

## A infância e a adolescência na política de saúde mental: uma análise por meio dos conselheiros e conferências de saúde

Childhood and adolescence in mental health policy:  
an analysis through health counselors and conferences

João Mário Cubas (<https://orcid.org/0000-0002-3263-3836>)<sup>1</sup>

Victoria Grassi Bonamigo (<https://orcid.org/0000-0002-3476-1970>)<sup>1</sup>

Rodrigo Alvarenga (<https://orcid.org/0000-0001-8546-4442>)<sup>2</sup>

Deborah Ribeiro Carvalho (<https://orcid.org/0000-0002-9735-650X>)<sup>3</sup>

**Abstract** *This qualitative, descriptive, and exploratory documentary and field research aimed to analyze how children and adolescents are included in the formulation of public mental health policies. The document analysis database consisted of reports from Health Conferences (national, state, and municipal), minutes of meetings of the Health Council (national, state, and municipal), and memories of the Thematic Commission on Mental Health (state and municipal). Nine counselors or former health counselors participated in this study through an individual interview with a semi-structured script. Furthermore, the theoretical framework for the analysis of this research was based on the communicative action of Jürgen Habermas. The themes that emerged from the documentary research included the guidelines for intersectoral processes, as well as the expansion of beds for children and adolescents. In addition, the interviews indicated the lack of discussion on the subject, predominance of the punitive perspective, and need for a broader debate. The lack of intersubjective spaces for democratic listening compromises communicative action, resulting in the invisibility of children and adolescents in the policy formulation process and reduced opportunities for participation and social control.*

**Key words** *Social control policies, Mental health, Health Councils, Child, Qualitative research*

**Resumo** *O objetivo do trabalho foi analisar como crianças e adolescentes são contemplados nos processos de participação para a formulação das políticas públicas de saúde mental. Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória de caráter documental e de campo. A base de dados da análise documental consistiu em: relatórios das Conferências de Saúde (nacional, estadual e municipal), atas de reuniões do Conselho de Saúde (nacional, estadual e municipal) e memórias da Comissão Temática de Saúde Mental (estadual e municipal). Participaram deste estudo nove conselheiros ou ex-conselheiros de saúde, por meio de uma entrevista individual com roteiro semiestruturado. Como marco teórico de análise desta pesquisa, foi proposto o agir comunicativo de Jürgen Habermas. Dentre os temas que emergiram da pesquisa documental, encontram-se as diretrizes de processos intersectoriais, bem como a ampliação de leitos para crianças e adolescentes. As entrevistas apontaram a falta de discussão da temática, predomínio da perspectiva punitivista e para a necessidade de um debate mais amplo. A falta de espaços intersubjetivos de escuta democrática compromete o agir comunicativo, ocasionando a invisibilização da criança e do adolescente no processo de formulação da política e enfraquecendo os espaços de participação e controle social.*

**Palavras-chave** *Políticas de controle social, Saúde mental, Conselhos de Saúde, Criança, Pesquisa qualitativa*

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). R. Imac. Conceição 1155, Prado Velho. 80215-901 Curitiba PR Brasil. joao.cubas@gmail.com

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas, PUCPR. Curitiba PR Brasil.

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, PUCPR. Curitiba PR Brasil.

## Introdução

As políticas de saúde mental e atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) possuem uma relação direta com o movimento da reforma sanitária, bem como com a construção do Estado Democrático. Por meio da proposição do Projeto de Lei (PL) nº 3.657/1989, pelo deputado Paulo Delgado, houve a promulgação da Lei nº 10.216/2001<sup>1</sup>, um marco da Reforma Psiquiátrica brasileira conquistada por movimentos sociais e ativistas de direitos humanos contrários às práticas asilares e manicomial.

Nesse sentido, o Brasil estabeleceu leis que prescrevem ações na garantia do direito ao atendimento em saúde, porém a elaboração de políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes se configura como um desafio para a saúde mental. Pesquisadores e profissionais da área sinalizam essa lacuna, apontando para a necessidade de maior acompanhamento das políticas e programas existentes, bem como para o estabelecimento de medidas que possam promover o desenvolvimento saudável desse público, por meio de uma rede intersetorial e corresponsável<sup>2,3</sup>.

Para Couto e Delgado<sup>4</sup> houve uma inserção tardia da saúde mental na infância e na adolescência na agenda da saúde pública brasileira, como também no processo da Reforma Psiquiátrica nacional. Os autores apontam que as ações que contribuíram para a construção dessa nova agenda foram iniciadas apenas em 2001<sup>4</sup>.

Constata-se uma invisibilidade social da infância e da adolescência na formulação da política de saúde mental, a qual pode ser atribuída ao ato de não reconhecimento de outrem como portador de um direito<sup>5</sup>. Isso pode ser evidenciado na dificuldade de consolidação das redes de atenção em saúde mental para esse público, na falta de capacitação profissional e, ainda, no receio dos familiares quanto à exposição da criança e do adolescente, que pode agravar o sofrimento. Por isso cabe destacar a necessidade de extrapolar o mero tratar, para incluir a dimensão do acolhimento<sup>2,6,7</sup>.

A invisibilidade pode também ser constatada na exclusão da participação da criança e do adolescente nas esferas sociais e políticas. Braga e D'Oliveira<sup>8</sup> salientam a necessidade de construção de garantias efetivas de participação desse público, possibilitando o papel de protagonista na luta da construção e garantia de seus direitos. Para Tironi<sup>9</sup>, a criança sentir-se-á estimada socialmente quando sua contribuição política for

valorizada de igual maneira às demais contribuições individuais.

