entrevistas (E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7). A relação de assinaturas e os respectivos códigos estão arquivados juntamente com os TCLE e serão destruídos após cinco anos de realização das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados deste estudo foi organizada em três momentos correspondentes, os dois primeiros, à dinâmica política relativa à Saúde Mental nos períodos 2001 - 2006 e 2007 – 2013, concluindo-se com uma análise comparativa entre os dois momentos. Nesse sentido, foi construída uma Linha do tempo que contempla a sistematização dos principais acontecimentos que marcaram a trajetória da Política Estadual de Saúde Mental na Bahia nos dois períodos, especialmente, a realização das Conferências Estaduais de Saúde Mental (2001 e 2010), os fatos que pontuaram a dinâmica política no âmbito do Conselho Estadual de Saúde e as principais ações programadas e realizadas pela SESAB nesse período (Apêndice K). A seguir descrevemos estes acontecimentos levando em conta os dois ciclos da PESH, correspondentes aos dois governos estaduais no período estudado.

5.1 Ciclo da Política de Saúde Mental na Bahia (2001-2006)

Nesta primeira seção dos resultados, primeiramente, apresentam-se os líderes do governo federal, governadores e secretários de saúde do estado da Bahia no período 2001 – 2006. Em momentos subsequentes, seguem as análises das propostas da III Conferência Estadual de Saúde Mental que aconteceu na Bahia em 2001, o debate ocorrido no CES-BA com temas relativos à Saúde Mental durante os momentos de 'informes', 'o que ocorrer' e 'pauta', e, por fim, o que foi planejado e implementado pela SESAB para a Saúde Mental no período analisado.

No âmbito nacional, entre 2001 e 2006, o Brasil foi governado por dois presidentes, correspondente ao segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (1999 – 2002) e ao primeiro mandato de Luis Inácio Lula da Silva (2003 – 2006). O Ministro da Saúde no período do Presidente Fernando Henrique Cardoso foi o economista José Serra (1998 – 2002). Neste período ocorreu um marco para a Saúde Mental com o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado aprovado em 2001, o qual sofreu alterações no formato original, porém manteve os ideais propostos para a Reforma da Assistência Psiquiátrica no país (BRASIL, 2001; PITTA, 2011). No mesmo ano de aprovação dessa Lei e, supostamente, como resposta as demandas frente às novas diretrizes para a PSM, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, estimulada pelo governo federal, oportunizando de forma pioneira

o debate sobre Saúde Mental em diversos municípios, regiões de saúde, estados e na esfera nacional (PITTA, 2011).

Já no período do primeiro governo de Luis Inácio Lula da Silva, até 2006, foram Ministros da Saúde Humberto Sérgio Costa Lima (2003 – 2005), José Saraiva Felipe (2005 – 2006) e José Agenor Álvaro da Silva (2006 – 2007). Nesse governo ocorreu a aprovação, em 2003, da Lei 10.708/2003, que instituiu o programa 'DE VOLTA PRA CASA', um serviço que presta auxílio–reabilitação psicossocial para pessoas egressas dos hospitais ou unidades psiquiátricas (BRASIL, 2003). A aprovação dessa Lei foi mais um dispositivo legal que proporcionou maior legitimidade aos princípios da luta antimanicomial em desenvolvimento no país, uma vez que estimulou os estados e municípios realizarem a desinstitucionalização das pessoas residentes nos manicômios que tinham condições de viver fora de tal ambiente.

No estado da Bahia, nos dois primeiros anos do período 2001 a 2006, assumiu o governo o Sr. César Augusto Rabello Borges (1999 – até seis de abril de 2002), que deixou o governo para se candidatar a senador da república, sendo assim, assumindo o vice-governador Otto Roberto Mendonça de Alencar que permaneceu no cargo até o final do período (NUNES, 2015). No período seguinte, entre 2003 e 2006, o governador eleito foi Paulo Ganem Souto que permaneceu no cargo durante os quatro anos (NUNES, 2015). Durante este período a Secretaria de Saúde foi administrada por José Maria de Magalhães Netto (2001), Raimundo Perazzo Ferreira (2002) e José Antônio Rodrigues Alves (2003 – 2006).

Os resultados que seguem tratam da participação dos representantes da sociedade civil e do governo, legalmente constituídos para atuar na condução do ciclo da política de Saúde Mental nas Conferências de Saúde Mental, nas deliberações do CES-BA e no desenvolvimento de ações implementadas pela SESAB.

a) A III Conferência Estadual de Saúde Mental - 2001

A III Conferência Estadual de Saúde Mental foi realizada em Salvador, entre os dias 12 e 13 de novembro de 2001, sendo precedida da realização de três pré-conferências municipais e quatro regionais com a participação de 176 delegados, representando 22 municípios (Ver Anexo II).

Convocada por meio da Portaria da SESAB n° 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, 2001b). Além disso, essa portaria apresenta os critérios para composição das comissões organizadoras da Conferência, quais sejam o Conselho Consultivo e a Comissão Executiva, instâncias nas quais foram incluídos representantes dos coordenadores da área de Saúde Mental e dos profissionais de saúde, ou seja, técnicos da área de Saúde Mental, que tinham atribuições relacionadas à condução dos grupos de trabalhos da Conferência, dando suporte técnico e apoio operacional para realização do evento (BAHIA, 2001a).

O período de realização desta Conferência coincide com o ano de promulgação da Lei Paulo Delgado, que dispôs sobre o direito das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2001). Como apontado anteriormente, a aprovação dessa lei estimulou a formulação de propostas para a Política de Saúde Mental no âmbito das Conferências, relativas à extinção dos manicômios, criação e expansão de serviços assistenciais comunitários (a exemplo dos CAPS), implantação de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, dentre outras.

O relatório final da III CESM apresenta de maneira sucinta como a Conferência foi organizada, bem como o elenco das 93 propostas e três moções aprovadas na plenária. As propostas estão distribuídas entre os seguintes sub-temas: acessibilidade, Direito e Cidadania, com total de 42; Recursos humanos, 20; controle social, 12; e financiamento, 19 (BAHIA, 2001a). O Quadro 1 contém uma síntese das propostas aprovadas em cada sub-tema.

No primeiro grupo, relacionado ao direito dos usuários, foram aprovadas propostas que refletem a preocupação dos participantes da Conferência com a garantia do reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, entre os quais enfatizam o respeito e o direito à informação sobre suas condições de saúde e o acesso a todos os tratamentos adequados e disponíveis. Ainda neste grupo, foram incluídas as propostas relativas à implantação de serviços, sendo indicados na Conferência os CAPS, os ‘Lares Abrigados’, o Centro de Referência em Saúde Mental, leitos de atendimento integral em hospitais gerais e

outros serviços (BAHIA, 2001a), como se pode perceber nos trechos das propostas reproduzidos abaixo:

- Cada município ou (consócio de município), a cada 70.000 habitantes, deverá contar com um CAPS público;
- Implantação de serviços substitutivos tipo: NAPS, CAPS, oficinas terapêuticas, centros de convivências, ambulatórios integrais (...);
- Criação de Lares Abrigados;
- Criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Quadro 1 - Propostas da III CESM, segundo sub-temas, 2001, Bahia.

SUB-TEMAS	SÍNTESE DAS PROPOSTAS
Acessibilidade, Direito e Cidadania	Garantir Direitos dos usuários Implantar serviços de Saúde Mental Garantir o acesso às ações e serviços de Saúde Mental Promover a reinserção social dos usuários Garantir a realização periodicidade das Conferências de Saúde Mental Outras
Recursos Humanos	Realizar Concurso Público para contratação de profissionais e gestores da área Definir uma Política de Recursos Humanos na área de SM Qualificar Recursos Humanos de áreas afins com a SM Desenvolver atividades de Educação Permanente com profissionais da área Realizar atividades de Educação em Saúde dirigidas a usuários dos serviços de SM e suas famílias, bem com das comunidades
Controle Social	Implantar Comissões de Saúde Mental nos Conselhos Implantar Conselhos locais para SM Divulgar as informações de Saúde Mental Outras
Financiamento	Aumentar o financiamento para a SM Alocar recursos para serviços substitutivos Reduzir leitos em hospitais psiquiátricos Outras

Fonte: relatório final da III CESM (BAHIA, 2001a).

Além dessas propostas, chama-se a atenção para a importância do governo investir em programas e projetos de reinserção social das pessoas com transtorno mental, visando à formação de vínculos entre os usuários, suas famílias e outros membros da comunidade onde se situem os serviços assistenciais (BAHIA, 2001a).

Outra proposta discutida e aprovada diz respeito à periodicidade para se realizar as Conferências de Saúde Mental, sendo reforçado que fossem realizadas a cada quatro anos. É possível que esta ênfase decorra do fato de já ter se passado nove anos entre a realização da II (1992) e da III CNSM (2001), descumprindo-se o que determina a Lei 8.142/1990, segundo a qual as Conferências de Saúde devem ser realizadas a cada quatro anos ou quando convocada pelo executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1990b).

Com relação ao segundo sub-tema, Recursos Humanos, muitas das propostas apresentadas indicam a necessidade de contratação de pessoal para a área de Saúde Mental, dando-se prioridade à realização de concurso público. Também nesse tema, aparece a preocupação com a formulação de uma Política de Recursos Humanos que privilegie a qualificação dos profissionais, não só para os especialistas em Saúde Mental, mas também para os profissionais lotados nas unidades de Atenção Básica, através de atividades de Educação Permanente, como se depreende dos fragmentos das propostas abaixo (BAHIA, 2001a).

- Criação de núcleos de Educação Permanente para a SM;
- Promover uma Política de Recursos Humanos em SM;
- Ações para promoção da educação continuada aos profissionais de saúde.

As propostas acerca do fortalecimento do Controle Social dão ênfase à implantação de Comissões de Saúde Mental nos Conselhos Locais de Saúde com intuito de envolver os usuários e trabalhadores no acompanhamento da prestação de serviços assistenciais nesta área. Além disso, recomenda-se a implantação dessas Comissões em instituições de ensino das áreas de Saúde e Ciências Humanas (BAHIA, 2001a).

Quanto ao financiamento em Saúde Mental foram aprovadas propostas que enfatizam a necessidade de aumentar o percentual de recursos dos municípios e do estado para esta área, recomendando-se, inclusive, o redirecionamento dos recursos financeiros anteriormente destinados à manutenção de leitos dos hospitais psiquiátricos para os novos serviços propostos, garantindo-se que tais recursos não fossem utilizados em outras áreas (BAHIA, 2001a).

b) Dinâmica política no CES-BA 2001-2006

O CES-BA, entre 2001 e 2006, era composto por 24 conselheiros, sendo seis gestores; quatro prestadores de serviços; dois profissionais de saúde; e 12 representantes dos usuários. Esta composição incluía como parte do segmento dos usuários, representantes de entidades que agregam empresários do comércio e da indústria (BISPO JÚNIOR, 2013), o que foi, inclusive, motivo de ironia por parte de um dos nossos entrevistados:

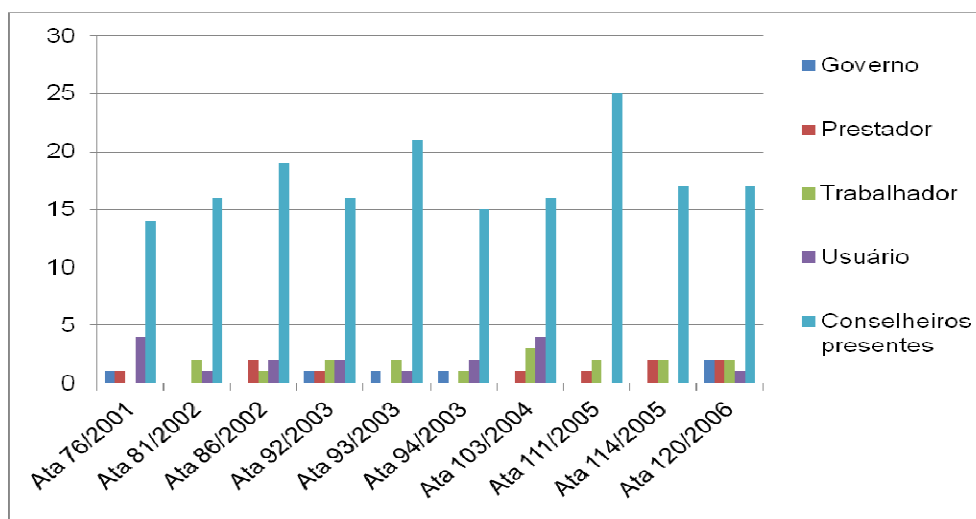
(...) eles usavam mecanismos de colocar em vagas de usuários representantes do setor empresarial, por exemplo. E ainda brincavam conosco dizendo: 'digam que eles não são usuários, em tese todo mundo é usuário' (E6).

Chama a atenção que neste período, o CES não incluía participação de entidades representativas de usuários e famílias de pessoas com transtorno mental. Nesse período, o CES-BA realizou 56 reuniões, com média de 9,3 reuniões ao ano, sendo que 2005 foi o ano com menor número de reuniões (8), e em 2006 com maior número (11). Desse total de reuniões, 14 delas trataram de assuntos relativos à Saúde Mental, sendo que em duas delas nos 'informes' e em outras duas no "que ocorrer", ou seja, este tema só foi incluído 10 vezes como pontos de pauta. Os assuntos debatidos nas 14 reuniões estão correlacionados com seus respectivos temas centrais e serão descritos no quadro 2.

A participação dos conselheiros nas reuniões com temas incluídos nas pautas de SM foi muito pequena. Conforme gráfico 1, o número de participantes que debateu o tema não chegou a cinco dos conselheiros presentes, ficando evidente um déficit participativo no período analisado, situação ratificada por um dos entrevistados quando perguntado sobre a participação dos membros nas reuniões.

Era sempre assim, uma apresentação e não havia muita discussão, era um Conselho meio passivo. Eu percebia que não havia envolvimento das pessoas que ali estavam, era uma instância apenas formal (E6).

Gráfico 1. Número absoluto de conselheiros presentes e dos que participaram da pauta sobre Saúde Mental, conforme segmento participante, 2001 a 2006, Bahia.

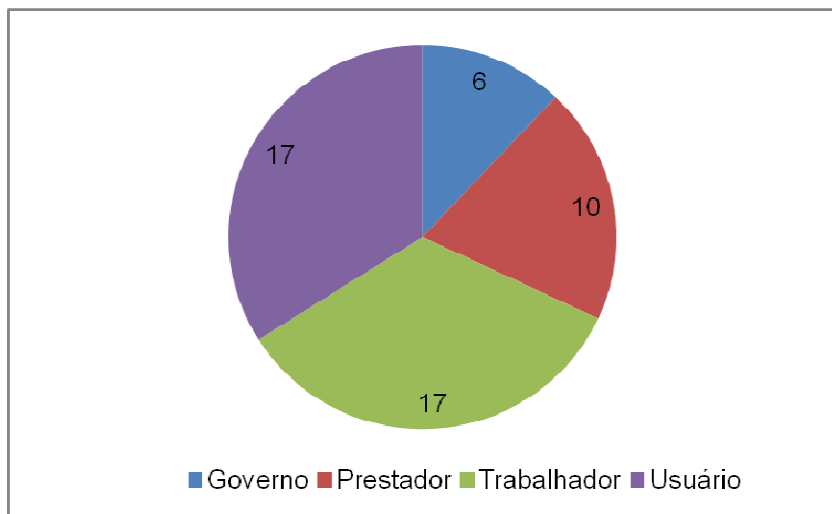


Fonte: Atas do CES-BA relativas à Saúde Mental no período.

Quando analisada a participação dos conselheiros por segmentos que eles representavam, encontramos que o segmento dos trabalhadores de saúde e os representantes dos usuários parecem ter sido os que mais participaram (Figura 3)

Cabe registrar que essa participação foi medida levando-se em conta o número de vezes em que as Atas registravam as falas dos conselheiros.

Figura 3 - **Distribuição em números absolutos dos segmentos participantes nas pautas sobre Saúde Mental, 2001 a 2006, Bahia.**



Fonte: Atas do CES-BA relativas à Saúde Mental no período de 2001 a 2006.

Quando agrupados os assuntos tratados nas reuniões com pautas sobre SM emergiram os seguintes temas centrais: a) a situação da Saúde Mental na Bahia; b) a realização da III CESM; c) prestação de contas da SESAB; e d) implantação do Centro de Referência de Saúde Mental (quadro 2).

Sobre a situação da Saúde Mental na Bahia, apenas em 2004 o tema não chegou a ser discutido, aparecem a propósito da situação dois Hospitais psiquiátricos, Hospital Juliano Moreira e o Hospital Especializado Lopes Rodrigues. De fato, a precariedade das condições destes hospitais foi registrada em reunião do CES (Ata 1; Ata 3) e reafirmada nas entrevistas realizadas com conselheiros, os quais apontam que na época chegaram a efetuar visitas a alguns destes hospitais. Um dos conselheiros entrevistados comenta acerca do Hospital Colônia Lopes Rodrigues: “*encontramos todos os pacientes nus, atrás de uma grade, gritando e demonstrando o sofrimento de estar naquela situação*” (E6). Esse tema retorna em 2005, inicialmente no “que ocorrer” (Ata 11) e como pauta no mesmo ano (Ata 13), o que evidencia, provavelmente, a permanência dos problemas identificados quatro anos antes.

Com relação à III CESM, por meio de informe, o presidente da Comissão Organizadora comunicou que a SESAB já havia aprovado e distribuído para os

municípios o Regimento Interno da Conferência, sem ao menos ser analisado e avaliado pelo Conselho (Ata 2). Este informe foi a única vez em que a Conferência apareceu nas Atas do Conselho, demonstrando que a organização da III CESM, nem o Relatório final foram apresentados e debatidos na Plenária. Curiosamente, dois anos depois da realização da III CESM, o CES discutiu e aprovou as “Diretrizes para a Saúde Mental” (Ata 7), o que indica a possibilidade de que este processo tenha ocorrido muito mais em função de iniciativas da área técnica da SESAB do que por influência da CESM realizada em 2001.

O coordenador da área técnica na época, quando entrevistado, confirma que o CES o convidou para apresentar as Diretrizes da PSM em reunião Plenária, conforme trecho da entrevista reproduzido abaixo:

(...) praticamente, todas as vezes que aconteciam apresentações no Conselho Estadual de Saúde, nós da Área Técnica de Saúde Mental da SESAB éramos chamados por este Conselho para fazer tais apresentações, (...). Vinha o convite da equipe que coordenava o Conselho e daí nós procurávamos apresentar um diagnóstico situacional da Política de Saúde Mental no estado e algumas reflexões e recomendações para essa política (E5).