O controle social sobre as políticas de saúde é entendido por meio de instâncias de controle público dentro do SUS<sup>10</sup>. A Lei nº 8.142/1990<sup>11</sup> dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, elencando como mecanismos de controle as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde<sup>12</sup>.

As Conferências de Saúde são mecanismos de decisão, para a elaboração e reformulação da política de saúde. São realizadas nas três esferas de governo: nacional, estaduais e municipais e centralizam suas deliberações nas diretrizes da política. Já os Conselhos de Saúde, que também são deliberativos, têm a finalidade de formulação, acompanhamento, avaliação e controle do cumprimento da política de saúde<sup>12</sup>. Ainda, no que se refere aos espaços dos Conselhos de Saúde, existem as Comissões Temáticas que têm por finalidade propor, fiscalizar e acompanhar medidas que permitam implementar a política de saúde, especificamente na sua área de atuação. São de caráter permanente e consultivo e são formadas por representantes de todos os segmentos<sup>13</sup>.

Partindo dessa problemática de que há um aparato legal que garante o direito ao atendimento, mas as políticas públicas não convergem para essa garantia, o objetivo do estudo foi analisar como crianças e adolescentes são contemplados nos processos de participação para a formulação das políticas públicas de saúde mental. Compreende-se que a identificação de possíveis dificultadores na inserção desse público no campo da saúde, pode contribuir para a discussão entre Estado, gestores, servidores e toda a sociedade civil, possibilitando ações democráticas e a formulação de políticas de direito à saúde para crianças e adolescentes.

Como marco teórico de análise dessa invisibilidade, propõe-se o agir comunicativo de Jürgen Habermas<sup>14</sup>, considerando a importância da compreensão das diferentes perspectivas envolvidas nas vocalizações dos diferentes atores sociais<sup>15</sup>. Na medida em que o agir comunicativo é orientado a partir de um processo intenso de acolhimento e escuta mútua, se pressupõe que os diferentes atores possam chegar de forma consensual ao entendimento das melhores decisões e propostas<sup>14</sup>. Compreendeu-se que nos espaços de controle social o agir comunicativo e a busca pelo entendimento se faz necessário para garantir a integralidade dos direitos e dos serviços de saúde oferecidos à criança e ao adolescente.

## Materiais e métodos

O estudo apresentado no artigo é resultado de uma pesquisa qualitativa e exploratória<sup>16</sup>, de caráter documental e de campo, organizadas em quatro etapas, que estão apresentadas na Figura 1.

Foi levantada a seguinte questão norteadora: como se apresenta a saúde mental na infância e na adolescência nos espaços de controle social?

A pesquisa foi aprovada nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) sob Pareceres os nº 4.133.452, nº 4.585.413 e nº 4.474.160.

A primeira etapa consistiu na obtenção dos relatórios das conferências e das atas e memórias das reuniões dos Conselhos de Saúde por meio de ambiente *web* (sítios do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde de um estado do sul do Brasil e Conselho Municipal de Saúde da Capital do estado mencionado). A definição da janela temporal para a busca dos documentos foi baseada na promulgação da Lei nº 10.216/2001<sup>1</sup>, ou seja, abrange de 2001 até o ano de 2019.

Os dados foram organizados e os resultados extraídos utilizando a análise de conteúdo propostas por Bardin<sup>17</sup>: (i) pré-análise; (ii) explora-

ção do material; (iii) tratamento dos resultados, a partir de inferência e interpretação.

Foram elaboradas planilhas eletrônicas com o intuito de quantificar o material coletado, incluindo: (i) atas (ano, esfera governamental, reunião ordinária ou extraordinária); (ii) memórias (ano e esfera governamental); (iii) relatórios das Conferências de Saúde (ano e esfera governamental); (iv) relatórios das Conferências de Saúde Mental (ano e esfera governamental).

A partir desta fase, foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos ATLAS.ti<sup>18</sup>, pelo meio do qual é possível analisar e gerenciar diversos tipos de documentos ou instrumento de coleta de dados<sup>19</sup>.

Após a importação dos documentos para o *software*, ocorreu o processo de categorização, como: (i) tipo de documento (ata, memória, relatório de conferência); (ii) esferas governamentais (municipal, estadual e nacional).

A partir dos conceitos estabelecidos nos regimentos dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, bem como na Lei nº 8.142/1990<sup>10</sup> acerca das instâncias: Conselhos de Saúde, Conferência de Saúde e Comissão Temática, foram tomados como base para o processo de codificação, es-

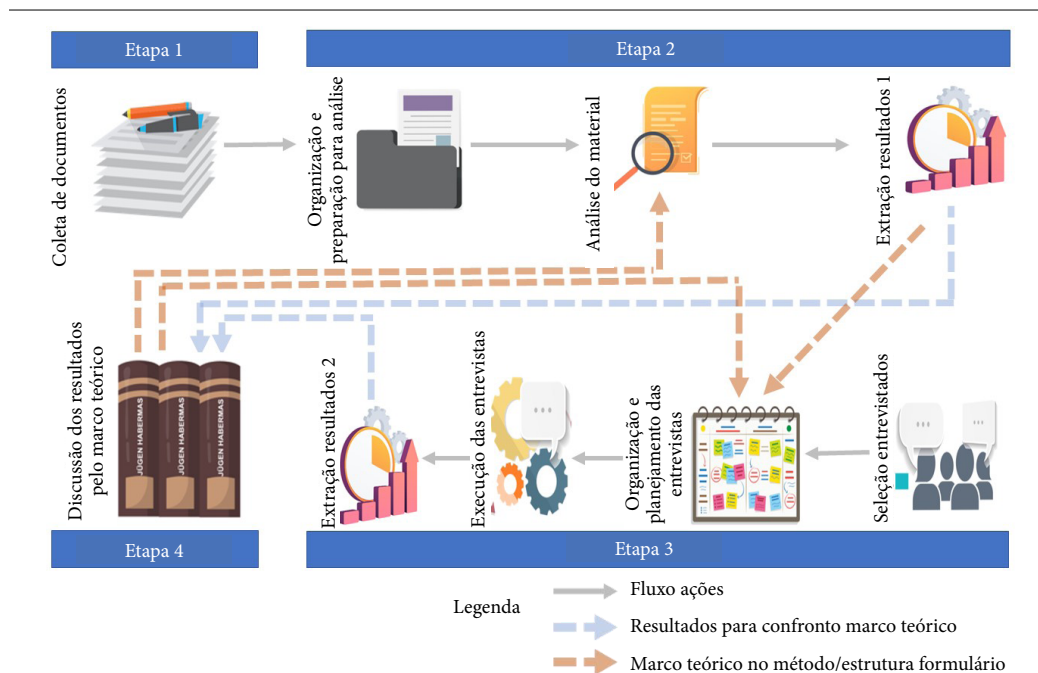


Figura 1. Fluxo das etapas da pesquisa.

Fonte: Autores (2022).

tabeleceram-se inicialmente três categorias de análise (codificação em primeiro ciclo). Tais categorias visavam à identificação de conteúdos referentes à saúde mental infantojuvenil, excluindo outros conteúdos (Quadro 1).

Durante o processo de categorização, houve a necessidade de afunilar as categorias, trazendo

os temas emergentes das propostas, dos informes e das diretrizes. Saldaña<sup>20</sup> expõe a necessidade de o pesquisador se manter aberto durante a coleta e revisão de dados iniciais antes de determinar quais métodos de codificação irá utilizar.

Para complementar, foram entrevistados conselheiros e/ou ex-conselheiros do Conselho

**Quadro 1.** Definições de conceitos para categorias de análise/categorias de análise em primeiro ciclo de codificação/subcategorias de análise em segundo ciclo de codificação.

<b>Instância do Controle Social</b>	<b>Marco norteador do conceito</b>	<b>Definição do conceito</b>	<b>Categorias de análise (codificação em primeiro ciclo)/ Definição da categoria de análise</b>	<b>Exemplos de subcategorias de análise levantadas em segundo ciclo de codificação</b>
Conferências de Saúde	Lei nº 8.142/1990 <sup>11</sup>	A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.	Diretrizes para a saúde mental na infância e na adolescência / (Diretrizes propostas para a saúde mental na infância e na adolescência)	Acesso e territorialidade - diretriz SM infantil Ampliação CAPSi - diretriz SM infantil
Conselhos de Saúde	Lei nº 8.142/1990 <sup>11</sup>	O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.	Propostas para a saúde mental na infância e na adolescência / (Destinação de recursos, novos equipamentos, projetos para esse público etc.)  Informes da saúde mental na infância e na adolescência / (Denúncias, situação dos equipamentos, entre outras situações discutidas)	Propostas . Proposta ação intersectorial (rede de proteção) SM infantil . Proposta ampliação CAPSi  Informes . Informe aplicação legislação SM infantil . Informe apresentação projeto subcomissão SM infantil
Comissões temáticas	Regimento Curitiba (2017) <sup>13</sup>	As Comissões Temáticas do Conselho Municipal de Saúde têm por finalidade propor, fiscalizar e acompanhar medidas que permitam implementar a política de saúde no município de Curitiba, especificamente na sua área de atuação, subsidiando o Conselho Municipal de Saúde. As Comissões Temáticas do Conselho Municipal de Saúde têm caráter permanente e consultivo e são formadas por representantes de todos os segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde.		

Fonte: Autores (2022).

Municipal de Saúde de Curitiba e Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

Para a seleção dos entrevistados, foram enviados ofícios esclarecendo os objetivos da pesquisa aos presidentes dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, como também solicitando a indicação de pelo menos quatro pessoas com idade superior a 18 anos por conselho.

Como critérios de inclusão, participaram desta entrevista nove conselheiros e/ou ex-conselheiros de saúde (titulares ou suplentes), que atuaram em ao menos um mandato no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Não houve critérios de exclusão.

Tendo em vista o contexto de isolamento social devido a pandemia de SARS-CoV-2, as entrevistas foram realizadas em ambiente virtual e conduzidas por um roteiro preestabelecido. O roteiro considerou os princípios do agir comunicativo e da democracia deliberativa, como a esfera pública, sociedade civil e mundo de vida, uma vez que se buscou identificar o entendimento dos conselheiros sobre o tema e se este de fato era conduzido para que o agir comunicativo ocorresse, e se a força do Estado estaria modificando a forma de discussão da temática<sup>15</sup>. Outro ponto de interesse foi verificar se grupos de interesse da sociedade civil tinham garantia de comunicação (pretensão de validade) dentro desses espaços, viabilizando os princípios democráticos nessas instâncias.

Todas as entrevistas foram realizadas em um ambiente on-line e gravadas. Ao terminar a gravação de cada entrevista, foi gerado um arquivo MP4. Para a conversão, optou-se pela API de voz do Google para texto, como ferramenta de transcrição automática.

O arquivo com a transcrição foi revisto pelo pesquisador principal e a versão final, pós-processada em formato .docx, foi incorporado ao *software* de análise de dados qualitativos ATLAS.ti, para criar categorias de análise com os temas que emergiram das entrevistas, buscando responder à pergunta norteadora deste estudo. Foram criadas redes (*networks*) que pudessem demonstrar de forma gráfica os resultados obtidos. Esta etapa permitiu a potencialização dos dados coletados na pesquisa documental, uma vez que possibilitou identificar situações que os registros documentais não evidenciaram.