Com relação à Prestação de contas cabe ressaltar que todas as apresentações da área técnica da SESAB ao CES foram incluídas como ponto de pauta. Já em 2002, se observava um aumento significativo do número de CAPS no estado (Ata 6), relatada ao CES por coordenadores da área técnica na SESAB, que, na ocasião, destacaram a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para ampliar o número destes serviços através do financiamento com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação¹¹ (Ata 6).

¹¹ Trata-se de um fundo que permite, além de outras funções, a relocação dos limites financeiros dos estados e municípios para execução de ações consideradas estratégicas na saúde, além disso, atribui ao Ministério da Saúde à responsabilidade no pagamento destas ações. No entanto, para que isso aconteça, os municípios precisam da ratificação da Comissão Intergestora Bipartite para recomposição dos tetos financeiros já estabelecidos (BRASIL, 1999). Assim, essa medida possibilitou o financiamento de CAPS e outros serviços considerados estratégicos na modalidade ‘extrateto’, ou seja, acima do teto máximo financeiro municipal.

Quadro 2 - Temas abordados no CES-BA, segundo tema e assunto apresentados na Plenária, Bahia, 2001 – 2006.

TEMA CENTRAL	NÚMERO DA ATA	ORDEM DO DIA	ASSUNTO APRESENTADO NA PLENÁRIA
Situação da Saúde Mental na Bahia	76/2001	Pauta	Situação do Hospital Juliano Moreira*
	79/2001	Informes	Conselheiro relatou as condições do Hospital Especializado Lopes Rodrigues**
	92/2003	Pauta	Diretrizes para a Saúde Mental na Bahia
	110/2005	O que ocorrer	Condições sanitárias dos hospitais psiquiátricos da Bahia
	114/2005	Pauta	Situação do Hospital Especializado Lopes Rodrigues
III CESM	78/2001	Informes	Informações sobre as datas de realização da III CESM
Prestação de Contas da SESAB sobre Saúde Mental	86/2002	Pauta	Apresentação sobre a situação da Saúde Mental na Bahia
	93/2003	Pauta	Parecer sobre aprovação do Plano Estadual de SM 2004 – 2007
	94/2003	Pauta	Parecer sobre aprovação do Plano Estadual de SM 2004 – 2007
	103/2004	Pauta	Balanço do Plano Plurianual de Saúde Mental da SESAB, 2000 – 2003
	111/2005	Pauta	Relatório de Gestão da Saúde Mental em 2004
	120/2006	Pauta	Balanço das atividades desenvolvidas pela SESAB para a SM entre 2002 e 2006
Implantação do CRESAM	80/2001	O que ocorrer	Conselheiro pede esclarecimentos da SESAB sobre a implantação do CRESAM***
	81/2002	Pauta	Definição do local para Implantação do CRESAM

Fonte: atas do CES-BA no período de 2001 a 2006.

*Hospital psiquiátrico localizado na cidade de Salvador/BA; ** Hospital psiquiátrico localizado em Feira de Santana/BA; e *** CRESAM: Centro de Referência Estadual em Saúde Mental.

A partir de 2003, esse processo ocorreu como parte do debate em torno do Plano Estadual de Saúde Mental cuja aprovação demandou a realização de duas reuniões (BAHIA, 2003a). Na primeira foi identificada a necessidade da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica¹² avaliá-lo (Ata 8), sendo posteriormente aprovado quando debatido em reunião posterior mediante apresentação de um relator do Plano (Ata 9).

Em 2004, o CES-BA discutiu o “Balço do Plano Plurianual de Saúde Mental da SESAB, 2000 – 2003” ficando evidente que ocorreram debates acerca das ações realizadas, porém não foram feitas propostas ou recomendações sobre estas ações, parecendo que, tudo que foi apresentado pela SESAB não havia o que se questionar, propor ou adequar às realidades encontradas nos serviços (Ata 10). Em 2005, esse tema reaparece a propósito da apresentação do relatório de atividades da área (Ata 12), e também em 2006 (Ata 14), no que parece a repetição de uma formalidade burocrática, na medida em que as atas não registram a ocorrência de críticas e sugestões para o aperfeiçoamento da Política Estadual de Saúde Mental.

No tocante ao processo de discussão para implantação do CRESAM¹³, o último tema descrito no quadro 2, o debate iniciou com o questionamento de um conselheiro a respeito do local de implantação do Centro (Ata 4). Como o Conselho já teria deliberado, conforme Resolução do CES-BA n.º 09, de 30 de novembro de 2000, o Centro seria implantado no antigo Hospital Mário Leal, no entanto, faltava uma posição da SESAB sobre o local definitivo (BAHIA, 2000). Daí que, na reunião seguinte o tema sobre o CRESAM entrou como pauta e após ampla discussão deliberou-se que a Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica faria uma avaliação do local já definido pelo Conselho, trazendo para os Conselheiros, em próxima reunião, novas propostas sugeridas pelos membros desta Comissão (Ata 5), porém, não encontramos registros em Ata de que o tema teria retornado para deliberação.

¹² Esta Comissão foi aprovada na reunião n.º 29 do CES-BA realizada no 31/10/1996, sendo regulamentada depois de publicada a Resolução n.º 27/1996 do CES-BA do dia 06/11/1996 (BAHIA, 1996a). O Conselho só aprovou o Regimento Interno da Comissão depois de um ano de implantada, conforme Resolução n.º 02/1998 de 24-25/01/1998 (BAHIA, 1998). No entanto, essas Resoluções supracitadas sofreram alterações pela aprovação da Resolução n.º 05/2003 de 06/05/2003 (BAHIA, 2003b).

¹³ O Centro não foi implantado no estado da Bahia, ao consultar as bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do DATASUS, não foi localizado o cadastro desse serviço no estado (BRASIL, 2015).

Quanto às deliberações que ocorrem no CES-BA, o quadro 3 mostra que o Conselho pouco deliberou sobre a área de Saúde Mental. Em verdade, as deliberações não passaram de meras aprovações do que foi apresentado na plenária, sem quaisquer sugestões e/ou recomendações sobre os temas. Por fim, alguns encaminhamentos foram feitos, sendo considerados estratégicos para a Política de Saúde Mental, porém, não foram dominantes na maioria das deliberações.

Quadro 3 - Questões relativas à Saúde Mental que ascenderam à agenda do CES-BA, segundo número de reuniões e deliberações, 2001 – 2006, Bahia.

Ata/ano	Assuntos apresentados no Pleno	Deliberação (ões)
Nº 76/2001	Situação do Hospital Juliano Moreira	Inclusão de pauta para discutir a Saúde Mental
Nº 81/2002	Implantação do CRESAM	Compor nova comissão para tratar do local de implantação do CRESAM
Nº 86/2002	Situação da Saúde Mental na Bahia	Não houve deliberações
Nº 92/2003	Diretrizes para a Política de Saúde Mental na Bahia	a) Apreciação do Plano Municipal de Saúde Mental da Prefeitura de Salvador; b) Relator para o PESM
Nº 93/2003	Parecer sobre aprovação do Plano Estadual de SM 2004 – 2007	Avaliação do Plano pela Comissão da Reforma Psiquiátrica do Conselho
Nº 94/2003	Parecer sobre aprovação do Plano Estadual de SM 2004 – 2007	Aprovação do plano após parecer do membro da Comissão.
Nº 103/2004	Balanço do Plano Plurianual de Saúde Mental da SESAB 2000 - 2003	Não houve deliberações
Nº 111/2005	Relatório de Gestão da área de Saúde Mental de 2004	Não houve deliberações
Nº 114/2005	Relatório de visita ao Hospital Especializado Lopes Rodrigues	Não houve deliberações
Nº 120/2006	Balanço de atividades desenvolvidas pela SESAB para a área de SM (2002 – 2006)	Não houve deliberações

Fonte: atas do Conselho Estadual de Saúde da Bahia.

c) Atividades previstas e realizadas pela SESAB na área de SM (2001-2006)

Com base na análise dos instrumentos de gestão estadual do SUS¹⁴ - Plano Estadual de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão- elaborados no

¹⁴ O Plano Estadual de Saúde explicita as intenções e compromissos do governo, sendo obrigatoriamente avaliado pelo Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2013). A Programação Anual de Saúde é um instrumento operacionalizador do plano de saúde. Depois de estabelecidos os compromissos e a programação das ações, tudo que for implementado pelo executivo é anualmente registrado nos Relatórios Anuais de Gestão, que são divulgados e publicados oficialmente pelo governo. Essa sistemática permite ao gestor avaliar o que foi implantado e redirecionar as ações para serem incorporadas nos anos seguintes de desenvolvimento do Plano (BRASIL, 2013).

período 2001 a 2006, foi possível identificar as seguintes 'linhas de ação' para a Política de Saúde Mental: a) Atenção Especializada em Saúde Mental; b) Reorganização da Atenção Hospitalar; c) Recursos Humanos para Saúde Mental.

Para a Atenção Especializada, o Plano Estadual de Saúde Mental 2000 – 2003 definiu como problema a insuficiência e ausência de CAPS em regiões do estado da Bahia (BAHIA, 1999). De fato, os dados disponíveis revelaram que a maior parte dos CAPS existentes se concentrava na região Sul, enquanto que outras regiões não tinham esse equipamento, sendo o caso mais extremo da região Oeste. Este problema também foi apontado no Plano seguinte (BAHIA, 2003a), que, além disso, apontou a inexistência de Serviços Residenciais Terapêuticos e leitos para assistência em Saúde Mental nos hospitais gerais no estado (BAHIA, 2003a). Nas Programações de Saúde, propõe-se a implantação de 106 CAPS (BAHIA, 2002a; 2003c; 2004a; 2005a; 2006a), entretanto, o que foi implantado foi muito inferior ao proposto, totalizando apenas 58 CAPS (BAHIA, 2001c; 2002b; 2003d; 2004b; 2005b; 2006b) e nenhum SRT ou leitos em hospitais gerais, mantendo-se assim uma limitação no acesso aos serviços substitutivos ao modelo asilar.

Quanto à segunda linha de ação, a reorganização da Atenção Hospitalar, os dois Planos sinalizaram que o hospital psiquiátrico se constituía na principal porta de entrada para a Assistência à Saúde Mental, chegando a registrar a existência de 1.695 leitos ocupados em hospitais psiquiátricos no estado em 2003 (BAHIA, 1999; 2003a). Isto não é de se estranhar dada a insuficiência da atenção ambulatorial e o baixo número de serviços substitutivos implantados no estado nesse período (BAHIA, 1999; 2003a). Ainda sobre os hospitais psiquiátricos, os Planos apontaram para a inexistência de controle da qualidade nestes hospitais, um problema também identificado quando alguns conselheiros visitaram tais unidades (Ata 1; Ata 13). Considerando os problemas nos hospitais psiquiátricos e objetivando a redução da internação nestes serviços, foi proposta a implantação de 250 leitos de referência em hospitais gerais, além de medidas para reformas e readequação de quatro unidades hospitalares no estado (BAHIA, 2002a; 2003c; 2004a; 2005a; 2006a). Conforme os Relatórios de Gestão da SESAB, nenhum leito foi implantado em hospital geral, sendo realizadas apenas reformas em três hospitais psiquiátricos, ao invés de quatro, como proposto (BAHIA, 2001c; 2002b; 2003d; 2004b; 2005b; 2006b). Além disso, apenas três hospitais foram avaliados pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar, quais sejam o Hospital Especializado Lopes

Rodrigues, o Juliano Moreira e o Afrânio Peixoto. Essa avaliação evidenciou uma melhora nos serviços prestados por essas instituições quando comparados os dados entre 2002 e 2003 (BAHIA, 2002b; 2003d). Ademais, chama a atenção a não realização de outras avaliações posteriores a 2003, nem a realização de avaliações em outros hospitais psiquiátricos da Rede.

No que diz respeito aos Recursos Humanos, nenhum dos planos registrou qualquer problema nesta área para a Saúde Mental, entretanto, as Programações Anuais de Saúde incluem cursos de qualificação para os profissionais de Saúde Mental, e outros profissionais da Atenção Básica, principalmente, os médicos generalistas (BAHIA, 2002a; 2003c; 2004a; 2005a; 2006a). Além disso, foram programados cursos de especialização sob a forma de residência em Saúde Mental para a equipe multidisciplinar, atividades de educação permanente nos serviços de Saúde Mental e, até mesmo, ações de educação popular com usuários, família e comunidades (BAHIA, 2002a; 2003c; 2004a; 2005a; 2006a).

Dentre as atividades desenvolvidas pela SESAB, relacionadas com os Recursos Humanos, os Relatórios de Gestão do período 2001 a 2006 evidenciaram que, em quase todos os anos foram realizadas ações nesta área (BAHIA, 2001c; 2002b; 2003d; 2004b; 2005b; 2006b). Dentre estas ações, chama atenção para a realização de um curso sobre Saúde Mental para 1.012 Agentes Comunitários de Saúde em 2001; cursos para profissionais das unidades de assistência psiquiátrica em 2003; curso de especialização numa parceria com a UFBA em 2004 para 50 participantes; capacitação de 119 médicos generalistas em 2005 e outras capacitações em urgência e emergência para profissionais do Hospital Juliano Moreira e do Mario Leal em 2006 (BAHIA, 2001c; 2002b; 2003d; 2004b; 2005b; 2006b)

d) Síntese: conexão entre Conferência, CES-BA e SESAB no ciclo da Política de Saúde Mental 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 garantam o pleno exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais, sem que eles fossem excluídos do ambiente social convívio 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, 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 pautadas nas reuniões temas que discutissem o direito dos usuários e das famílias; a quantidade, alocação, distribuição e qualidade dos serviços a serem implantados; as questões relativas aos trabalhadores na área; dentre outros.

Comparando, entretanto, os problemas e propostas que emanaram da Conferência com os problemas e propostas apresentadas nos Planos e programas da SESAB, encontramos 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, porém não se verifica uma participação sistemática do CES-BA nesse processo. De fato, verificamos 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. Portanto, parece que o CES-BA foi o 'elo fraco' nessa cadeia, restando então, um espaço a ser preenchido por esta instância deliberativa.

5.2 Ciclo da Política de Saúde mental na Bahia (2007 - 2013)

Entre os anos 2007 e 2010 foram Presidentes do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva entre 2007 e 2010 (segundo mandato) e Dilma Vana Rousseff de 2011 a 2014 (primeiro mandato), ambos do Partido dos Trabalhadores (PT). No período do presidente Lula, os Ministros da Saúde foram José Agenor Álvaro da Silva e José Gomes Temporão, enquanto que no governo Dilma o ministro foi Alexandre Padilha (BRASIL, 2015). Uma das mais importantes ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a Saúde Mental se deu com a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011 (BRASIL, 2011).

Nesse período, a Bahia foi governada pelo também petista, Jaques Wagner (2007 – 2014), sendo que na Secretaria Estadual da Saúde da Bahia em praticamente todos os anos do ‘Governo Wagner’, exceto no último ano, em 2014, a gestão foi assumida pelo médico e sanitarista Jorge José Santos Pereira Solla (2007 – 2013). Chama atenção a longa permanência deste Secretário no comando da pasta, fato inédito na SESAB durante os anos analisados nesse estudo.

A descrição do processo de implantação e implementação de Políticas voltadas para a Saúde Mental no período 2007 – 2013 se inicia com a caracterização da dinâmica do Conselho e suas deliberações, em seguida, apresenta-se as propostas emanadas da IV CESMI, a primeira com ênfase na intersetorialidade, e por fim, as ações, programas e projetos implantados e implementados pela SESAB no período.

a) Dinâmica política no CES-BA no período 2007 - 2013

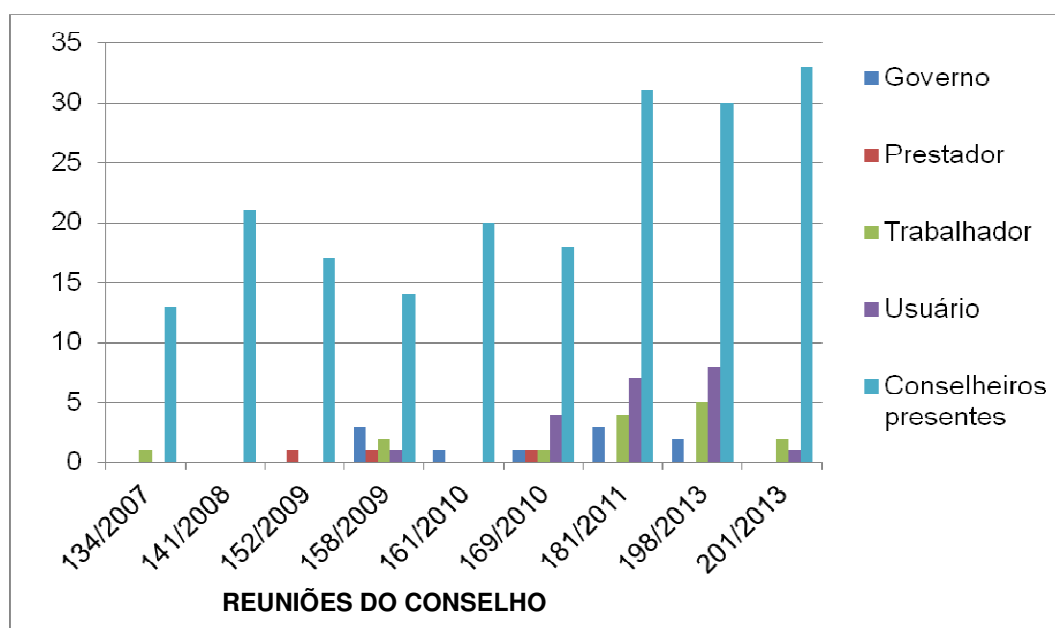
Durante o período 2007 – 2013, a composição do CES-BA foi reformulada para se tentar corrigir distorções relacionadas a não paridade, principalmente com mudanças dos representantes das entidades dos usuários (BAHIA, 2011a). Para isso, a partir de 2011 a Lei Estadual n.º 12.053/2011 incluiu novas entidades para representar os segmentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários, chegando a retirar deste último segmento aquelas que representavam a Presidência da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, a Associação Comercial da Bahia, o Comitê do Fomento Industrial de Camaçari e a Federação do Comércio do Estado da Bahia indústria e do comércio (BAHIA, 2011a). Além disso, esta nova composição incluiu um representante de entidade da Saúde Mental e contribuiu para aumentar o número de conselheiros, que passou de 24 para 32 membros assim distribuídos: 16 representantes dos usuários; quatro do governo; quatro dos prestadores de serviço e oito dos trabalhadores da saúde (BAHIA, 2011a).