A compilação dos resultados da pesquisa documental com a pesquisa de campo, em relação ao marco teórico norteador adensou as etapas

anteriores, uma vez que se buscou pela baixa representatividade e vocalização do tema da infância, analisadas a partir da teoria do agir comunicativo de Habermas<sup>21</sup>.

## Resultados

A partir das etapas metodológicas desenvolvidas neste trabalho, foi possível propor um modelo de coleta e análise ancorada nos pressupostos da pesquisa qualitativa, composta de quatro etapas.

Ressalta-se que a temporalidade do modelo consistiu na análise de documentos emitidos entre 2001 e 2019 e na análise de campo no ano de 2021.

### Pesquisa documental

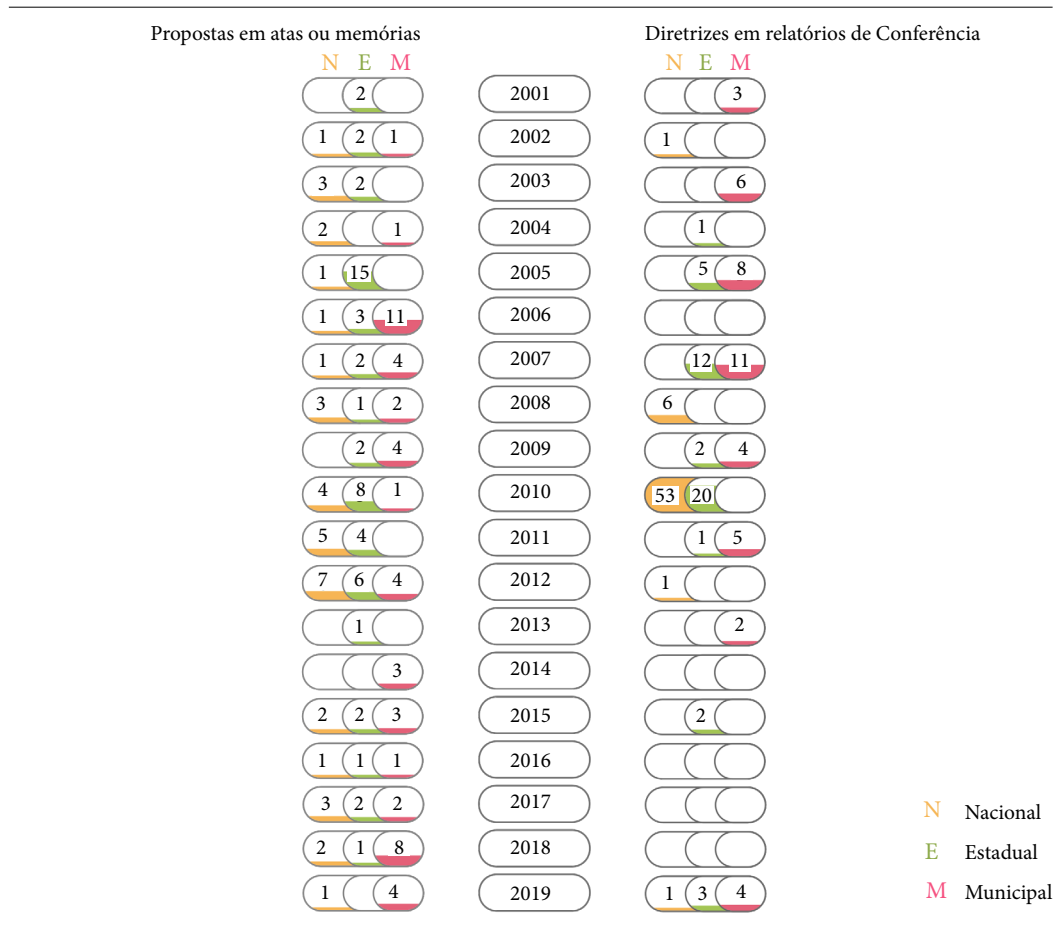
Foram analisados 1.046 documentos. Dentre os documentos coletados, cita-se: Atas estaduais n=222, Atas municipais n=263, Atas nacionais n=243, Relatórios Conferências estaduais n=9, Relatórios Conferências municipais n=10, Relatórios Conferências nacionais n=7, Memórias (Comissão Temática) estaduais n=175, e Memórias (Comissão Temática) municipais n=117.

Após o processo de revisão das categorias, o Quadro 1 apresenta alguns exemplos de subcodificações realizadas nos textos, em segundo ciclo, caso se justifique, para delimitar os temas que emergiram das diretrizes, propostas e informes.

Os segmentos de texto nos relatórios foram codificados em primeiro ciclo, conforme frequência a seguir: Diretrizes saúde mental público geral (para demonstrar a invisibilidade do público infantojuvenil) (n=466), Diretrizes para a saúde mental na infância e na adolescência (n=155), Propostas para a saúde mental na infância e na adolescência (n=147), e Informes acerca da saúde mental na infância e na adolescência (n=299).

Para demonstrar como cada esfera se comportou com relação à elaboração de diretrizes e propostas, foi criada uma linha tempo. À direita da linha, se apresentam as diretrizes para a infância e adolescência nas três esferas (Conferências de Saúde) e, à esquerda, as propostas para a infância e a adolescência (Conselhos de Saúde), com seus respectivos quantitativos (Figura 2).

Ademais, a partir do levantamento das frequências das temáticas, tanto das diretrizes quanto das propostas, foram elencados os seis principais temas discutidos para a realização desta etapa, conforme Tabela 1.



**Figura 2.** Linha do tempo de diretrizes e propostas para a saúde mental na infância e na adolescência.

Fonte: Autores (2022).

**Tabela 1.** Diretrizes x propostas exploradas.

Diretrizes	Frequência	Propostas	Frequência
Intersetorialidade - SM infantil	28	Proposta ação intersetorial (rede de proteção) SM infantil	7
Ampliação de serviços - diretriz SM infantil	18	Proposta de serviços SM infantil	9
Programas de prevenção - diretriz SM infantil	18	Proposta projeto prevenção uso substâncias	16
Implementação de programas/políticas - diretriz SM infantil	13	Proposta de políticas para SM infantil	7
Ampliação CAPSi - diretriz SM infantil	12	Proposta ampliação CAPSi	21
Internação infantojuvenil - diretriz SM infantil	9	Proposta ampliação de leitos SM infantil	15

Fonte: Autores (2022).

## Entrevistas

Foram realizadas nove entrevistas no período de 23 de março a 7 de maio de 2021. Os entrevistados foram, em sua maioria, mulheres (sete), com idade média de 49 anos (desvio-padrão = 13,04). Dentre as profissões dos entrevistados, destacaram-se: psicólogo (três), assistente social (um), pedagogo (um), fisioterapeuta (um), enfermeiro (um), aposentado (um) e educador social (um).

Com relação aos conselhos a que os entrevistados pertenciam ou pertenceram, a maioria respondeu: Conselho Municipal de Saúde (sete), havendo um do Conselho Estadual de Saúde e um de ambos. Já acerca do segmento que esses entrevistados pertencem ou pertenciam dentro desses Conselhos de Saúde, eles responderam: Gestor/prestadores de saúde, um (11,1%); Trabalhadores, três (33,3%); e Usuários, cinco (55,6%).

A partir da Figura 3, é possível identificar os principais discursos acerca de como esse tema é ou era debatido dentro dos espaços de controle social.

O tema era debatido de forma mais punitiva, estando envolto de medidas protetivas ou mesmo sob a discussão da socioeducação. Também se verifica que o tema em si não era abordado dentro desses espaços e, sim, em Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente. Ainda, identifica-se que a diluição de comissões temáticas acabou por suprimir a temática.

A discussão do tema era trazida como subtema dentro de temas mais amplos (saúde mental do adulto). Diante disso, é possível afirmar que os interesses discutidos entre os conselheiros não contemplavam a temática da saúde mental na infância e na adolescência. No relato do entrevistado 6 (Figura 3), é possível verificar que existe efetivamente uma invisibilidade quanto à infância, ao apontar que a demanda por outros assuntos é grande e esse tema acaba não sendo tratado.

Os entrevistados elencaram grupos de mães (familiares) como grupo ou movimento que mais vocalizava o tema, porém ainda sendo levado de maneira mais protetiva por Conselhos Tutelares (entrevistado 3).

Outro apontamento acerca de grupos ou movimentos se relaciona à existência dessa discussão na Comissão de Saúde da Criança e do Adolescente, mas, com sua diluição dentro de outros espaços, essa temática ficou comprometida (entrevistado 2).

Ainda no discurso apresentado pelos conselheiros, ficou claro que não havia essa discussão (entrevistados 4, 5 e 7).

O tema era acolhido de forma generalizada em relação a fase do desenvolvimento. Quando discutido, era apresentado como um subtema, como socioeducação (entrevistado 3). Quando acolhido, não era contemplado nos espaços dos Conselhos de Saúde, mas dentro de espaços como o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente (entrevistado 4). Também citaram que era acolhido como no espaço da Comissão da Criança e do Adolescente, porém, com sua diluição, o tema não foi mais debatido (entrevistado 7).

Com relação a busca de maior representação do público e do tema, verificou-se a necessidade de intersetorialidade (educação, saúde e assistência social) (entrevistado 2) e de um trabalho na base por meio dos Conselhos de Saúde locais (entrevistado 5), permitindo uma comunicação acessível a todos (entrevistados 3 e 5); nesse ponto, foi citado que, por vezes, membros mais antigos não permitem que grupos novos debatam dentro desses espaços (entrevistado 5).