Nesse período, foram realizadas no CES-BA 86 reuniões, numa média de 12,3 reuniões por ano, ocorrendo maior quantidade destas em 2008 (15) e em menor quantidade em 2011 (11) e 2013 (11). Do total de reuniões realizadas no período, 18 delas trataram de temas relativos à Saúde Mental, sendo distribuídas entre: nove reuniões como pontos de ‘pauta’, três reuniões em ‘informes’; sete em ‘o que ocorrer’, distribuição que evidencia predominância da inclusão do tema nas

pautas em relação aos informes e o que ocorrer, sendo assim oportunizada maior discussão sobre a área.

Nessas 18 reuniões, a frequência dos conselheiros sofreu variações no decorrer dos anos. Observa-se no gráfico 2, que nas cinco primeiras reuniões ocorreu a participação de menor número de conselheiros, quando comparadas ao total analisado (Ata 16; Ata 18; Ata 19; Ata 20; Ata 21). Entretanto, nas últimas reuniões (2011 – 2013) se observa um aumento no número total de conselheiros presentes, chegando-se a contar com uma média de 30 membros. Além disso, também se observou um aumento no número de representantes que debateram os assuntos relativos à Saúde Mental, sendo a maioria destes, representantes dos usuários e trabalhadores de saúde.

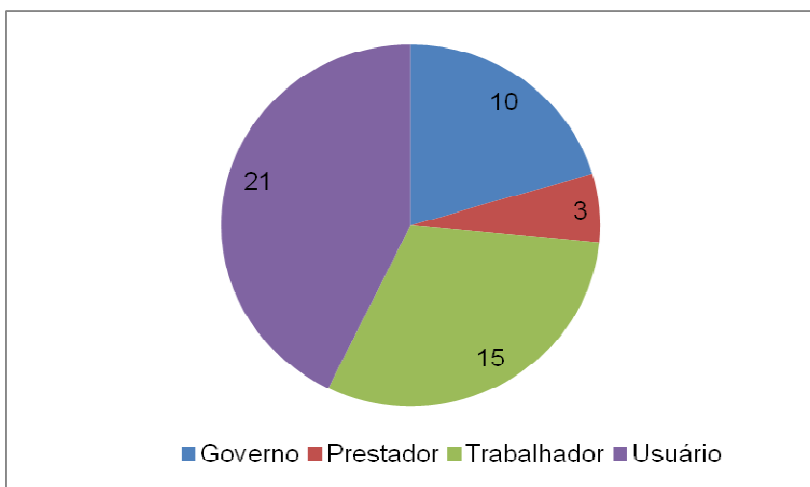
Gráfico 2 - Número absoluto de conselheiros presentes e participantes das pautas sobre Saúde Mental, conforme segmento 2007 a 2013, Bahia



Fonte: atas do CES-BA, período 2007 a 2013.

A distribuição em número absoluto de segmentos presentes em todas as nove pautas, descrita na figura 4, reforça a maior participação, nos debates com assuntos relativos à Saúde Mental, do segmento de usuários (21 membros), em segundo lugar os trabalhadores de saúde (15), em terceiro o governo (10) e em último os prestadores de serviços (3).

Figura 4 - **Distribuição em números absolutos de segmentos participantes nas pautas sobre Saúde Mental, 2007 a 2013, Bahia.**



Fonte: atas do CES-BA, Bahia.

Os dados desta figura mostra uma baixa participação do governo e prestadores quando o assunto abordado no Conselho foi Saúde Mental. Além disso, evidencia uma maior participação dos usuários e dos trabalhadores, podendo ser relacionada ao maior interesse e envolvimento desses segmentos na Política de Saúde Mental, por serem, de certa maneira, os mais afetados por tal Política, seja por se beneficiarem das ações de SM seja por serem prejudicados na ausência ou deficiência destas ações.

Quadro 4 - Relação das reuniões do CES-BA segundo tema central e assuntos, Bahia, 2007 – 2013.

TEMA CENTRAL	NÚMERO DA REUNIÃO	ORDEM DO DIA	ASSUNTO APRESENTADO NA PLENÁRIA
Prestação de Contas da SESAB sobre SM	134/2007	Pauta	Relatório de Gestão da SESAB de 2006
	141/2008	Pauta	Relatório de Gestão da SESAB de 2007
	152/2009	Pauta	1) Relatório de Gestão da SESAB de 2008; e 2) Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011.
IV CESMI	161/2010	Pauta	Organização da IV Conferência Estadual de SM Interestadual
	165/2010	O que ocorrer	Escolha de delegados do CES-BA para a IV CNSMI
	169/2010	Pauta	Relatório Final da IV Conferência Estadual de SM Interestadual
Situação da Saúde Mental na Bahia	129/2007	O que ocorrer	Condições precárias dos hospitais psiquiátricos
	137/2008	O que ocorrer	Não pagamento de médicos em CAPS de cidades do interior do estado
	152/2009	Informes	Não credenciamento de CAPS pelo Ministério da Saúde
	158/2009	Pauta	A Saúde Mental na Bahia
	180/2011	O que ocorrer	Quantidade insuficiente de CAPS AD no estado
	183/2012	Informes	Repasse do Governo Estadual para implantação de CAPS III AD
	184/2012	O que ocorrer	Necessidades de CAPS III em municípios do estado
Comissão de Saúde Mental no Conselho	198/2013	Pauta	Apresentação sobre a Reforma Psiquiátrica na Bahia
	181/2011	Pauta	Implantação da Comissão de Saúde Mental no CES-BA
	186/2012	O que ocorrer	Composição da Comissão de Saúde Mental do CES-BA
Outros	201/2013	Pauta	Proposta para recompor a Comissão de Saúde Mental do CES-BA
	164/2010	O que ocorrer	Servidora agredida no Hospital Juliano Moreira
	195/2013	Informes	Participação de Conselheiros no Mobiliza RAPS

Fonte: atas das reuniões do CES-BA no período 2007 – 2013.

Os assuntos abordados nas 18 reuniões relativas à Saúde Mental foram os seguintes: a) prestação de contas da SESAB; b) IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersectorial; c) Situação da SM na Bahia; d) Comissão de Saúde Mental do CES-BA; e) outros temas quadro 4.

Com relação à prestação de contas da SESAB, nem todos os instrumentos de gestão apresentados incluíram a Saúde Mental, exceto os Relatórios de Gestão de 2006, 2007 e 2008, e o PES 2008 – 2011¹⁵. Nas apresentações desses instrumentos nenhum conselheiro fez questionamentos ou observações acerca das informações apresentadas sobre Saúde Mental (Ata 16; Ata 18; Ata 19).

Com relação ao debate no Conselho acerca da IV CESMI, os assuntos pautados trataram da organização e dos encaminhamentos da Conferência (Ata 21; Ata 23; Ata 24). Observa-se, no entanto, a ausência de contestações ou observações dos conselheiros quando apresentada a portaria que instituiu as comissões, coordenações, comitês do evento e outros assuntos (Ata 21). Essa passividade dos conselheiros não foi observada no momento em que foram definidos os conselheiros participantes da etapa nacional, que considerou como regra fundamental, a paridade (Ata 23). Enfim, restou para o Conselho elaborar e aprovar o Regimento Interno e emitir parecer sobre o Relatório Final dessa Conferência (Ata 24).

Mesmo diante de novas propostas aprovadas na IV CESMI, considerando o que foi discutido no Conselho sobre a situação da Saúde Mental durante o período, não foram estabelecidas estratégias para a formulação e implementação da Política da Saúde Mental (Ata 15; Ata 20; Ata 31). A leitura das atas das reuniões que tratam da Saúde Mental revelam que 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 (Ata 15; Ata 20; Ata 31). Os demais problemas relatados pelos conselheiros incluem o atraso no credenciamento de CAPS pelo Ministério da Saúde, médicos com pagamento de salários em atraso em alguns CAPS do interior e quantidade insuficiente de CAPS III e CAPS AD no estado (Ata 19; Ata 17; Ata 25; Ata 28).

¹⁵ Chama a atenção na prestação de contas, o fato do PES 2008 – 2011 ter sido apresentado e apreciado pelo Conselho um ano após o fim da vigência do plano anterior (Ata 19).

Com relação aos CAPS, a quantidade implantada ainda não é suficiente para atender às necessidades da população, após 10 anos de promulgação da Lei 10.216/2001 ainda que o Ministério da Saúde tenha incentivado por meio de recursos extrateto o financiamento de CAPS no país (BRASIL, 1999; 2001). Para reverter esta situação no estado, o Secretário de Saúde, que era o presidente do Conselho na época, informou que o Governo do Estado havia destinado recursos específicos para os municípios implantarem CAPS III AD desde janeiro de 2012 (Ata 27).

Além das questões relativas aos serviços de SM no estado e dos problemas de gestão e de financiamento na área, o Conselho discutiu um problema interno, que diz respeito a dificuldade de recompor a Comissão de Saúde Mental do CES-BA (Ata 26; Ata 29; Ata 32). O debate sobre esse assunto trouxe para o pleno o relato das dificuldades em manter em atividade a Comissão diante da baixa adesão de alguns conselheiros e o desinteresse, de outros (Ata 32). Um dos conselheiros entrevistados registraram tais dificuldades conforme o discurso abaixo:

(...) a nossa ideia é transformar esse grupo 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, porque, historicamente, dentro do próprio Conselho (...) há momentos assim de um funcionamento e, em outros momentos, de um total, eu chamo até de obscurantismo (E7).

(...) 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 (E7).

Diante das dificuldades em implantar a Comissão, o Conselho, estrategicamente, criou então um grupo de trabalho, composto por conselheiros interessados em recompor a Comissão, os quais buscaram apoio nos movimentos sociais da área de Saúde Mental, sem entretanto lograrem definir concretamente os membros da Comissão, que portanto não foi reativada durante os anos analisados.

Outros assuntos que não se relacionaram aos temas anteriores foram distribuídos como 'outros temas', ocupando momentos de reunião, porém sem gerar debate, a exemplo do relato, em "o que ocorrer", da agressão sofrida por uma servidora em um hospital psiquiátrico e o informe de uma conselheira a respeito da

participação de alguns membros do Conselho no movimento denominado - Mobiliza RAPS¹⁶ (Ata 22; Ata 30).

Apresentados os temas e assuntos discutidos nos momentos das reuniões do CES-BA no período analisado, cabe, nesse momento, descrever dentre as pautas discutidas na Plenária quais foram as que geraram deliberações do Conselho. O quadro demonstra, conforme as reuniões, que na maioria das pautas houve alguma deliberação, no entanto, estas se limitaram à aprovação dos Relatórios de Gestão e do PES 2008 – 2011 (BAHIA, 2009a), a aprovação da Portaria da SESAB sobre a organização da IV CESMI e aprovação dos encaminhamentos para formar nova Comissão de SM do Conselho.

Quadro 5 - Questões relativas à Saúde Mental que ascenderam à agenda do CES-BA, segundo número de reunião e deliberações, 2007 – 2013, Bahia.

Reunião/ano	Assuntos apresentados no CES-BA	Deliberação (ões)
Nº 134/2007	Relatório de Gestão da SESAB de 2006	Aprovação do relatório de gestão
Nº 141/2008	Relatório de Gestão da SESAB de 2007	Aprovação do relatório de gestão
Nº 152/2009	Relatório de Gestão da SESAB de 2008	1) Aprovação do Relatório de Gestão de 2008; e 2) Aprovação do Plano Estadual de Saúde 2008 – 2012
Nº 158/2009	A Saúde Mental na Bahia	Não houve deliberações
Nº 161/2010	Organização da IV Conferência Estadual de SM Interestadual	Aprovada portaria da SESAB que instituiu a comissão organizadora
Nº 169/2010	Relatório Final da IV Conferência Estadual de SM Interestadual	Não cabe deliberação por já ter sido aprovado na Conferência
Nº 181/2011	Implantação da Comissão de Saúde Mental no CES-BA	Formou-se uma comissão provisória para apresentar propostas de formação da Comissão de Saúde mental.
Nº 198/2013	Apresentação sobre a Reforma Psiquiátrica na Bahia	Não houve deliberações
Nº 201/2013	Proposta para recompor a Comissão de Saúde Mental do CES-BA	Oportunidade dos conselheiros aceitarem ou não participar da Comissão

Fonte: atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde da Bahia.

¹⁶ O Mobiliza RAPS foi criado pela Portaria Ministerial n.º 1.306 de 27 de junho de 2013, instituindo o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial, composto por profissionais de saúde, estudantes, usuários, gestores e pesquisadores, dentre outros segmentos sociais. O comitê se reúne a cada semestre, sendo convocado pelo poder executivo da esfera federal (BRASIL, 2012).

Em verdade, não há como negar que o Conselho cumpriu formalmente seu papel, com aprovação de alguns instrumentos de gestão, porém, não ficou evidenciado ter havido debate a respeito dos programas implementados pela SESAB na área de SM ou acerca do que foi proposto no PES 2008 – 2011 (BAHIA, 2009a). Além disso, não houve qualquer resolução específica do Conselho para a Política Saúde Mental, mesmo tendo sido apresentados persistentes problemas e questões da área.

b) A IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial - 2010

Antes de ocorrer a etapa estadual da IV Conferência de Saúde Mental, foram realizadas 52 pré-conferências (municipais e regionais), sendo que do total de 417 municípios existentes no estado, apenas 145 realizaram as pré-conferências, ou seja, menos da metade do total (BAHIA, 2010a). A realização das pré-conferências e da etapa estadual foi regulamentada pelo Regimento Interno aprovado pelo CES-BA (Ata 21), o qual instituiu a obrigatoriedade da distribuição paritária dos participantes entre delegados representantes dos usuários para com os demais, estabelecendo-se a quantidade de delegados que participariam das etapas estadual e nacional (BAHIA, 2010a). Além disso, esse Regimento estruturou a comissão organizadora, composta pela Coordenação Geral, Comitês Executivo e Consultivo e demais Comissões de Programação, Comunicação Social, Articulação e Mobilização, Logística e Infraestrutura e de Relatoria (BAHIA, 2010a).

No tocante à etapa estadual, que ocorreu na capital da Bahia entre 24 e 26 de maio de 2010, a IV CESMI foi convocada pela Portaria SESAB n° 452 de 03 de março de 2010, com o tema “Saúde Mental, direitos e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” (BAHIA, 2010b).

Participaram dessa etapa 430 delegados dos 796 nomes indicados inicialmente. Apesar de ter participado a maioria dos indicados, surpreende o fato de 366 delegados não terem se apresentado na etapa estadual, um número considerável de ausentes (BAHIA, 2010b). Outro fato que chama atenção é a ênfase dada à intersetorialidade, tendo sido convocados para a IV CESMI outras instituições que atuam em interface com a saúde, tendo participado, assim, representantes de setores ligados aos Direitos Humanos, Assistência Social,

Educação, Trabalho, Renda, Cultura, Justiça e Cidadania, Esporte, dentre outros (BAHIA, 2010a).

Como produto final da etapa estadual, o Relatório Final primeiramente descreve os debates travados nas mesas realizadas nos três dias do evento, destacando nomes de convidados especialistas na área e de áreas afins, bem como algumas falas desses convidados sobre a situação e os desafios para a Saúde Mental na Bahia (BAHIA, 2010a). Nesse Relatório constam as 314 propostas aprovadas e 14 moções. As primeiras, conforme o quadro 6, foram distribuídas nos três 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. As moções foram distribuídas em: moções de apoio (3); moções de repúdio (9); uma moção de reivindicação e outra de recomendação (BAHIA, 2010a).

Quadro 6 - **Propostas da IV CESMI, segundo eixos, 2010, Bahia.**

EIXOS	PROPOSTAS
Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais	Implantar Serviços de SM Implementar ações intersetoriais de SM Promover Educação Permanente em SM Inter-relacionar a SM com a Atenção Básica Reinsere socialmente os usuários Fechar os hospitais psiquiátricos Quebrar patentes de medicamentos para SM Outros
Consolidar a RAPS e fortalecer os movimentos sociais	Ampliar serviços de SM já implantados Realizar programas e projetos para a SM Estimular a formação de associações de família e usuários Realizar Educação Continuada em Saúde Mental Outros
Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial	Abolir práticas de tratamento cruel ou degradante Combater a violência contra os usuários da SM Prover apoio às famílias de usuários da SM Criar boletins informativos sobre SM Promover ações intersetoriais com profissionais de segurança pública Realizar campanhas nacionais sobre SM Criar o estatuto das pessoas em sofrimento mental Outros

Fonte: relatório final da IV CESMI, Bahia.

No primeiro eixo, as propostas estão relacionadas, principalmente, à implantação dos serviços de Saúde Mental substitutivos, para atender as

necessidades de atenção face ao fechamento dos hospitais psiquiátricos (BAHIA, 2010a), bem como à realização de cursos de qualificação nos diversos serviços de Saúde Mental e em outros serviços afins. Com a ênfase na ação intersetorial foi proposto que as pessoas com transtornos mentais tivessem acesso aos dispositivos que promovessem sua reinserção no mercado de trabalho (BAHIA, 2010b). E, por fim, como proposta inovadora nas Conferências, a quebra de patentes de medicamentos para uso na assistência às pessoas com transtorno mental (BAHIA, 2010a).

No segundo eixo, também se enfatiza a necessidade de ampliar o número de serviços de Saúde Mental, de modo a se constituir uma Rede de atenção às pessoas com transtorno mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas, propondo-se ademais, a ampliação e adequação dos serviços existentes, às necessidades locais ou regionais. Nesse grupo de propostas também aparece o estímulo à formação especializada dos profissionais que atuam nos CAPS, hospitais psiquiátricos existentes, Serviço Residencial Terapêutico e na Atenção Básica, através da realização de cursos para os profissionais envolvidos no cuidado aos usuários. Além disso, como forma de ‘empoderar’ as famílias e a comunidade para atuarem na gestão da Saúde Mental, para cobrar e orientar os setores envolvidos foi proposta a criação de associações de bairros para usuários e familiares de portadores de transtorno mental em todo o estado.