## Compilação dos resultados da pesquisa documental com a pesquisa de campo em relação ao marco teórico norteador

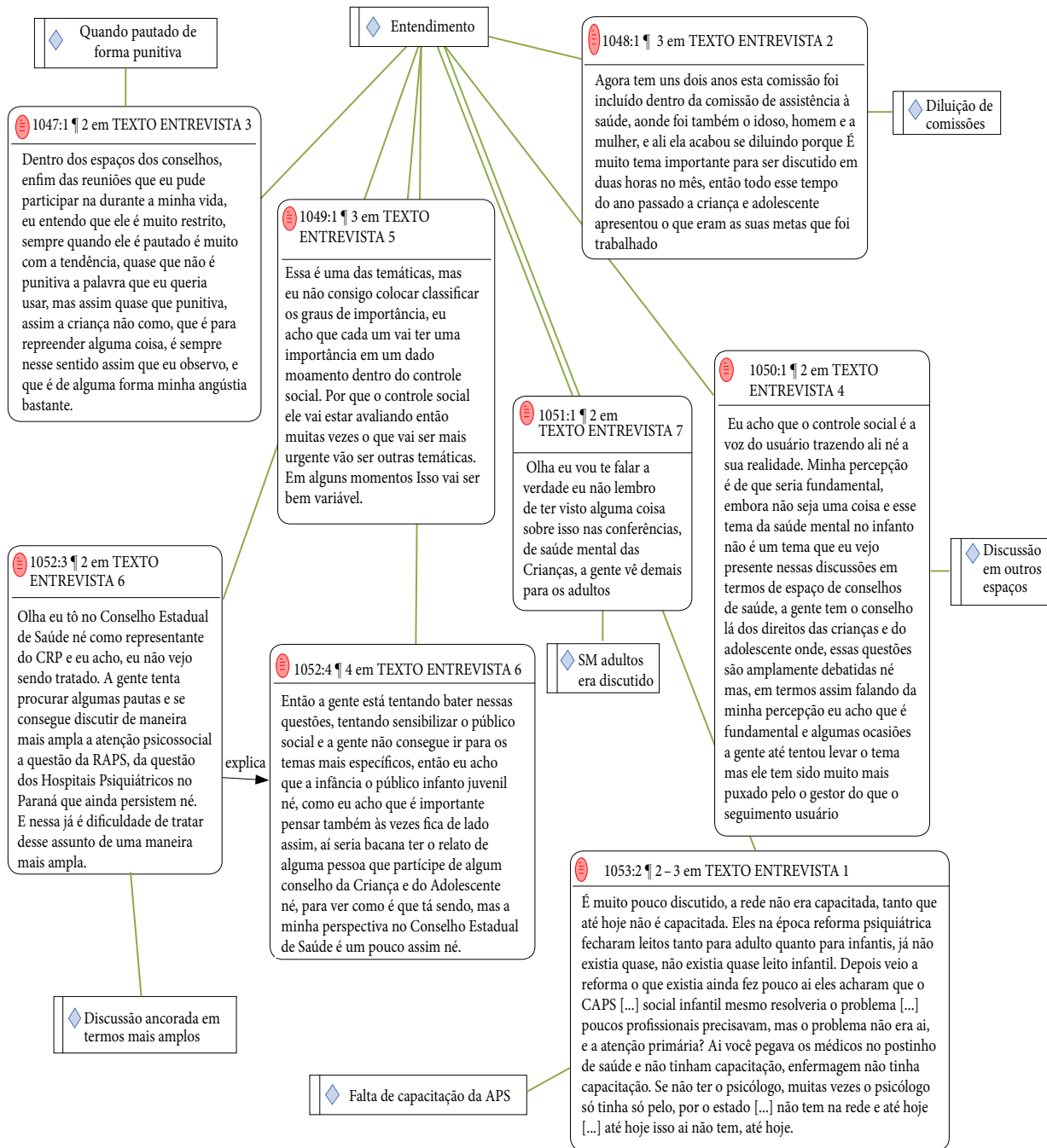
A lógica de agir comunicativo de Habermas<sup>21</sup> destaca a importância da comunicação livre de coerção, objetivando o entendimento mútuo e a resolução de problemas. Nesse contexto, as Conferências Temáticas de Saúde Mental representam um espaço essencial para a deliberação coletiva, onde os cidadãos podem se engajar em discussões informadas e fundamentadas para buscar soluções que atendam às necessidades da sociedade no campo da saúde mental, contudo ainda existem muitas lacunas para que o agir comunicativo possa ocorrer e gerar resultados efetivos.

Foi apurado um intervalo de não realização de Conferências Temáticas de Saúde Mental (nas três esferas), no período estudado. Os entrevistados apontaram que esse intervalo decorreu a partir das seguintes causas: instabilidade política atual (entrevistado 4), falta de movimentação nacional (entrevistado 6), movimentos antidemocráticos (entrevistado 6) e falta de interesse dos gestores (entrevistado 6).

A presença de movimentos antidemocráticos pode promover a desconfiança nas instituições democráticas e enfraquecer a participação cidadã em eventos dessa natureza. A falta de interesse dos gestores pode indicar uma ausência de diálogo e interação entre a administração pública e os cidadãos, o que sugere que o agir comunicati-

vo está sendo prejudicado nesse contexto, assim como os princípios de uma democracia deliberativa.

Foi verificado nas atas, o fim da Comissão Temática Estadual de Saúde Mental em 2014, que foi diluída em outras comissões, havendo uma



**Figura 3.** Rede: entendimento acerca da saúde mental na infância e na adolescência dentro dos espaços de controle social.



diminuição de propostas por essa esfera. Em nível municipal, em 2018, houve o rompimento da Comissão Municipal de Saúde da Criança e do Adolescente.

Os participantes deste estudo afirmaram que, no caso da Comissão Municipal de Saúde da Criança e do Adolescente, até surgiam assuntos, mas, após sua diluição, eles ficaram dispersos (entrevistados 2, 5 e 7).

Partindo dessas constatações, a formação democrática não se legitima, uma vez que os pressupostos comunicativos não acontecem por uma falta de espaço para a sua deliberação<sup>21</sup>. Por mais que nas três esferas apareçam debates para a formulação de políticas, os participantes evidenciaram que a temática, para a sua elaboração, não ocorria dentro dos espaços dos conselhos.

Como causadores dessa lacuna na formulação da política, eles citaram: falta de capacitação para saúde mental infantojuvenil na atenção básica, prejudicando as ações (entrevistado 1); discussão dentro de outros espaços e não na saúde propriamente (entrevistado 4); e discussão dentro de assuntos mais amplos, não havendo uma discussão específica (entrevistado 6). Conforme apontou o entrevistado 6, o debate na esfera pública ainda permeia temas para tentar minimizar retrocessos e temas específicos (como de crianças e adolescentes) acabam não entrando na pauta.

A perspectiva para a formulação de uma política específica, mesmo discutida, acaba não sendo efetivada, uma vez que, na esfera pública, o tema da saúde mental ainda precisa ser debatido, evitando os tensionamentos contrários. Os casos específicos (crianças e adolescentes) acabam sendo deixados de lado, na busca ainda de uma luta maior, visto que o retrocesso da política de saúde mental como um todo ainda é presenciado (entrevistado 6). Um dos temas também evidenciados na pesquisa documental consiste na ampliação de leitos infantojuvenis. Nesse sentido, o entrevistado 6 revelou que a questão dos hospitais psiquiátricos é um desafio.