Por outro lado, como o cuidado com as pessoas em transtorno mental não é exclusivo dos profissionais de saúde, foram propostas, no último eixo da Conferência, a realização de ações voltadas para a orientação de trabalhadores das instituições de ensino, dos órgãos da Secretaria de Segurança Pública (delegacias, polícia militar e bombeiros) e outros setores, com intuito de promover um cuidado mais humanizado quando do contato dos trabalhadores destes setores com as pessoas em transtornos mentais ou em uso de drogas (BAHIA, 2010a). Como forma de orientar a população em geral, proporcionando aos usuários uma vida digna foi proposta a realização de campanhas nacionais através da mídia com intuito de informar a população sobre os direitos desses usuários bem como foi proposta a criação de um estatuto para as pessoas com transtorno mental, de modo a contribuir

para a extinção de práticas cruéis vivenciadas no dia a dia por pessoas em transtorno mental e seus familiares (BAHIA, 2010a).

Quanto às moções, algumas continham direcionamentos já mencionados no conjunto de propostas voltadas para a garantia de direitos dos usuários, visando-se garantir o acesso universal e gratuito aos serviços substitutivos propostos pela Lei n.º 10.216/2001 e 10.708/2003 e pelas Portarias do Ministério da Saúde n.º 106/2000 e 336/2002 (BAHIA, 2010a; BRASIL, 2000; 2001; 2002; 2003).

Entre as demais moções destaca-se o repúdio à SESAB pela manutenção dos hospitais psiquiátricos no estado, mesmo após nove anos de promulgação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), e, por não ter garantido a hospedagem dos delegados participantes na etapa estadual e ter permitido a participação de estudantes universitários como usuários, sendo questionada a forma de participação desse grupo na Conferência (BRASIL, 2001; BAHIA, 2010a).

Por fim, as últimas moções reivindicavam a realização de concurso público para trabalhadores da Saúde Mental com carga horária semanal de 30 horas (BAHIA, 2010a), e recomendaram a mudança das diversas nomenclaturas “estigmatizantes” (‘doentes mentais’, ‘portadores de doença mental’, ‘transtornos mentais’, ‘loucos’, ‘doidos’, dentre outras) por pessoas em “sofrimento mental” (BAHIA, 2010a, p. 46).

c) Atividades previstas e realizadas pela SESAB na área de SM (2007-2013)

A Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão de 2007, ainda referentes ao Plano Estadual de Saúde Mental (2004 – 2007); os PES 2008 – 2011 e 2012 – 2015; demais PAS entre 2008 – 2013 e os RAG de 2008 a 2013 contêm informações acerca das ações realizadas pela SESAB na área de SM nesse período, as quais foram classificadas nas mesmas ‘linhas de ação’ apontadas no período anterior, quais sejam: a) Atenção Especializada em SM; b) Reorganização da Atenção Hospitalar; e c) Recursos Humanos para SM.

Para 2007, previa-se a implantação de serviços substitutivos, não especificando quais, exceto os oitos CAPS propostos (BAHIA, 2007b). Para as outras áreas relativas à SM, foi programada a implementação de ações na rede de Atenção Básica e uma maior atenção para os hospitais com destaque para a

modernização de 10 unidades do estado (BAHIA, 2007b). No entanto, o RAG de 2007 explicitou que foram implantados três vezes mais o número de CAPS (24) previsto, algo positivo para a consolidação deste serviço no estado, e modernizado cinco hospitais (5), sendo também retomado o Plano de Avaliação dos Serviços Hospitalares depois de passados três anos sem avaliar os hospitais psiquiátricos (BAHIA, 2007a). Além destas últimas ações, a SESAB promoveu o 'Fórum Permanente para discutir a implementação da Política de Saúde Mental' e promoveu 'O encontro estadual de Saúde Mental', este último envolvendo aproximadamente 1.200 pessoas (BAHIA, 2007a).

Na análise da atenção especializada em Saúde Mental, sistematizada no PES (2008 – 2011), aparece como problema a elevada prevalência de pessoas com transtornos mentais em todo estado, com destaque para o elevado consumo de álcool e outras drogas nos municípios (BAHIA, 2009a). As propostas neste Plano para esses problemas objetivaram a reorganização da Rede especializada de Saúde Mental voltada para a implementação da Política de Saúde Mental em todo o estado. Passados quatro anos, no PES (2012 – 2015) os problemas identificados no Plano anterior se intensificaram com relação ao consumo de álcool e outras drogas, sendo identificada uma progressiva elevação na morbimortalidade da população usuária de álcool e outras drogas, e um aumento no número de pessoas com transtornos mentais na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade (BAHIA, 2011b). Como propostas, este último Plano buscou intensificar as ações com vistas à atenção integral das pessoas vítimas do uso abusivo de álcool e outras drogas, direcionando-as para a implantação de CAPS IA e AD, e para as Casas de Acolhimento Transitórios¹⁷ regionais (BAHIA, 2011b).

Considerando os problemas e propostas descritos nos dois Planos (2008 – 2011 e 2012 – 2015), a SESAB programou para o período 2008 – 2013 realizar uma avaliação das Comunidades Terapêuticas¹⁸ no estado e implantação, sem

¹⁷ Essas casas tiveram sua nomenclatura mudada para Unidades de Acolhimento, conforme a Portaria do Ministério da Saúde n.º 121 de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012). Trata-se de "um serviço que oferece acolhimento transitório às pessoas que estejam em tratamento nos CAPS e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas" (BAHIA, 2011b, p. 130).

¹⁸ São serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos; são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e esteticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ ou dependentes de substâncias psicoativas,

quantificar, de CAPS infantil e CAPS AD, visando prestar apoio institucional aos municípios para implantação de serviços substitutivos (BAHIA, 2008b; 2009b; 2011c; 2012a; 2013a). Os Relatórios de Gestão explicitam que foram implantados 70 CAPS (saindo de 130 CAPS em 2008 para 200 em 2013), não diferenciando os tipos, desse modo, não foi possível identificar a quantidade de CAPS infantis e CAPS AD implantados (BAHIA; 2008a; 2009c; 2010d; 2011d; 2012b; 2013b). Chama a atenção o fato dos Relatórios não especificarem se ocorreu a implantação de outros serviços implantados, bem como não indica se as Comunidades Terapêuticas foram avaliadas, como proposto na programação.

No que diz respeito à segunda 'linha de ação', reorganização da atenção hospitalar, o PES (2008 – 2011) não explicitou problemas relacionados com a rede hospitalar de SM, no entanto, propõe a implantação em 30% dos leitos dos hospitais gerais em leitos integrais de Saúde Mental (BAHIA, 2009a). A não identificação de problemas não ocorreu quando apresentado o PES (2012 – 2015), que indicou a existência de 1.002 leitos para internação em hospitais psiquiátricos, evidenciando, de fato, uma quantidade elevada de pessoas ainda residindo nos manicômios, um problema perene no estado. Com base nisso, foi proposta a implantação de 35 leitos de atenção integral nos hospitais gerais, voltados, principalmente, para referência na assistência aos pacientes vítimas do uso abusivo de álcool e outras drogas (BAHIA, 2011b). Entre 2008 e 2013, foram implantados apenas seis leitos no Hospital Regional Ursino Pinto de Queiroz no município de Santo Antônio de Jesus, ou seja, menos de 20% do total programado (BAHIA; 2008a; 2009c; 2010d; 2011d; 2012b; 2013b).

Por fim, a última 'linha de ação' trata do planejamento da SESAB para a área de Recursos Humanos na Saúde Mental. No PES (2008 – 2013) foram apontados como problemas a precarização dos vínculos trabalhistas e a alta rotatividade de profissionais, situações que dificultam o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários (BAHIA, 2009a). O Plano posterior, PES (2012 – 2015) não

durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (FRACASSO, 2014, p. 123).

explicitou problemas nessa área, dando destaque apenas à realização de cursos de 'qualificação' dos profissionais de saúde (BAHIA, 2011b). As programações de 2008 a 2013 incluem propostas voltadas à realização de cursos de 'qualificação' para profissionais de saúde (BAHIA, 2008b; 2009b; 2011c; 2012a; 2013a), sendo que, o que foi implementado basicamente atendeu a algumas demandas pontuais de Recursos Humanos, como a realização de cursos introdutórios para profissionais que trabalham em CAPS, além de outros cursos de 'capacitação' para estes profissionais (BAHIA; 2008a; 2009c; 2010d; 2011d; 2012b; 2013b).

d) Síntese: conexão entre Conferência, CES-BA e SESAB no ciclo da Política de Saúde Mental no período 2007 - 2013

No momento da IV Conferência 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 SM 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 do 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 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" (E6).

Com relação à SESAB, muito do que foi programado não foi implementado, mas os serviços implantados estavam em consonância com as propostas da IV CESMI. Chama atenção, nesse período, a inclusão das propostas relativas à SM

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.

5.3. Análise comparativa dos dois momentos (balanço da participação das Conferências e do CES-BA no ciclo da Política de Saúde Mental)

Esta análise comparativa¹⁹ se limita a descrever as semelhanças e diferenças nos dois cenários políticos dos períodos 2001 – 2006 e 2007 - 2013, levando em conta as propostas emanadas das duas Conferências de Saúde Mental e a implementação ou não da Política de Saúde Mental pela SESAB.

No período estudado foram sancionadas a Lei n.º 10.216/2001 (no governo de Fernando Henrique Cardoso) e a Lei n.º 10.708/2003 (no período do Presidente Luis Inácio Lula da Silva), que constituem o marco legal para a Política de Saúde Mental em todo o país. A primeira direciona a reorganização da assistência e orienta a construção de um novo modelo de atenção em SM, já a segunda, mais específica, prevê auxílio financeiro às pessoas recém-egressas de hospitais psiquiátricos e de custódia para viverem em ambiente extra-hospitalar (BRASIL, 2001; 2003). Além dessas leis, inúmeras portarias do Ministério da Saúde foram aprovadas, colaborando assim, para a operacionalização de alguns dos princípios da reforma do modelo assistencial nessa área (BRASIL, 2000, 2002, 2003, 2011).

A Bahia, especificamente, foi palco da realização de duas CESM, eventos em que se discutiu amplamente a situação existente nessa área e se formulou 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

¹⁹ Ver quadro comparativo desses dois momentos no Apêndice L.

Política e a intersectorialidade da SM com outras áreas. A quantidade de propostas foi muito diferente entre as duas Conferências, sendo aprovada na IV CESMI 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 SM e a realização de cursos para trabalhadores de 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 na 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 SM da SESAB ou 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 SM, 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 quatro 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 desses problemas, porém não logrou alcançar 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 (RAG, 2013), algo 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” (E4).

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.

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 Bipartite²⁰, como seguem os seguintes trechos: “toda decisão que envolvia implantação de serviço de Saúde Mental ocorria na CIB” (E1); “a aprovação dos CAPS para os municípios passava pela CIB (...)” (E4).

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 PESM no estado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados nesse trabalho permitem que se apresentem algumas considerações acerca da participação das CESM, do CES-BA e da área técnica de SM da SESAB no ciclo da Política de SM no âmbito do SUS-Ba.

A análise dessas Conferências evidenciou o quanto estes espaços de debate propiciaram a formulação de propostas relativas à Política de Saúde Mental e consonantes com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios da

²⁰ Esta Comissão gestora aprovou a implantação de vários serviços e programas para a Saúde Mental em todo o estado. Entre 2001 e 2013, 110 resoluções relativas à Política Estadual de Saúde Mental foram aprovadas pela CIB, sendo que 80 foram sobre o credenciamento de CAPS para as cidades de todo o estado da Bahia; uma para habilitar um município em Saúde Mental; uma que aprovou a RAPS do estado; três que habilitou leitos de hospitais gerais para atender pessoas com transtornos mentais; quatro que aprovou aquisição de materiais permanentes para CAPS do estado; três que autorizou a aquisição de medicamento de SM para alguns municípios; 14 sobre Planos, Programas e Projetos para Saúde Mental em municípios do estado; uma que habilitou o hospital Juliano Moreira para ser credenciado como Hospital-Dia; uma que autorizou uma organização não governamental assistir às pessoas deficientes e com transtorno mental; e uma resolução que aprovou a transferência direta de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde em um município do interior do estado (ver Apêndice D).

luta antimanicomial. Os participantes destas Conferências debateram a Política estudada com propósitos coerentes aos princípios de direito à vida e a 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 nessas 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 aprovação formal dos instrumentos de gestão, como Planos, Programações e Relatórios.

A participação do Conselho no ciclo da Política Estadual de Saúde Mental, portanto, foi incipiente, ou seja, não houve deliberações ou proposições que guiassem as decisões e nortearassem o processo de implementação dessa Política no âmbito do sistema estadual de saúde. Nesse sentido, este estudo aponta que a problemática da Saúde Mental parece não ter interessado aos participantes dessa instância decisória, ocupando um lugar secundário no conjunto dos temas debatidos no CES-BA, apesar da realização das Conferências Estaduais de Saúde Mental, 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.

Este fato parece não ser uma especificidade do CES-BA, visto que outros Conselhos de Saúde também têm tido uma participação incipiente no que tange às deliberações políticas, como evidenciado nos estudos de Côrtes (2010); Labra (2010). Assim, seria interessante investigar, em outros estados do país, se os Conselhos estão cumprindo com seu papel de acompanhar a formulação e implementação da Política de Saúde Mental. De um modo geral, seria importante aprofundar a análise da prática dos Conselhos para que se compreenda melhor qual o interesse e o que de fato pretendem os sujeitos participantes desses espaços decisórios?

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 SM em hospitais gerais, limitando-se a executar ações voltadas para a qualificação dos profissionais da área de Saúde Mental e afins. 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.

Pelo exposto, percebe-se que as Conferências Estaduais de Saúde mental configuraram-se como arenas e atores do processo de formulação de propostas para a Política Estadual de SM, porém, o Conselho Estadual de Saúde não atuou como empreendedor político no encaminhamento destas propostas. Por outro lado, a SESAB, assumiu, ainda que de forma irregular, a responsabilidade política pela implementação de propostas emanadas do Ministério da Saúde, constituindo-se como ator central no ciclo da PESH nos dois momentos estudados. Levando em conta os fluxos desta Política, conforme o modelo teórico baseado em Kingdon, podemos afirmar que o fluxo de problemas emergiu esporadicamente no CES-BA, não se articulando com o fluxo de propostas que emanaram das CESM. O fluxo, ou corrente da política deu-se sobretudo no âmbito institucional, o que evidencia os limites das instâncias de controle social (Conselho e Conferências de Saúde) na gestão do SUS na Bahia com relação à Saúde Mental.

Os resultados desse estudo, portanto, apresentam alguns desafios para os gestores desta Política, quais sejam, a incorporação das propostas das Conferências Estaduais de Saúde Mental ao processo decisório, inclusive no âmbito do Conselho, qualificando-o para que possa debater os problemas e a formulação

de proposições para 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 Conselho Estadual de Saúde, não permitindo que sejam extrapolados para demais Políticas que o CES-BA tenha debatido e para outros Conselhos do país. Além disso, cabe registrar que os representantes de usuário e do governo não foram entrevistados, não sendo possível uma análise dos discursos de cada segmento que compõe o Conselho. No entanto, espera-se que esta iniciativa inspire a realização de outros estudos, com levantamento de outras questões relativas ao ciclo da Política de Saúde de modo geral, podendo ser aplicada aos demais Conselhos Estaduais de Saúde, aos Municipais e ao Nacional.

7 REFERÊNCIAS

ARENDDT, H. **A condição humana**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. 406p.

AMARANTE, P. D. de C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1^a edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 735 – 760.

ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 27(65): p.327, set/dez. 2004.

BAHIA, III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório Final da Conferência**. 2001^a, 123p.

_____, IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL. **Relatório Final da Conferência**. 2010a, 79p.

_____, Conselho Estadual de Saúde. **Resolução n.º 2, de 24-25 de janeiro de 1998.** Aprova o Regimento Interno da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica - CTRP. 1998, NÃO PAGINADO (material impresso).

_____, Conselho Estadual de Saúde. **Resolução n.º 5, de 6 de maio de 2003.** Aprova as modificações parciais das Resoluções n.º 27/96 e n. 2/98 do CES-BA recomendadas pela Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica – CTRP referentes ao ser Regimento Interno. 2003b, NÃO PAGINADO (material impresso).

_____, Conselho Estadual de Saúde. **Resolução n.º 9, de 2-3 de dezembro de 2000.** Aprova recomendação de n.º 7 da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica – CTRP, que solicita elementos facilitadores para implantação do CRESAM no Hospital Mário Leal. 2000, NÃO PAGINADO (material impresso).

_____, Conselho Estadual de Saúde. **Resolução n.º 27, de 06 de novembro de 1996.** Cria a Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica e define sua composição. 1996a, NÃO PAGINADO (material impresso).

_____, PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. **Lei Estadual n.º 12.053, de 7 de janeiro de 2011.** Dispõe sobre a estrutura do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, e dá outras providências. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/1026479/lei-12053-11>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2002,** 2002a. 128p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2003,** 2003c. 102p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2004,** 2004a. 98p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2005,** 2005a. 73p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2006,** 2006a. 77p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2007,** 2007b. 115p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2008,** 2008b. 81p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2009 e 2010,** 2009b. 92p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2011,** 2011c. 49p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2012**, 2012a. 27p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Agenda Estratégica em Saúde de 2013**, 2013a. 26p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde Mental 2000 - 2003**, 1999. 11p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde Mental 2004 - 2007**, 2003a. 7p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde 2008 - 2011**, 2009a. 88p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015**, 2011b. 167p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Portaria n.º 1.819/2001 de 06 de setembro de 2001. **Institui a comissão organizadora da III CESH e dá outras providências**, 2001b.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Portaria n.º 452/2010 de 06 de março de 2010. **Institui a comissão organizadora da IV CESH e dá outras providências**, 2010b.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2001**, 2001c. 192p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2002**, 2002b. 191p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2003**, 2003d. 189p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2004**, 2004b. 185p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2005**, 2005b. 155p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2006**, 2006b. 171p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2007**, 2007a. 229p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2008**, 2008a. 240p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2009**, volume I e II, 2009c. 423p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2010**, 2010d. 248p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2011**, 2011d. 197p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2012**, 2012b. 140p.

_____, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2013**, 2013b. 229p.

BARBOSA, S. M. de A. **O processo de formação da política de saúde mental: a experiência de Aracajú-Sergipe, 2001 a 2004**. 2012. 108fls. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BASTOS, I. L. G. **Conselho Estadual de Saúde do Amapá – avanços e dificuldades na condução das políticas de saúde do estado**. 2009. 117fls. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissionalizante em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010. (resumo).

BISPO JÚNIOR, J. P. **Participação Social e Relação de Poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia**. 2013. 214fls. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012**. (2012a). Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. Presidência da República. **Ex-presidentes e presidentes do Brasil. Biblioteca da Presidência da República**. 2015. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. (2012b). Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 531, de 30 de abril de 1999**. Criar o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas e dá outras providências. Disponível em: <
http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P531_99prog_pacs_psf.doc>. Acesso em: 21 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.135 de 25 de setembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 24 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336 de 09 de fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades para os CAPS, sendo CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte e abrangência populacional. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. República Federativa do Brasil. **Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990**. (1990a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. República Federativa do Brasil. **Lei Federal n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990**. (1990b). 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. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. República Federativa do Brasil. **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. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12_Lei_10216.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. República Federativa do Brasil. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>. Acesso em: 24 jan. 2015.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In.: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. 1ª edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p. 87-122.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995, p. 53- 54.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle Social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SORES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina/Rio de Janeiro: UEL/ABRASCO, 2001, p. 93-109.

CAVALCANTI, M. de L. T.; LABRA, M. H. de P.; ANTUNES, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(7): 1813 - 23, 2012.

CAVALCANTI, M. P. O **Conselho estadual de saúde e a socialização da política de saúde de Alagoas**. 2007. 179fls. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008. (resumo).

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5): 1373 - 1382, set.-out., 2005.

CONFERÊNCIA DE ALMA ATA, 1978. **Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários**. Casaquistão – URSS. Disponível em: <

http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CÔRTEZ, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: LOBATO, L. de V. C; FLEURY; S. **Participação, Democracia e Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Reimpressão: CEBES, Rio de Janeiro, 2010, p. 102 - 128.

CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jun., 25(7): 1626 – 1633, 2009.

COSTA, A. M.; HAMANN, E. M.; TEJER, D. **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Universidade de Brasília, 2000, p. 297-301.

CRISTO, S. C. A. de. **Controle Social**: uma análise de conselhos de saúde. 1ª edição. Curitiba: Editora CRV, 2013, p. 35-58.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paul, 6(1): 60-79, 2007.

DIAS, N. X. **Atuação dos Representantes dos Usuários do SUS no Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2007-2010**. 2011. 72fls. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

ESCOREL, S.; DELGADO, M.M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: as singularidades e similaridades no controle social. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, jun., 43: 62 – 78, 2008.

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.

EUSTIS, J. D. **Agenda-Setting**: the universal service case. 2000. 295p. Dissertation (Doctor of Philosophy) – Faculty of the Virginia – State University, Virginia, 2000.

FLEURY, S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**, Estados Unidos da América, Série: a saúde dos Brasileiros, comentários. Disponível em:
<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom3.pdf>.
Acesso em: 18 maio. 2011, p. 2.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas no Brasil. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas). **Curso SUPERA**. 7ª edição. Brasília, 2010, 152p.

GOHN, M. da G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4ª edição. São Paulo: CORTEZ EDITORA, 2013. 128p.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; MAIA, R. C. F.; OLIVERIRA, L. C. de; MORAIS, A. P. P.; LIMA, M. P. de O.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. dos. Participação social em saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(4): 2113 – 22, 2010.

JARDIM, L. S. **A dinâmica participativa e deliberativa em Conselhos de saúde Municipal e Estadual: uma análise comparada**. 2010. 170fls. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. (resumo).

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 3.^a edição, Washington/USA: LONGMAN, 2011, 273p.

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. de V. C; FLEURY; S. **Participação, Democracia e Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Reimpressão: CEBES, Rio de Janeiro, 2010, p. 176 - 203.

LABRA, M. H.; FIGUEIREDO, J. S. A de. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7(3): 537 -547, 2002.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W. de S. et. al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1^a edição. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007, p. 615 – 634.

LOBATO, L. de V. C; FLEURY; S. **Participação, Democracia e Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. CEBES, Rio de Janeiro, 2009, 288p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12.^a edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 229p.

NAVARRO, E. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde**, Rio de Janeiro, 30(73/74): 149-60, maio/dez., 2006.

NUNES, A. A. **Governadores e vice-governadores que administraram o estado da Bahia durante a República**. 2015. Disponível em: <
http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/fontes_escritas/2_Pombalino/governadores_estado_bahia_republica.htm>. Acesso em: 18 mar. 2015.

OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), 319-331, 2009.

OLIVEIRA, L.C. de; PINHEIRO, P. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5), 2455-2464, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios (2011). **The Lancet**, Estados Unidos da América, série: a saúde dos brasileiros, primeiro fascículo. Disponível em: <

<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 maio. 2013. p. 18.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356p.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

PINTO, I. C. de 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, 27(9): 1777-1788, set., 2010.

PINTO, I. C. de M. **Ascensão e Queda de uma Questão na Agenda Governamental: O Caso das Organizações da saúde na Bahia**. 2004. 108fls. Tese de Doutorado (Doutorado em Administração) – Escola de Administração – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(12): 4579 – 89, dez., 2011.

RABELO, A. R; COUTINHO, D. M. Análise da Saúde Mental na Bahia – 2008. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, 78(2): 104 – 19, jul./dez., 2008.

REIS, E. M. S. dos. **Conselhos de Saúde – limites e possibilidades do processo de participação – Um estudo sobre o Conselho estadual de saúde de Mato Grosso do Sul – CES/MS**. 2000. 190fls. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Porto Velho, 2000.

ROCHA, M. N. D. **Produção do Conhecimento sobre Participação e Controle Social em Saúde (1980-2005)**. 2007. 63fls. Dissertação de Mestrado (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

TEIXEIRA, C. F. **Andorinhas**: pequena memória da reforma sanitária brasileira. Salvador: Étera, 2011, 148p.

TEIXEIRA, C. F. **O Controle Social do Sistema de Saúde da Bahia: caracterização Geral**. Relatório de Pesquisa, 2002, 34p.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18 (suplemento), 2002, p. 153-162.

TEIXEIRA, C. F. **Reinventando o Brasil**: pequena memória da construção do SUS. ÉTERA, Salvador, Bahia, 2014, 145p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001, 201p.

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PARTICIPAÇÃO DE CONSELHO E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO CICLO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA BAHIA, 2001-2013.

Pesquisador: TARCIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30199214.0.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 965.788

Data da Relatoria: 29/04/2014

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa é um estudo de caso do tipo exploratório e de natureza qualitativa acerca da participação do Conselho Estadual de Saúde da Bahia e das conferências estaduais de saúde no ciclo da política estadual de Saúde Mental na Bahia. Para análise dessa política será utilizado como referencial teórico os elementos do modelo do ciclo de política pública proposto por John W. Kingdon (agenda-setting; implementação e avaliação). Os principais aspectos a serem analisados serão o processo decisório na formulação e implementação da política de Saúde Mental no estado, os fluxos propostos por Kingdon para formação da agenda governamental, os atores governamentais envolvidos no processo, as influências de outros atores não governamentais na política e o papel do conselho no monitoramento da implementação e na avaliação das ações e serviços de saúde relacionada à política de Saúde Mental. As técnicas de coleta de dados serão por análise documental e entrevistas semiestruturadas. Os documentos acessados serão: as atas e resoluções do referido conselho e das resoluções da Comissão Intergestora Bipartite no período de 2001 - 2013; os relatórios da III (2001) e IV (2010) Conferência Estadual de Saúde Mental; o plano estadual de saúde, a agenda estratégica de saúde, a programação anual e os relatórios de gestão da Secretaria Estadual da Saúde (SESAB) no período do estudo. As entrevistas serão realizadas com os conselheiros que participaram com maior frequência das reuniões e com os coordenadores da

Continuação do Parecer: 965.788

área técnica de Saúde Mental da SESAB.

A questão central formulada no projeto de pesquisa diz respeito ao modo como vem se conformando 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. Para aprofundá-la, vai-se investigar: a) Como tem ocorrido o debate em torno da Política de Saúde Mental nas Conferências Estaduais de Saúde Mental realizadas em 2001 e 2010, suas propostas e recomendações; b) Como tem ocorrido o processo decisório no âmbito do CES-BA no tocante à Política de Saúde Mental (tem incorporado as demandas, propostas e recomendações emanadas das Conferências); c) As deliberações emanadas pelo Conselho Estadual de Saúde têm sido incorporadas aos documentos institucionais que contêm a Política de saúde estadual (agenda estratégica, Planos estaduais, programações anuais, etc.) no âmbito estadual? d) O CES-BA tem monitorado e avaliado as ações, programas e serviços de Saúde Mental implantados e implementados pela SESAB no período 2001-2013?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: 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.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os aspectos éticos, elaborados no cerne dessa pesquisa, comprometem-se em garantir os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O projeto detém-se também sobre a elaboração dos prováveis constangimentos eventualmente causados sobre os gestores ao serem entrevistados acerca da atuação dos Conselhos de Saúde. Reconhece também benefícios na realização da pesquisa relacionados ao demonstrar evidências científicas acerca do processo político de participação social dos Conselhos e das Conferências no âmbito estadual relacionadas à Saúde Mental, apontando a atuação dos conselheiros e da coordenação estadual de Saúde Mental no âmbito estadual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa relevante, claro na sua explicitação teórica, objeto de estudo, muito rico na sua revisão de literatura e apresenta uma problemática bem definida. Menos claro na definição dos critérios de inclusão dos sujeitos a serem pesquisados.

Continuação do Parecer: 965.788

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta folha de rosto bem preenchida, com área designada ciências da saúde, número de participantes estimado (18), assinatura e dados do responsável. Como anexos, apresenta os roteiros para coletas de informações além de nome de informantes-chave selecionados.

O termo de consentimento livre e esclarecido está escrito de forma clara e bastante detalhada, apresentando objetivos e plano de análise da pesquisa. Os critérios de participação por parte das pessoas estudadas parecem relativamente detalhados (não fica claro exatamente como o pesquisador define aqueles participantes), mas suficientemente informativos dos objetivos e demais aspectos éticos como: identificação da instituição responsável pela pesquisa, contatos do pesquisador, além de direitos fundamentais do sujeito de pesquisa, tais como participação voluntária, direito de recusa e de sua retirada da pesquisa, garantia de confidencialidade da identidade da(o) pesquisada(o), uso exclusivo dos dados para fins científicos. Menciona o atendimento aos princípios éticos conforme a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Informa ainda que o termo de consentimento será assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o entrevistado. Indica que a maneira adotada para preservar o anonimato dos entrevistados será pela assinatura de uma lista contendo um código de acordo com a ordem de realização das entrevistas (1, 2, 3, 4...). Esta relação de assinaturas será arquivada juntamente com os TCLE e serão destruídos após cinco anos de realização das entrevistas. É necessário acrescentar o endereço e telefone do CEP/ISC no TCLE.

O autor não declara que o projeto é financiado com recursos próprios, o que se subentende a partir da folha de rosto que menciona não se aplica para patrocinador. O cronograma de execução da pesquisa encontra-se anexado necessitando apenas adequar o início do trabalho de campo ao resultado apresentado pelo CEP/ISC. Também é necessário adicionar o link para o currículo dos pesquisadores.

Recomendações:

No TCLE, falta estabelecer que haverá retorno para apresentação dos resultados da pesquisa. O cronograma da pesquisa precisará ser reformulado de modo a indicar que o trabalho de campo começará uma vez que ela seja aprovada pelo comitê de ética. É necessário acrescentar o endereço e telefone do CEP/ISC no TCLE. É necessário deixar mais claros os critérios de escolha de participação das pessoas estudadas. Acrescentar o link para os CVLattes dos pesquisadores. Anexar declaração de financiamento do projeto com recursos próprios.

**INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA**

Continuação do Parecer: 965.738

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No TCLE, falta estabelecer que haverá retorno para apresentação dos resultados da pesquisa. O cronograma da pesquisa precisará ser reformulado de modo a indicar que o trabalho de campo começará uma vez que ela seja aprovada pelo comitê de ética. É necessário acrescentar o endereço e telefone do CEP/ISC no TCLE. É necessário deixar mais claros os critérios de escolha de participação das pessoas estudadas. Acrescentar o link para os CVlattes dos pesquisadores. Anexar declaração de financiamento do projeto com recursos próprios.

Diante do exposto, salvo melhor juízo, sou de parecer favorável à aprovação do projeto com a resolução das pendências acima mencionadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 13 de maio de 2014 o processo no. 077/14 CEP/ISC referente ao projeto de pesquisa em tela.

Tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 965.788

SALVADOR, 26 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Alcione Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador)

ANEXO II - Municípios e delegados participantes da III CESM na Bahia.

MUNICÍPIOS	ESCOPO DA CONFERÊNCIA	N.º Delegados de direito	N.º Delegados Encaminhados
Salvador	Municipal	122	94
Feira de Santana	Municipal	24	24
Alagoinhas	Municipal	06	06
Amargosa	Regional de Amargosa	02	02
Cachoeira	Regional de Amargosa	02	02
Nova Itarana	Regional de Amargosa	02	01
Itatim	Regional de Amargosa	02	02
Presidente Tancredo Neves	Regional de Amargosa	02	02
Ubaíra	Regional de Amargosa	02	02
Castro Alves	Regional de Amargosa	02	02
Santa Terezinha	Regional de Amargosa	02	01
Santo Antônio de Jesus	Regional de Amargosa	03	02
Camaçari	Municipal	08	08
Itapetinga	Regional de Itapetinga	02	02
Ipororó	Regional de Itapetinga	02	02
Ibicaraí	Regional de Itapetinga	02	02
Vitória da Conquista	Regional de Vitória da Conquista	13	12
Barra do Choça	Regional de Vitória da Conquista	02	02
Brumado	Regional de Vitória da Conquista	03	02
Cândido Sales	Regional de Vitória da Conquista	02	02
Livramento de Brumado	Regional de Vitória da Conquista	02	02
Rio do Antônio	Regional de Vitória da Conquista	02	02
TOTAL		203	176

Fonte: relatório final da III CESM-BA (BAHIA, 2001a).

APÊNDICES

APÊNDICE A - Documentos da III e IV Conferência Estadual de Saúde Mental, 2001 e 2010, Bahia.

Conferência	Documento	Ano	Conteúdo	Divulgação	Total
III CESH	Regimento da Conferência	2001	Estabelece as regras para a organização e funcionamento da Conferência.	Material impresso*	2
	Relatório Final	2001	Relação das propostas, moções e recomendações aprovadas na conferência.	Material impresso*	
IV CESMI	Regimento da Conferência	2010	Estabelece as regras para a organização e funcionamento da Conferência.	Material impresso**	2
	Relatório Final	2010	Relação das propostas, moções e recomendações aprovadas na conferência.	Material impresso**	
Subtotal de documentos					4

Fonte: relatórios finais das Conferências.

* Os documentos da III CESH foram disponibilizados por um dos entrevistados que foi coordenador desta Conferência.

** O material da IV CESMI foi disponibilizado pelo Conselho Estadual de Saúde.

APÊNDICE B - Documentos do CES-BA analisados, 2001 – 2013, Bahia.

32 ATAS				
Identificação da Ata	Referência	Data	Conteúdo	Divulgação
Ata 1	Reunião n.º 76	28/06/2001	Pauta: situação do Hospital Juliano Moreira.	

				Material Impresso*
Ata 2	Reunião n.º 78	13/09/2001	Informe: comunicado do Ministério da Saúde sobre as datas de realização da III CNSM.	Material impresso*
Ata 3	Reunião n.º 79	25/10/2001	Informe: sobre o ano de comemoração dedicado à Saúde Mental.	Material impresso*
Ata 4	Reunião n.º 80	13/12/2001	O que ocorrer: questionamento de conselheiro sobre o local de implantação do Centro de Referência em Saúde Mental.	Material Impresso*
Ata 5	Reunião n.º 81	24/01/2002	Pauta: implantação do CRESAM e aplicação dos recursos financeiros do REFORSUS	Material Impresso*
Ata 6	Reunião n.º 86	25/07/2002	Pauta: Apresentação de Marcelo Veras sobre a situação da Saúde Mental no Estado da Bahia.	Material Impresso*
Ata 7	Reunião n.º 92	13/03/2003	Pauta: Apresentação de Antônio Rabello sobre as Diretrizes para a PESH da Bahia.	Material Impresso*
Ata 8	Reunião n.º 93	30/04/2003	Pauta: Parecer sobre aprovação do PESH 2004 - 07	Material Impresso*
Ata 9	Reunião n.º 94	29/05/2003	Pauta: Parecer sobre aprovação do PESH 2004 - 07	Material Impresso*
Ata 10	Reunião n.º 103	21/05/2004	Pauta: Apresentação sobre o balanço do Plano Estadual de Saúde Mental (2000 – 2003).	Material Impresso*
Ata 11	Reunião n.º 110	09/06/2005	O que ocorrer: Condições sanitárias dos hospitais psiquiátricos da Bahia	Material Impresso*
Ata 12	Reunião n.º 111	08/07/2005	Pauta: Apresentação sobre o Relatório de Gestão da SESAB de 2004.	Material Impresso*
Ata 13	Reunião n.º 114	06/10/2005	Pauta: Apresentação sobre o Relatório de visita ao Hospital Colônia Lopes Rodrigues.	Material Impresso*
Ata 14	Reunião n.º 120	30/06/2006	Pauta: Apresentação sobre o Balanço de atividades da SESAB sobre Saúde Mental de 2002 a 2006.	Material Impresso*

Ata 15	Reunião n.º 129	30/05/2007	O que ocorrer: questionamento de Conselheiro para se convocar reunião extraordinária sobre os hospitais psiquiátricos da Bahia.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 16	Reunião n.º 134	31/10/2007	Pauta: Apresentação do Relatório de Gestão de 2006	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 17	Reunião n.º 137	24/01/2008	O que ocorrer: questionamento de conselheiro sobre credenciamento de CAPS.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 18	Reunião n.º 141	29/05/2008	Pauta: Apresentação do Relatório de Gestão de 2007	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 19	Reunião n.º 152	30/04/2009	O que ocorrer: questionamento de conselheiro para que a SESAB intervenha na ajuda para maior rapidez no credenciamento de CAPS pelo Ministério da Saúde.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 20	Reunião n.º 158	26/11/2009	Pauta: Apresentação sobre a situação da Saúde Mental na Bahia, realizada por Dr. Iordan Gurgel.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 21	Reunião n.º 161	25/02/2010	Pauta: organização da IV CESMI.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 22	Reunião n.º 164	02/06/2010	O que ocorrer: fala de conselheiros sobre a Reforma Psiquiátrica na Bahia.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 23	Reunião n.º 165	17/06/2010	O que ocorrer: Questionamento de conselheiro sobre a relação de delegados para a CNSM.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 24	Reunião n.º 169	05/11/2010	Pauta: Apresentação do relatório final da IV CESMI.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 25	Reunião n.º 180	27/10/2011	O que ocorrer: questionamento da Conselheira Célia Maria Alexandria sobre leitos de Saúde Mental em hospitais psiquiátricos e integração da Saúde Mental à Atenção Básica.	www.saude.ba.gov.br/ces