Nas três esferas, houve tanto propostas quanto diretrizes para a ampliação de leitos infantis. O Conselho Nacional de Saúde, em 2012, discutiu que o Paraná estava entre oito estados com leitos destinados a crianças e adolescentes, correspondendo a 6% dos leitos. Na mesma ata (2012), o conselho declara a necessidade de auditoria imediata em hospitais psiquiátricos do Paraná, que ainda possuíam crianças internadas.

## Discussão

Verificou-se uma ausência de propostas e diretrizes acerca de ações intersetoriais em determinados momentos da linha temporal utilizada neste estudo. Por mais que a subcategoria “intersetorialidade” tenha sido o tema de maior destaque na pesquisa documental, não se pode deixar de citar que o período sem ações nesta temática que podem ter comprometido significativamente a criação de programas para esse público.

Couto e Delgado<sup>22</sup> apontam que, tendo em vista uma dívida histórica com a atenção à saúde mental infantojuvenil, no que tange as ações intersetoriais, sendo que essas são ponto de partida para a implantação da saúde mental para esse público.

Um dos “nós” da rede que demandam esse olhar intersetorial são os desafios no âmbito escolar, conforme elencado nas propostas e diretrizes para esse público. Taño e Matsukura<sup>23</sup> afirmam em seu estudo a necessidade de aprimoramento das relações com as escolas, uma vez que estas são as principais instâncias em que permanecem crianças e adolescentes e que pode possibilitar o acesso aos serviços de saúde mental.

Indaga-se sobre a necessidade de serviços específicos para crianças e adolescentes, uma vez que muito ainda se discute junto do atendimento de adultos. Este estudo identificou uma gama de diretrizes gerais, porém elas acabam por invisibilizar esse público, que necessita de um olhar diferenciado. Couto *et al.*<sup>24</sup> (p. 391) acrescentam ao debate, inferindo que o cuidado desse público não pode ser contemplado “pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil”.

Cabe destacar que nos últimos anos houve um período de retrocesso nas políticas de saúde mental do país. Acerca dos CAPS, Cruz *et al.*<sup>25</sup> apontam um declínio de implantação no país como um todo. Se, entre 2004 e 2015, eram incrementados cerca de 130 equipamentos no Brasil, nos anos de 2017 e 2018 houve uma estagnação, mais precisamente em 2018, com a implantação de apenas 30 serviços.

Acerca do intervalo de tempo para realização das Conferências Temáticas de Saúde Mental na linha temporal estudada foi possível identificar algumas causas que podem estar associadas à sua não realização, como a instabilidade política, corroborando para o que é colocado por Silva e Araújo<sup>26</sup>. Contudo, verifica-se que, atualmente, outras instâncias de controle social estavam ameaçadas ou até mesmo esvaziadas. Destaca-se

o caso da Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que, a partir de 2018, com o governo federal anterior, começou a vivenciar um processo de desmonte das instituições participativas, o que se deveu ao princípio que se apresentava no governo anterior, que tinha suas bases no autoritarismo, o que resultava em uma ameaça à democracia<sup>26</sup>.

Ainda que o Decreto nº 9.759/2019 não tenha impactado diretamente o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, uma vez que este é regido por uma lei, o cenário atual não é participativo, tendo em vista que o objetivo principal do documento era de fato enfraquecer a mobilização<sup>26</sup>. Isso implica retrocesso, negligência e exclusão, uma vez que se faz um cerceamento do direito à saúde<sup>27</sup>.

Mesmo diante de temas enfocando a democracia, a saúde mental da criança e do adolescente teve representatividade diminuída nas Conferências de Saúde. Tanto as conferências quanto os Conselhos de Saúde podem ser compreendidos como espaços públicos contínuos, em que se permite à sociedade civil e aos movimentos sociais influenciar a agenda pública para a inclusão de novos temas e demandas, como, por exemplo, para públicos específicos e vulneráveis<sup>28</sup>.

Diante do cenário apresentado, identifica-se a baixa representatividade e vocalização do tema da infância, o que pode ser analisado a partir da teoria do agir comunicativo de Habermas<sup>21</sup>. Segundo o autor, a comunicação é um processo fundamental para a construção de consensos e para a resolução de conflitos na esfera pública. Para que essa comunicação seja efetiva, é preciso que os atores envolvidos sejam capazes de interagir de forma a compartilharem um entendimento comum sobre os significados e as intenções das suas ações. No caso da infância, a baixa representatividade e vocalização do tema pode indicar que os atores envolvidos não estão conseguindo interagir de forma adequada e alcançar um consenso em relação aos direitos das crianças.

Isso pode acontecer porque os conselheiros são pressionados para a aprovação de prestações de contas pouco transparentes, chantageados de que serão responsabilizados acerca de prejuízos aos municípios com a não deliberação de algumas propostas. Os conselhos passam então a se constituir como mecanismos de legitimação do poder da classe dominante, passando de controlador para controlados<sup>29</sup>.

A diluição de comissões, como postulado por Vieira<sup>30</sup>, remonta ao conceito atribuído por Habermas de que consensos consistem em mecanis-

mos de coordenação social, vinculados às ideias de compreensão linguística, visando a acordos. Assim, a falta de espaços intersubjetivos de escuta democrática compromete o agir comunicativo.