Ata 26	Reunião n.º 181	10/11/2011	Pauta: Apresentação sobre a implantação da Comissão de Saúde Mental do CES-BA.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 27	Reunião n.º 183	11/10/2012	Informe: fala do presidente do Conselho sobre atuação do governo da Bahia com relação aos repasses estaduais para CAPS III AD.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 28	Reunião n.º 184	07/03/2012	O que ocorrer: comentário de Conselheiro sobre a necessidade de CAPS III na Bahia.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 29	Reunião n.º 186	10/05/2012	O que ocorrer: Comentário sobre a Comissão de Saúde Mental do CES-BA.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 30	Reunião n.º 195	21/02/2013	Informe: Informe sobre o Mobiliza RAPS.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 31	Reunião n.º 198	16/05/2013	Pauta: Apresentação da Dra. Mônica Nunes sobre a Reforma Psiquiátrica na Bahia.	www.saude.ba.gov.br/ces
Ata 32	Reunião n.º 201	08/08/2013	Pauta: Propostas para a reativação da Comissão de Saúde Mental do CES-BA.	www.saude.ba.gov.br/ces
Subtotal de documentos				30
* Atas disponibilizadas pela Coordenação executiva do CES-BA.				
RESOLUÇÕES DO CES/BA				
N.º de ordem	Número da Resolução	Data de aprovação	Localização	Divulgação
1	Resolução n.º 01/1993	04/11/1993	Aprova o primeiro Regimento Interno do CES/BA	Material impresso*

2	Resolução n.º 03/2003	30/04/2003	Aprova modificações parciais das Resoluções nº 27/96 e nº 02/98 do CES/BA recomendadas pela Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica - CTRP referentes ao seu Regimento Interno.	Material eletrônico*
3	Resolução n.º 03/2003	29/05/2003	Aprova o Plano Plurianual de Saúde Mental para o Estado da Bahia 2003-2006.	Material eletrônico*
4	Resolução n.º 002/2005	05/06/2005	Aprova alterações no Regimento Interno do CES-BA	Material eletrônico*
5	Resolução n.º 14/2008	11/12/2008	Aprova proposta de projeto de lei que delibera sobre a reestruturação do Conselho Estadual de Saúde a ser encaminhado à Assembleia Legislativa.	Material eletrônico*
Subtotal de documentos				5

Obs.: 1) As Atas de 2001 a 2006 estão disponíveis em material impresso no Conselho Estadual de Saúde, as demais atas de 2007 a 2013 podem ser localizadas no site: http://www.saude.ba.gov.br/portalcges/index.php?option=com_content&view=article&id=430&catid=15&Itemid=142;

2) As resoluções do Conselho de 2001 a 2006 foram disponibilizadas pela Coordenação Executiva do CES-BA em material impresso. As demais resoluções e o índice destas, de 2007 a 2013, podem ser acessados no site: http://www.saude.ba.gov.br/portalcges/index.php?option=com_content&view=article&id=421&Itemid=171.

(*) Documentos disponibilizados pelo CES-BA.

APÊNDICE C – Documentos da SESAB analisados, 2001 – 2013, Bahia.

TIPO DE DOCUMENTO*	ANO	DIVULGAÇÃO
Plano Estadual de Saúde Mental 2000 A 2003	1999	Material impresso*
Plano Estadual de Saúde Mental 2004 a 2007	2003	Material impresso*

Plano Estadual de Saúde 2008 a 2011	2009	www.saude.ba.gov.br
Plano Estadual de Saúde 2012 a 2015	2011	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2002	2002	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Agenda Estratégica em Saúde de 2003	2003	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Agenda Estratégica em Saúde de 2004	2004	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2005	2005	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2006	2006	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2007	2007	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2008	2008	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2009 e 2010	2009	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2011	2010	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2012	2012	www.saude.ba.gov.br
Agenda Estratégica em Saúde de 2013	2012	www.saude.ba.gov.br
Relatório Anual de Gestão de 2001	2001	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Relatório Anual de Gestão de 2002	2002	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Relatório Anual de Gestão de 2003	2003	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Relatório Anual de Gestão de 2004	2004	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Relatório Anual de Gestão de 2005	2005	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Relatório Anual de Gestão de 2006	2006	Material disponível na biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (Bahia)
Relatório Anual de Gestão de 2007	2007	www.saude.ba.gov.br
Relatório Anual de Gestão de 2008	2008	www.saude.ba.gov.br
Relatório Anual de Gestão de 2009	2009	www.saude.ba.gov.br

Relatório Anual de Gestão de 2010	2010	www.saude.ba.gov.br
Relatório Anual de Gestão de 2011	2011	www.saude.ba.gov.br
Relatório Anual de Gestão de 2012	2012	www.saude.ba.gov.br
Relatório Anual de Gestão de 2013	2013	www.saude.ba.gov.br
Portaria n.º 1.819/2001	06/09/2001	Diário Oficial do Estado da Bahia
Portaria n.º 452/2010	03/03/2010	Diário Oficial do Estado da Bahia
Subtotal de documentos		30

* Planos disponibilizados por um dos coordenadores da área técnica de Saúde Mental da SESAB.

APÊNDICE D – Resoluções da Comissão Intergetora Bipartite consultadas, 2001 – 2013, Bahia.

N.º	Número da Resolução	Data/ano	Conteúdo	Divulgação
1	Resolução n.º 11/2002	27/03/2002	Aprova o Plano de aquisição de medicamentos na área de saúde mental para 2002.	www.saude.ba.gov.br/cib
2	Resolução n.º 21/2002	01/08/2002	Aprova o cadastramento e recebimento do Centro de Atenção Psicossocial dos seguintes municípios: Amargosa, Botuporã, Camaçan, Eunápolis, Ibicaraí, Ilhéus, Itaberaba, Itapetinga, Juazeiro, Livramento de Nossa Senhora, Morro do Chapéu, Porto Seguro, Salvador - Centro de Saúde Aristides Novais e Centro de Referência Estadual e Atenção à Saúde do Idoso, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista.	www.saude.ba.gov.br/cib
3	Resolução n.º 41/2002	1/11/2002	Aprova o cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial dos municípios a seguir: Ilhéus, Salvador e Irajuba.	www.saude.ba.gov.br/cib
4	Resolução n.º 47/2002	23 e 24/11/2002	Aprova "ad referendum" o cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios de Jequié, Itabuna e Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
5	Resolução n.º 13/2003	30/05/2003	Aprova o credenciamento no SUS dos CAPS para os municípios de Ilhéus, Itabuna, Jequié e Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
6	Resolução n.º 34/2003	10/07/2003	Aprova o credenciamento no SUS do CAPSi - Evolução Associação de Pais e Amigos de Crianças com distúrbio de comportamento.	www.saude.ba.gov.br/cib
7	Resolução n.º 44/2003	14/08/2003	Aprova o credenciamento no SUS do CAPS de Salvador (CAPSad e CAPS II) e em Alagoinhas (CAPS III).	www.saude.ba.gov.br/cib
8	Resolução n.º 64/2003	10/03/2003	Aprova o credenciamento no SUS do CAPS de Serrinha	www.saude.ba.gov.br/cib
9	Resolução n.º 77/2003	11/11/2003	Aprova o credenciamento no SUS dos CAPS de Barreiras, Feira de Santana, Santa Maria da Vitória, Guanambi, Caetité, Brumado, Macaúbas, Itamaraju, Salvador - CETAD, Euclides da Cunha, Camaçari, Nazaré e Prado.	www.saude.ba.gov.br/cib
10	Resolução n.º 45/2004	04/06/2004	Aprova o credenciamento no SUS dos CAPS nos municípios de Teixeira de Freitas - CAPSi e Salvador - Liberdade (anexo do Hospital Mario Leal) e Águas Claras.	www.saude.ba.gov.br/cib
11	Resolução n.º 74/2004	03/09/2004	Aprova o credenciamento no SUS do CAPS II no município de Feira de Santana.	www.saude.ba.gov.br/cib
12	Resolução n.º 15/2005	11/03/2015	Aprova o credenciamento no SUS do CAPS no município de Prado.	www.saude.ba.gov.br/cib

13	Resolução n.º 17/2005	11/03/2005	Aprova o credenciamento no SUS do CAPS no município de Iguai.	www.saude.ba.gov.br/cib
14	Resolução n.º 22/2005	23/03/2005	Aprova "ad referendum" a solicitação de credenciamento ao MS/SUS dos CAPS III e CAPS I no município de Feira de Santana, e do CAPS do município de Candeias.	www.saude.ba.gov.br/cib
15	Resolução n.º 68/2005	15/07/2005	Aprova o credenciamento no SUS do CAPS II de Feira de Santana.	www.saude.ba.gov.br/cib
16	Resolução n.º 70/2005	22/07/2005	Considerando a Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/02 e a reunião da CIB de 14/07/05 que determina aprovação de todas as solicitações para implantação de CAPS protocoladas na SESAB e avaliadas pela Coordenação de Saúde Mental com parecer técnico favorável.	www.saude.ba.gov.br/cib
17	Resolução n.º 103/2005	18/10/2005	Aprova o Projeto de Implantação do CAPS II em Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
18	Resolução n.º 104/2005	18/10/2005	Aprova o Projeto de Implantação do CAPS no município de Senhor do Bonfim	www.saude.ba.gov.br/cib
19	Resolução n.º 08/2006	07 e 08/01/2006	Aprova a Implantação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outros Drogas no Hospital Dom Pedro de Alcântara, no município de Feira de Santana.	www.saude.ba.gov.br/cib
20	Resolução n.º 14/2006	03/02/2006	Aprova o Credenciamento do CAPS I do município de Catu.	www.saude.ba.gov.br/cib
21	Resolução n.º 29/2006	03.03.2006	Aprova o Credenciamento do CAPS dos Municípios dos Curuaça, Caculé, Casa Nova, Senhor do Bonfim e Tremedal.	www.saude.ba.gov.br/cib
22	Resolução n.º 42/2006	07.04.2006	Aprova o Credenciamento do CAPS I do Município de Ipirá.	www.saude.ba.gov.br/cib
23	Resolução n.º 69/2006	10 e 11.06.2006	Aprova, ad referendum, o Credenciamento do CAPS I do Município de Canavieiras.	www.saude.ba.gov.br/cib
24	Resolução n.º 78/2006	10 e 11.06.2006	Aprova o Credenciamento do CAPS no município de Itabuna, conforme Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.	www.saude.ba.gov.br/cib
25	Resolução n.º 94/2006	11.07.2006	Aprova o Credenciamento do CAPS I do Município de Santo Estevão, Itiúba, Queimadas e Cícero Dantas.	www.saude.ba.gov.br/cib
26	Resolução n.º 106/2006	12 e 13/08/2006	Aprova o Credenciamento dos CAPS nos municípios de Jacobina, Barra do Choça, Paulo Afonso e Muritiba, conforme Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro 2002.	www.saude.ba.gov.br/cib
27	Resolução n.º 157/2006	28/11/2006	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS nos Municípios de Salvador, Serra Dourada, Itaetê e São Felipe e CAPS AD de Juazeiro.	www.saude.ba.gov.br/cib

28	Resolução n.º 172/2006	05/12/2006	Aprova, ad referendum, o Credenciamento do Serviço de Saúde para atendimento de pessoa com deficiência mental/autismo da APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória da Conquista, conforme Portaria MS/GM nº 1635 de 12 de setembro de 2002.	www.saude.ba.gov.br/cib
29	Resolução n.º 175/2006	12/02/2006	Aprova o Credenciamento do CAPS I nos municípios de Ibotirama e Rio Real, e CAPS AD no município de Eunápolis, conforme Portaria 336/GM de 19/02/2002.	www.saude.ba.gov.br/cib
30	Resolução n.º 182/2006	28/12/2006	Aprova, ad referendum, o Credenciamento do CAPS I do Município de Amélia Rodrigues.	www.saude.ba.gov.br/cib
31	Resolução n.º 09/2007	02/02/2007	Aprova o Credenciamento do CAPS no município de Santa Cruz Cabrália, conforme Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.	www.saude.ba.gov.br/cib
32	Resolução n.º 37/2007	12 e 13/05/2007	Aprova o Credenciamento do CAPS do Município de Jaguaquara e São Domingos.	www.saude.ba.gov.br/cib
33	Resolução n.º 59/2007	15/06/2007	Aprova o credenciamento do CAPS de Ibirataia, bem como o do município de São Gonçalo dos Campos.	www.saude.ba.gov.br/cib
34	Resolução n.º 73/2007	11/07/2007	Aprova o Credenciamento do CAPS I no município de Irará, conforme Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.	www.saude.ba.gov.br/cib
35	Resolução n.º 82/2007	17/08/2007	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento dos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios de Paramirim, Eunápolis e Iraquara.	www.saude.ba.gov.br/cib
36	Resolução n.º 130/2007	21/09/2007	Aprova, ad referendum, a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS – I do município de Miguel Calmon.	www.saude.ba.gov.br/cib
37	Resolução n.º 169/2007	07/12/2007	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento dos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios de Serra do Ramalho, Quijingue, São Sebastião do Passé, Tanhaçu e Itamarajú.	www.saude.ba.gov.br/cib
38	Resolução n.º 11/2008	09/01/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS do município de Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
39	Resolução n.º 12/2008	09/01/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS do município de Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
40	Resolução n.º 13/2008	09/01/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS Infância e Adolescente do município de Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
41	Resolução n.º 14/2008	09/01/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS do município de Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
42	Resolução n.º 16/2008	09/01/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS do município de Coaraci.	www.saude.ba.gov.br/cib
43	Resolução n.º 17/2008	09/01/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS AD – Álcool e Droga do município de Teixeira de Freitas.	www.saude.ba.gov.br/cib

44	Resolução n.º 29/2008	22/08/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS dos municípios de Tucano e Pojuca.	www.saude.ba.gov.br/cib
45	Resolução n.º 86/2008	20/05/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS nos municípios Belo Campo, Capim Grosso, Encruzilhada, Paulo Afonso e Porto Seguro.	www.saude.ba.gov.br/cib
46	Resolução n.º 102/2008	13/06/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento dos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios de Ituberá, Laje e Belmonte.	www.saude.ba.gov.br/cib
47	Resolução n.º 119/2008	19 e 20/07/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS I nos municípios de Itanhém, Uruçuca, Belmonte e Ibirapitanga ambos com parecer favorável da Área Técnica.	www.saude.ba.gov.br/cib
48	Resolução n.º 126/2008	23/07/2008	Aprova a Habilitação do município de Gavião em Saúde Mental.	www.saude.ba.gov.br/cib
49	Resolução n.º 147/2008	04/09/2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS I no município de Nova Viçosa.	www.saude.ba.gov.br/cib
50	Resolução n.º 181/2008	08 e 09.11.2008	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do CAPS I nos municípios de Ituberá, Maracás, Ipecaetá, Santa Luz e Boquirá.	www.saude.ba.gov.br/cib
51	Resolução n.º 183/2008	08 e 09.11.2008	Aprova a habilitação para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental do município de Itanagra.	www.saude.ba.gov.br/cib
52	Resolução n.º 07/2009	24 e 25/01/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de CAPS nos municípios de Aracatu, Rafael Jambeiro, Ubatã, Serrinha e Santo Antônio de Jesus.	www.saude.ba.gov.br/cib
53	Resolução n.º 30/2009	28/02 e 01/03/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de CAPS I nos municípios de Laje e Miguel Calmon.	www.saude.ba.gov.br/cib
54	Resolução n.º 39/2009	26/03/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao Credenciamento de 02 CAPS II no município de Salvador e 01 CAPS II no município de Camaçari.	www.saude.ba.gov.br/cib
55	Resolução n.º 91/2009	02/07/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de CAPS nos municípios de Esplanada, Conceição do Jacuípe e Macaúbas.	www.saude.ba.gov.br/cib
56	Resolução n.º 93/2009	02/07/2009	Aprova, ad referendum, a cessão dos CAPS II, AD e Infantil sob gestão estadual para o município de Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
57	Resolução n.º 174/2009	22/09/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de CAPS I no município de Ruy Barbosa.	www.saude.ba.gov.br/cib
58	Resolução n.º 206/2009	18/11/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de CAPS I nos municípios de Jaguarari, Teofilândia, Coronel João Sá e Campo Formoso.	www.saude.ba.gov.br/cib
59	Resolução n.º 207/2009	18/11/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de CAPS nos municípios de Ipiaú, Ilhéus, Ubatuba, Carinhanha, Macarani e Eunápolis.	www.saude.ba.gov.br/cib

60	Resolução n.º 230/2009	19 e 20/12/2009	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de CAPS I nos municípios de Sobradinho e Jeremoabo.	www.saude.ba.gov.br/cib
61	Resolução n.º 63/2010	19/03/2010	Aprova o credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Lauro de Freitas.	www.saude.ba.gov.br/cib
62	Resolução n.º 143/2010	27/05/2010	Aprova a reclassificação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I para CAPS II, do município de Prado.	www.saude.ba.gov.br/cib
63	Resolução n.º 238/2010	11 e 12/09/2010	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, nos municípios de Itapetinga e Igaporã.	www.saude.ba.gov.br/cib
64	Resolução n.º 259/2010	21/09/2010	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Itororó.	www.saude.ba.gov.br/cib
65	Resolução n.º 261/2010	22/09/2010	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 14212.872000/1090-05 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Centro de Atenção Psicossocial Renascer, do município de Mairi, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.	www.saude.ba.gov.br/cib
66	Resolução n.º 281/2010	09 e 10/10/2010	Aprova a Habilitação do município de Saubara para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental da Atenção Básica junto à SESAB.	www.saude.ba.gov.br/cib
67	Resolução n.º 284/2010	09 e 10/10/2010	Aprova a reclassificação do CAPS de Irecê para CAPS II.	www.saude.ba.gov.br/cib
68	Resolução n.º 285/2010	09 e 10/10/2010	Aprova a Habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nos municípios de Paripiranga, Itapicuru e Campo Alegre de Lourdes.	www.saude.ba.gov.br/cib
69	Resolução n.º 287/2010	09 e 10/10/2010	Aprova a Habilitação do Hospital Juliano Moreira, no município de Salvador, como Hospital Dia – Saúde Mental.	www.saude.ba.gov.br/cib
70	Resolução n.º 307/2010	05/11/2010	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, no município de Conceição da Feira.	www.saude.ba.gov.br/cib
71	Resolução n.º 315/2010	09/11/2010	Aprova, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas 2011, da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana.	www.saude.ba.gov.br/cib
72	Resolução n.º 316/2010	09/11/2010	Aprova o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas 2011, da Universidade Federal da Bahia em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.	www.saude.ba.gov.br/cib
73	Resolução n.º 325/2010	12/11/2010	Aprova, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas 2011, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.	www.saude.ba.gov.br/cib

74	Resolução n.º 326/2010	12/11/2010	Aprova, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas 2011, da Universidade Federal da Bahia – UFBA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.	www.saude.ba.gov.br/cib
75	Resolução n.º 328/2010	12/11/2010	Aprova, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas 2011, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB em parceria com em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié.	www.saude.ba.gov.br/cib
76	Resolução n.º 15/2011	12 e 13/02/2011	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Cipó.	www.saude.ba.gov.br/cib
77	Resolução n.º 16/2011	12 e 13/02/2011	Aprova o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/Saúde Mental Crack, Álcool e outras Drogas 2011, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia em Santo Antônio de Jesus.	www.saude.ba.gov.br/cib
78	Resolução n.º 20/2011	12 e 13/02/2011	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD/Álcool e outras Drogas, no município de Senhor do Bonfim.	www.saude.ba.gov.br/cib
79	Resolução n.º 50/2011	06/05/2011	Aprova, ad referendum, a habilitação como Centro de Atenção Psicossocial, CAPS I no município de Governador Mangabeira.	www.saude.ba.gov.br/cib
80	Resolução n.º 53/2011	20/05/2011	Aprova, ad referendum, a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, no município de Morro do Chapéu.	www.saude.ba.gov.br/cib
81	Resolução n.º 54/2011	20/05/2011	Aprova, ad referendum, a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, no município de Santa Rita de Cássia.	www.saude.ba.gov.br/cib
82	Resolução n.º 146/2011	26/07/2011	Aprova a Contratualização do CAPS ad do Terreiro de Jesus em Salvador sob gestão da SESAB.	www.saude.ba.gov.br/cib
83	Resolução n.º 278/2011	19 e 29/2011	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Valente.	www.saude.ba.gov.br/cib
84	Resolução n.º 69/2012	17 e 18/03/2012	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, nos municípios de Oliveira dos Brejinhos e Presidente Jânio Quadros.	www.saude.ba.gov.br/cib
85	Resolução n.º 220/2012	29/06/2012	Aprova ad referendum a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Crisópolis.	www.saude.ba.gov.br/cib
86	Resolução n.º 292/2012	25 e 26/08/2012	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nos municípios de Itacaré, Luis Eduardo Magalhães e Gandu.	www.saude.ba.gov.br/cib

87	Resolução n.º 309/2012	14/09/2012	Aprova, ad referendum, a Proposta nº. 12022.5760001/12-003 para Aquisição de Equipamento/Material Permanente para o Centro de Atenção Psicossocial CAPS I do município de Conceição da Feira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.	www.saude.ba.gov.br/cib
88	Resolução n.º 312/2012	14/09/2012	Aprova, ad referendum, a Proposta nº. 11285.2040001/12-001 para Aquisição de Equipamento/Material Permanente para o Centro de Atenção Psicossocial de Governador Mangabeira do município de Governador Mangabeira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.	www.saude.ba.gov.br/cib
89	Resolução n.º 334/2012	19/10/2012	Aprova ad referendum a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, nos municípios de Vitória da Conquista e Planalto. (Republicada por ter saído com incorreção).	www.saude.ba.gov.br/cib
90	Resolução n.º 335/2012	12/10/2012	Aprova ad referendum a emissão de parecer favorável para procedimento de Reclassificação de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Itapetinga.	www.saude.ba.gov.br/cib
91	Resolução n.º 354/2012	13/11/2012	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Seabra.	www.saude.ba.gov.br/cib
92	Resolução n.º 389/2012	22 e 23/12/2012	Aprova, ad referendum, a Habilitação do município de Nova Itarana para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental.	www.saude.ba.gov.br/cib
93	Resolução n.º 02/2013	19 e 20/01/2013	Aprova ad referendum a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, nos municípios de Barra, Castro Alves e Porto Seguro.	www.saude.ba.gov.br/cib
94	Resolução n.º 29/2013	21/02/2013	Aprova a Implantação do CAPS AD III Regional, com sede nos municípios de Luis Eduardo Magalhães, o qual será integrado à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.	www.saude.ba.gov.br/cib
95	Resolução n.º 39/2013	06/03/2013	Aprova a Rede de Atenção Psicossocial no Estado da Bahia e a metodologia de trabalho para elaboração dos desenhos regionais da Rede.	www.saude.ba.gov.br/cib
96	Resolução n.º 82/2013	05/04/2013	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no município de Salvador, mediante Termo de Compromisso.	www.saude.ba.gov.br/cib
97	Resolução n.º 115/2013	04 e 05/05/2013	Aprova a distribuição, por município, do recurso financeiro fixo de média e alta complexidade para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde.	www.saude.ba.gov.br/cib
98	Resolução n.º 156/2013	18 e 19/05/2013	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no município de Conceição do Coité.	www.saude.ba.gov.br/cib

99	Resolução n.º 188/2013	12/06/2013	Aprova a homologação da implantação de dois Serviços Hospitalares de Referência da Rede de Atenção à Saúde Mental, na Região de Seabra.	www.saude.ba.gov.br/cib
100	Resolução n.º 190/2013	12/06/2013	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no Município de Barrocas.	www.saude.ba.gov.br/cib
101	Resolução n.º 273/2013	24 e 25/08/2013	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de São Félix.	www.saude.ba.gov.br/cib
102	Resolução n.º 280/2013	27/08/2013	Aprova ad referendum o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, do recurso financeiro fixo de média e alta complexidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados pelo Ministério da Saúde.	www.saude.ba.gov.br/cib
103	Resolução n.º 404/2013	01/10/2013	Aprova o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial – Região de Saúde de Serrinha – Bahia e dá outras providências.	www.saude.ba.gov.br/cib
104	Resolução n.º 405/2013	01/10/2013	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) no Município de Santa Bárbara.	www.saude.ba.gov.br/cib
105	Resolução n.º 474/2013	31/10/2013	Aprova o Plano de Ação da região de Irecê da Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências.	www.saude.ba.gov.br/cib
106	Resolução n.º 475/2013	31/10/2013	Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial da região de Senhor do Bonfim – Bahia e dá outras providências.	www.saude.ba.gov.br/cib
107	Resolução n.º 476/2013	31/10/2013	Aprova o Plano de Ação da região de Paulo Afonso da Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências.	www.saude.ba.gov.br/cib
108	Resolução n.º 528/2013	22/11/2013	Aprova a Implantação do Serviço Hospitalar de Referência o qual será integrado à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS nos Hospitais Luis Viana Filho, no Município Ilhéus, e Prado Valadares, no Município Jequié.	www.saude.ba.gov.br/cib
109	Resolução n.º 566/2013	11/12/2013	Aprova ad referendum o Plano de Ação da Região de Barreiras da Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências	www.saude.ba.gov.br/cib
110	Resolução n.º 567/2013	11/12/2013	Aprova ad referendum o Plano de Ação da Região de Santa Maria da Vitória da Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências.	www.saude.ba.gov.br/cib
Subtotal de documentos				110

Observação: o índice das Resoluções aprovadas pela CIB, entre o período 2001 e 2013, pode ser acessado pelo site: [http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/Indice/Indice_CIB_Final_1995_a_2014 .pdf](http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/Indice/Indice_CIB_Final_1995_a_2014.pdf).

APÊNDICE E - Roteiro para entrevista com Conselheiros

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE-CHAVE- CES-BA Nº _____

1.1 Segmento/Organização que representa: _____
1.2. Profissão/Escolaridade: _____
1.3 Sexo: () M () F 1.4 Idade: _____
1.5 Tempo participação no CES: _____

II. QUESTÕES RELACIONADAS AO CICLO DA PSM NA BAHIA

a) FORMULAÇÃO DA POLÍTICA	b) MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA
<p>1. Você participou de alguma CESM? Se sim, descreva o que foi discutido lá com relação à Política de Saúde Mental.</p> <p>2. Esse tema tem sido abordado nas reuniões do CES? De que maneira? Houve consenso? Conflito?</p> <p>3. O CES elaborou propostas com relação à Política de Saúde Mental na Bahia? Quais?</p> <p>4. Estas propostas foram incorporadas pela SESAB na elaboração da Agenda e do PES?</p> <p>5. Nesse processo de elaboração do PES como se deu a participação do CES? (fatores facilitadores e dificultadores).</p>	<p>1. 1. Você conhece os projetos e as ações desenvolvidos pela SESAB na área de Saúde Mental?</p> <p>2. O CES tem acompanhado o desenvolvimento desses projetos?</p> <p>3. Em sua opinião, a SESAB tem dado atenção prioritária à PSM? Justifique.</p> <p>4. O CES tem avaliado a PSM no estado? De qual maneira? Quais instrumentos avaliativos são utilizados?</p> <p>5. O CES tem dado prioridade para avaliar as ações, programas, serviços e projetos implantados e implementados pela SESAB?</p> <p>6. As deliberações do CES acerca da avaliação da PSM têm sido acatadas pela coordenação estadual de Saúde Mental?</p>

APÊNDICE F - Roteiro para entrevista com Coordenadores da área técnica de Saúde Mental da SESAB.

I – IDENTIFICAÇÃO:

- a) Iniciais do nome _____
- b) Profissão/Escolaridade: _____
- c) Sexo: () M () F d) Idade: _____
- e) Tempo na coordenação: _____

II – SOBRE AS CESMs:

1. Você participou de alguma CESM? Se sim, descreva o que foi discutido lá com relação à Política de Saúde Mental.
2. Quais as suas impressões sobre o processo de definição e seleção das propostas durante essa conferência?

III – SOBRE A COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL:

1. Que problemas relativos à organização da atenção à Saúde Mental têm sido discutidos na Coordenação Estadual?
2. As propostas debatidas e definidas por esta Coordenação foram incorporadas ao Plano Estadual de Saúde? Se sim, foram aceitas facilmente, ou houve algum conflito?
3. Você já percebe alguma influência por parte de outras áreas, outras coordenações ou pessoas da esfera pública ou privada (indivíduos, grupos ou empresas, profissionais, legisladores, políticos), na elaboração de propostas e na implantação das ações, programas e projetos de Saúde Mental no âmbito estadual?
4. As propostas colocadas no PES têm sido postas em prática pela SESAB? Quais foram elas? Que dificuldades foram enfrentadas nesse processo? Que resultados foram alcançados?
5. As mudanças de secretário estadual de saúde têm influenciado no processo de implementação de programas, projetos e ações e serviços de saúde mental? Você lembra-se de alguma situação que pode exemplificar sua resposta?
6. Como tem se dado o acompanhamento da implementação dessas propostas? O que a Coordenação de SM tem feito? O CES tem participado desse processo?
7. Agora, com base em sua experiência na área de saúde mental, o que você identifica como principais problemas da área, desafios e propostas para melhoria da qualidade das ações e serviços da área no âmbito estadual.

APÊNDICE G - Roteiro para coleta das informações dos relatórios da III e IV CESM

Conferência Nº e data	Necessidades e demandas relativas à Saúde Mental (PROBLEMAS)	Debate ocorrido na Conferência	Propostas e recomendações para a Política de Saúde Mental	Observações
III Conferência Estadual de Saúde Mental (2001)				
IV Conferência Estadual de Saúde Mental (2010)				

APÊNDICE H - Roteiro para coleta das informações das atas do CES-BA.

REUNIÃO Nº e data (O ou E)	Informes, o que ocorrer e Pontos de Pauta relativos à Saúde Mental	Debate ocorrido no CES	Deliberações do CES-BA acerca da política de Saúde Mental	Conselheiros presentes e quem debateram sobre SM
n.º	Pontos:			
n.º	Pontos:			
n.º	...			
...	...			
...	...			
...	...			

APÊNDICE I- Roteiro para coleta das informações dos instrumentos de gestão da SESAB (Planos, Programações e Relatórios de Gestão)

Planos Estaduais de Saúde Mental e PES	Problemas e Propostas para SM	Programações Anuais de Saúde (2001 – 2013) para SM	Relatórios Anuais de Gestão da SESAB (2001 – 2013) sobre SM	Observações
2000 - 2003				
2004 - 2007				
2008 - 2011				
2012 - 2015				

APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa com o tema “Participação do Conselho e das Conferências de Saúde no Ciclo da Política de Saúde Mental na Bahia, 2001-2013” que será realizada pelo pesquisador, Tarcio de Almeida Oliveira – discente do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo orientado pela Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira. Essa pesquisa tem como **objetivos**: 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; identificar as necessidades, demandas, propostas e recomendações emanadas da III e da IV Conferência Estadual de Saúde Mental; analisar as demandas e deliberações relativas à política de Saúde Mental discutidas no Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) no período 2001-2013; e descrever as ações, os programas e serviços de Saúde Mental, implantadas e implementadas (ou não) pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no período 2001-2013.

Essa entrevista faz parte da metodologia da pesquisa e será realizada pelo próprio pesquisador, serão gravadas e com tempo livre para as respostas. O roteiro para realizar as entrevistas é composto por questões abertas e de livre resposta sobre o seu entendimento, opinião e participação no processo de formulação, implementação e avaliação da Política Estadual de Saúde Mental (PESM) no estado da Bahia. O conteúdo das respostas (os dados) será analisado utilizando uma técnica de análise de conteúdo, onde todos os dados serão analisados conjuntamente observando o que mais predomina e o que mais se relaciona com o processo de formulação, implementação e avaliação da PESM. Depois de concluída a pesquisa, uma cópia impressa da mesma será disponibilizada para o CES-BA e para a SESAB.

Os sujeitos envolvidos nessa pesquisa terão preservado seu anonimato (não serão revelados os nomes, cargos, funções e/ou atribuições dos entrevistados, nem nomes de sujeitos que apareçam no conteúdo das entrevistas) e terão respeitada a integridade física, moral e psíquica, social, cultural, espiritual e intelectual. É assegurado aos participantes o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, assim ele queira. O pesquisador poderá suspender o desenvolvimento da pesquisa se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante. O **risco** desta pesquisa é de uma provável sensação de constrangimento, por parte de atores inseridos na gestão do SUS, em responder às perguntas sobre a atuação dos conselheiros do Conselho Estadual de Saúde e de técnicos da coordenação estadual de Saúde Mental da SESAB. Os principais **benefícios** desta pesquisa são: demonstrar evidências científicas acerca do processo político de participação social dos Conselhos e das Conferências no âmbito estadual relacionadas à Saúde Mental, além de apontar a atuação dos conselheiros e da coordenação estadual de Saúde Mental com relação a PESM.

Havendo necessidade de esclarecimentos, dúvidas e sobre a sua opção em desistir da pesquisa, o pesquisador poderá ser localizado onde ele trabalha, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Geral de Camaçari, Avenida Jorge Amado, S/N, Via Parafuso, Camaçari/BA, de segunda as sextas-feiras das 8:00 as 16:00 ou pelo telefone (71) 3621 2277, ou ainda pelo e-mail: tarcio.oliveira@saude.ba.gov.br.

Além do pesquisador, o(a) senhor(a) poderá obter quaisquer esclarecimentos sobre esta pesquisa com o Comitê de Ética em Pesquisa do ISC-UFBA, localizado na Rua Basílio da Gama S/N, Bairro: Canela, CEP 40110-040, Salvador-BA, telefone (71) 3283-7441, e-mail: cepisc@ufba.br.

Eu, _____, me disponho a participar do projeto de pesquisa "Participação do Conselho e das Conferências de Saúde no Ciclo da Política de Saúde Mental na Bahia, 2001-2013", respondendo as questões do roteiro de entrevistas desta pesquisa, autorizo a gravação da entrevista e o uso das informações prestadas para fins de publicação de artigos em revista científica, relatório final da dissertação de mestrado do pesquisador e apresentação em Congressos Científicos nacionais e internacionais. Estou ciente de que posso desistir a qualquer momento da pesquisa e do risco e benefícios da mesma. Assino duas cópias deste termo, ficando com posse de uma via e a outra com o coletador de dados.

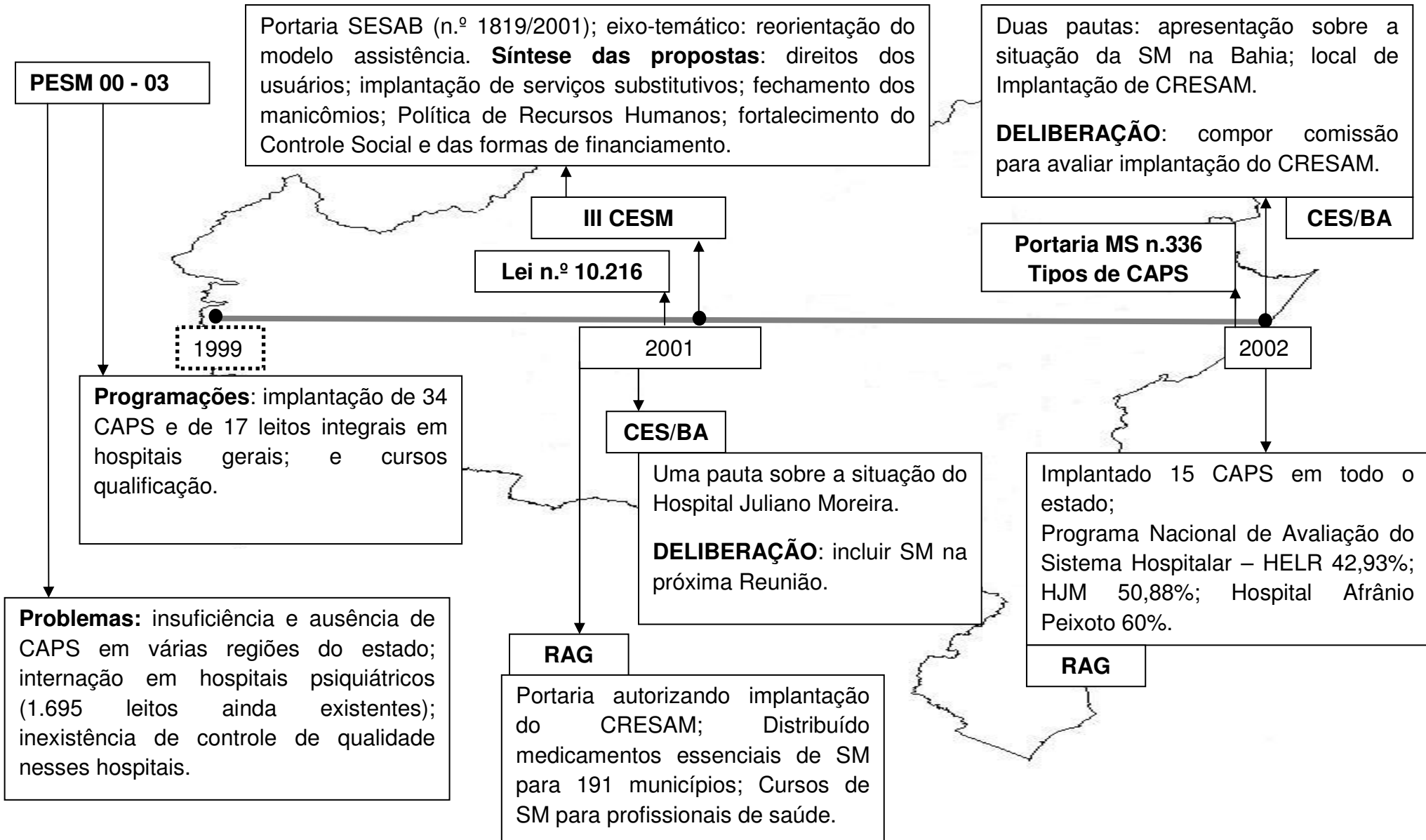
Salvador, _____ de _____, 2014.

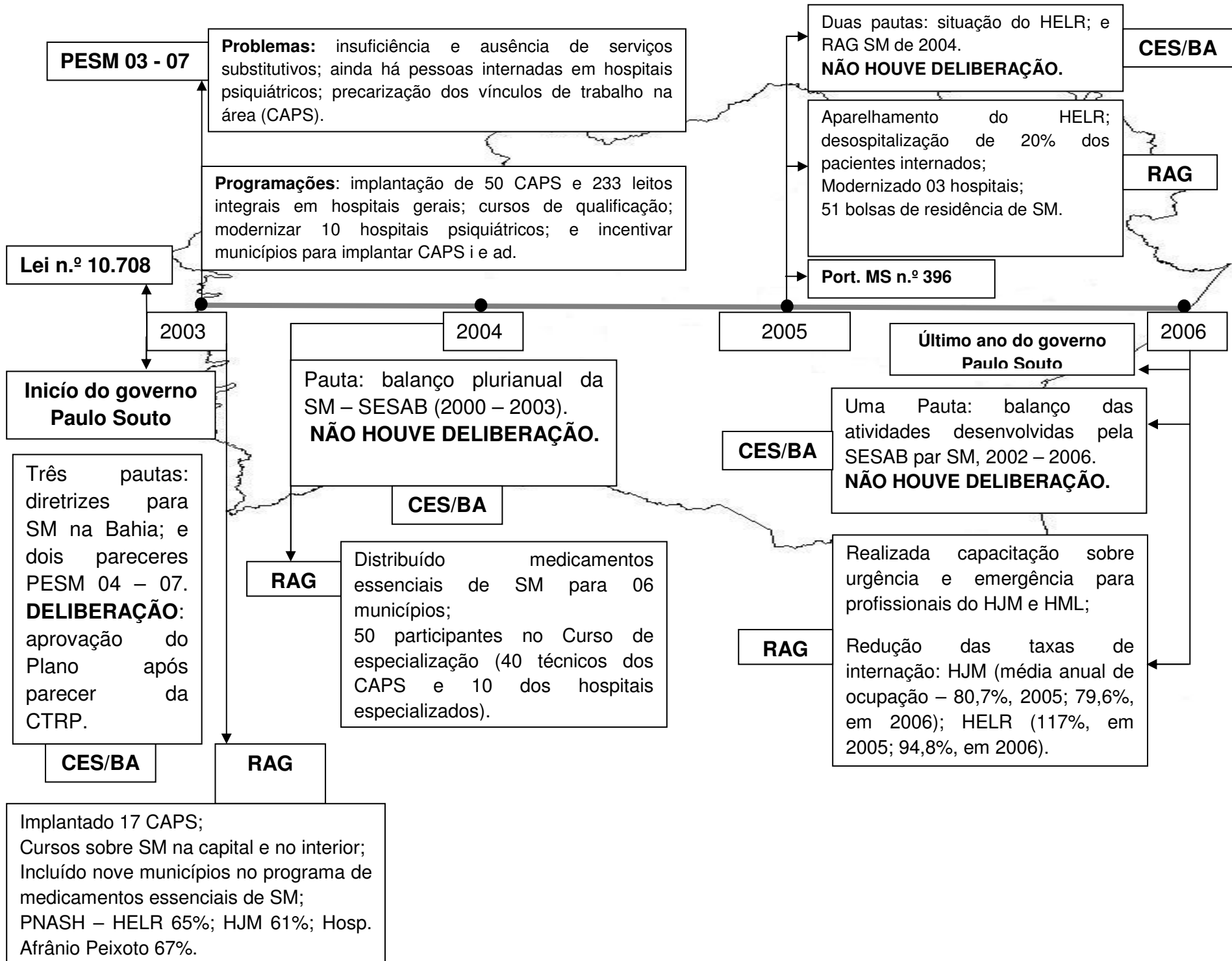
_____(_____)
 Assinatura do Participante da Pesquisa (código por ordem da entrevista)
 Conselheiro do CES-BA Coordenador/Profissional da área de Saúde Mental - SESAB

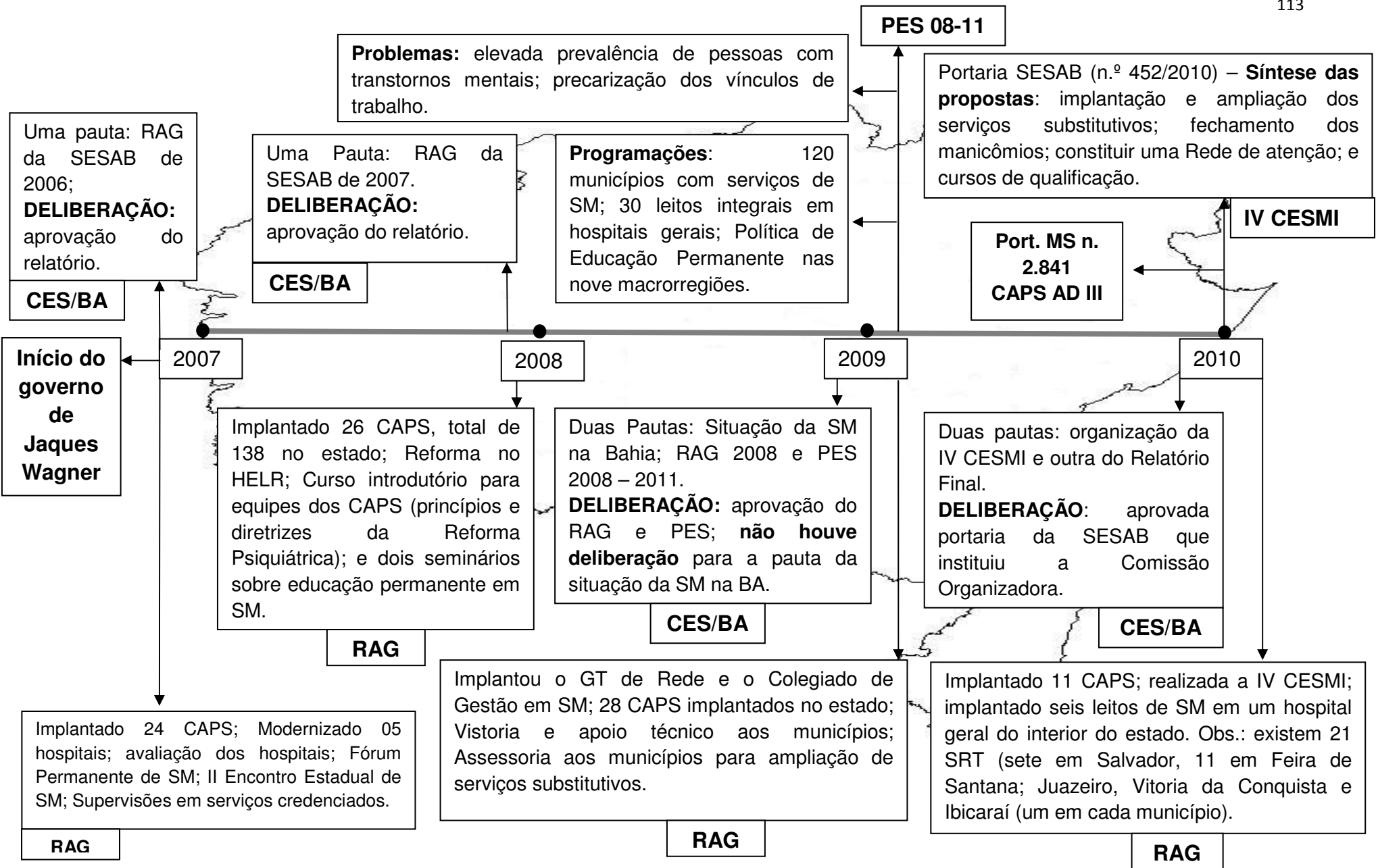
 Assinatura do entrevistador

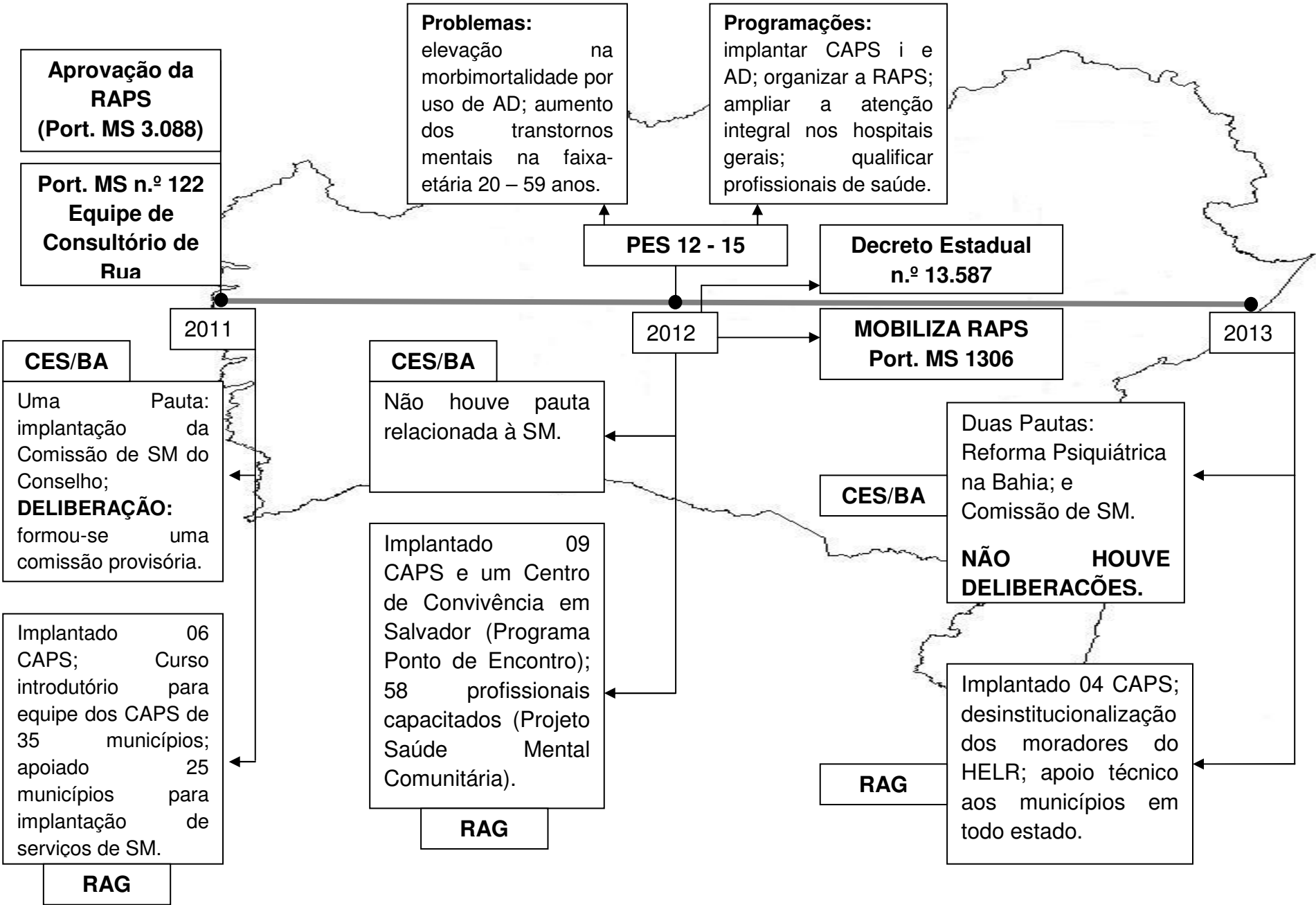
 Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE K – Linha do tempo do ciclo da Política Estadual de Saúde Mental, Bahia, 2001 – 2013.









APÊNDICE L. Quadro comparativo entre os dois ciclos analisados, Bahia, 2001 – 2013.

I CICLO DA PESH (2001 – 2006)

SÍNTESE DAS PROPOSTAS DA III CESH

Garantir Direito dos usuários;
Implantar serviços de Saúde Mental;
Promover a reinserção social dos usuários;
Realizar CESH a cada quatro anos;
Contratar profissionais por concurso;
Definir uma Política de Recursos Humanos;
Realizar atividades educativas com usuários e familiares;
Reduzir leitos dos hospitais psiquiátricos.

Implantar Comissões de Saúde Mental nos Conselhos de Saúde;
Implantar Conselhos locais de Saúde Mental;
Divulgar as informações relativas à Política de Saúde Mental;
Aumentar o financiamento para a Saúde Mental;
Alocar recursos para serviços substitutivos.

DINÂMICA POLÍTICA NO CES-BA

-CES-BA composto por 24 conselheiros, nenhum da área de Saúde Mental;
-Conselho não paritário;
-Realizou 56 reuniões, sendo 14 sobre SM;
-Duas sobre informes, duas em o que ocorrer e 10 como pautas sobre SM;
-Maior participação dos usuários e trabalhadores, menor do governo;
-Fracca conexão entre as propostas da Conferência e o debate no Conselho.

Deliberações:
-Das 10 pautas, houve deliberações em 5;
-Não formou nova Comissão de Saúde Mental no próprio Conselho;
-Não faz proposições para os Planos, Programas e Relatórios de gestão acerca da Saúde Mental;
-Não aprovou resoluções sobre Saúde Mental;
-Aprovou documentos institucionais.

ATIVIDADES PREVISTAS E REALIZADAS PELA SESAB

PREVISTAS

Implantar um total de 84 CAPS;
Implantação de 250 leitos integrais de Saúde Mental em hospitais gerais;
Modernizar 10 hospitais psiquiátricos;
Promover cursos de qualificação para profissionais da área de Saúde Mental e áreas afins.

REALIZADAS

Implantado 32 CAPS em todo estado;
Não foram implantados leitos integrais de Saúde Mental em hospitais gerais;
Foram modernizados três hospitais psiquiátricos;
Realizado cursos para qualificação dos profissionais dos CAPS e dos hospitais psiquiátricos;
Reduzido leitos de internação nos manicômios.

II CICLO DA PESH (2007 – 2013)

SÍNTESE DAS PROPOSTAS DA IV CESH

Implantar e ampliar serviços de Saúde Mental;
Implementar ações intersetoriais;
Promover educação permanente em Saúde Mental;
Promover a reinserção social dos usuários;
Fechar os hospitais psiquiátricos;
Quebrar patentes de medicamentos de uso em Saúde Mental.

Realizar programas e projetos para a Saúde Mental;
Estimular a formação de associações de famílias e de usuários;
Promover Política de educação continuada em Saúde Mental;
Combater a violência contra os usuários;
Criar boletins informativos sobre a área;
Criar estatuto para a Saúde Mental.

DINÂMICA POLÍTICA NO CES-BA

-CES-BA composto por 32 conselheiros, presença de entidade da Saúde Mental;
-Conselho paritário (Lei Est. n. 12.053/11);
-Realizou 86 reuniões, sendo 18 sobre SM;
-Três sobre informes, sete em o que ocorrer e nove como pautas sobre SM;
-Maior participação dos usuários e trabalhadores, menor de prestador;
-Fracca conexão entre as propostas da Conferência e o debate no Conselho.

Deliberações:
-Das 9 pautas, houve deliberações em 5;
-Não formou nova Comissão de Saúde Mental do próprio Conselho;
-Não faz proposições para os Planos, Programas e Relatórios de gestão acerca da Saúde Mental;
-Não aprovou resoluções sobre Saúde Mental;
-Aprovou documentos institucionais

ATIVIDADES PREVISTAS E REALIZADAS PELA SESAB

PREVISTAS

Ter serviços de Saúde Mental implantado em 120 municípios;
Implantação de 30 leitos integrais de Saúde Mental em hospitais gerais;
Promover cursos de qualificação para profissionais de saúde;
Promover a Política de Educação Permanente nas nove macrorregiões do estado.

REALIZADAS

Implantado 108 CAPS em todo estado;
Implantado seis leitos integrais de Saúde Mental em um hospital do interior;
Foram modernizados cinco hospitais psiquiátricos;
Realizado cursos de qualificação para os profissionais de saúde;
Desinstitucionalizado moradores do HELR;
Implantado GT de Rede e o Colegiado de Gestão em Saúde Mental