Habermas<sup>14</sup> aponta que o consenso advindo de atos de entendimento são critérios que podem concluir se houve ou não sucesso no domínio de determinada situação. A falta de consenso, pela falta de espaços efetivamente participativos e deliberativos, prejudica as interações entre diferentes atores sociais, que ocorrem no “mundo da vida” e possuem como eixo as ações comunicativas realizadas pelas pessoas<sup>31</sup>. Justamente porque os sujeitos compartilham uma esfera comum da experiência do mundo vivido, a qual se constitui simbolicamente pela linguagem humana transformada em cultura, é que seria possível estabelecer consensos mínimos na busca da melhor política pública possível. O problema é que muitas vezes a dimensão do consenso que se estabelece nesses espaços de participação é apenas aparente, visto que não se oferece condições para um diálogo mais horizontal e democrático, daí porque a teoria do agir comunicativo de Habermas é considerada insuficiente para alguns dos seus interlocutores.

A partir do consenso que é atribuído por Habermas, Miguel<sup>32</sup>, ancorado na crítica levantada por Chantal Mouffe, considera-se que o consenso como sustentação a valores éticos e políticos é inconcebível, uma vez que para que isso ocorresse, teria que ser negligenciado os interesses dos envolvidos, o que acarretaria uma negação da política.

A busca pelo consenso muitas vezes se dá com a derrota de um dos lados, como forma de conciliar o embate. Grupos dominados, dentro dessa perspectiva, tomam incentivos para desafiar, uma vez que as manifestações da política antagonista, refletem as próprias relações de dominação<sup>32</sup>. Alguns conselheiros apontaram esse tipo de dificuldade com relação a levar adiante as discussões estabelecidas na esfera do controle social, visto que as observações e apontamentos, fruto do diálogo e da deliberação, não são capazes de impactar suficientemente na elaboração e implementação das políticas públicas. Isso pelo fato de não se garantir práticas democráticas nas demais esferas da gestão pública, que decorre das disputas no ambiente político em face das quais o agir comunicativo acaba realmente soando como algo ingênuo.

É possível considerar que o aparecimento esparsa da temática da infância e da adolescência nos espaços de controle social indica a negação

da alteridade da criança pelo adulto. Existe uma barreira de compreensão no que diz respeito à saúde mental infantojuvenil, visto que a alteridade da criança e do adolescente pode ser negada como resultado da ausência de uma perspectiva democrática e deliberativa na elaboração das políticas públicas e nas esferas de controle social<sup>33</sup>.

Paralelamente à questão da saúde mental, como abordado por Rizzini e Couto<sup>34</sup>, destaca-se a necessidade da participação de crianças e adolescentes na construção e elaboração de propostas que se referem ao seu atendimento. As autoras enfatizam a necessidade de criação de espaços para a participação e decisão, nos quais esses jovens possam expressar suas demandas, oportunizando o exercício da cidadania. Contudo, neste estudo, ainda se verificou, nas falas dos participantes (entrevistado 7), o descrédito da adolescência, como sujeitos não detentores de uma consciência que possam reivindicar seus direitos.

Sob a ótica do agir comunicativo, a participação social no contexto de formulação de políticas de saúde vai de encontro a autolimitação da influência dos atores da sociedade civil, para que esta não assuma funções de gestão, uma vez que perderia a capacidade de vocalização das demandas sociais<sup>28</sup>. Partindo da consideração de que movimentos que possibilitam esse olhar para a criança ou o adolescente não participam do debate, bem como da possibilidade negada de participação desse grupo, os espaços de controle social e de formulação das políticas não ocorrem a partir de um processo verdadeiramente democrático.

A política de saúde mental encontra-se em um momento desafiador, em que a efetivação de seus avanços, conforme demanda apontada da necessidade de ampliação de leitos em psiquiatria para crianças e adolescentes. A Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup> traz como premissa a redução gradativa dos leitos psiquiátricos, bem como instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa a propiciar que o atendimento seja realizado na comunidade, possibilitando a reinserção social e a diminuição dos internamentos.

Como proposta de reestruturação baseada na Reforma Psiquiátrica, nasceram os CAPS em suas mais diversas modalidades. São equipamentos que surgiram como resposta à segregação, tendo base territorial e seguindo a lógica da desinstitucionalização, devendo promover no território transformações no que diz respeito ao estigma e discriminação da loucura<sup>35</sup>. Contudo, frente a maiores desafios, faz-se inferência à “rede”, na

qual o atendimento da população infantojuvenil demanda a ampliação dos serviços e a articulação dos já existentes. Portanto, a concretização da RAPS, na operacionalização de seus serviços, revela contradições da política, que tem funcionado de forma mais instrumental e burocrática, o que, por sua vez, amplia e ao mesmo tempo nega direitos<sup>36</sup>.

Segundo pesquisa realizada por Silveira e Dias<sup>37</sup>, para que haja a atenção integral à saúde, são necessárias ações complementares, o que envolve a criação de espaços comunicativos colaborando com a redução de tratamentos impróprios.

Neste estudo, um dos entrevistados (entrevistado 1) relatou que, ainda na contemporaneidade, há falta de capacitação das equipes de base para o trabalho infantojuvenil. Moreira *et al.*<sup>38</sup> apresentaram resultados similares, percebendo que alguns profissionais não estavam preparados técnica e emocionalmente para a demanda do equipamento.

A viabilização de práticas do cuidado em liberdade requer a elaboração e execução de programas que permitam esse cuidado no território. Contudo, ainda se presencia um número reduzido de CAPSi dispostos para essa população<sup>4,39,40</sup>. Além disso, o atendimento de casos que não são perfil desse equipamento ainda é trazido pela literatura<sup>40,41</sup>, necessitando o debate por políticas de capacitação profissional, para o atendimento desse público.

A partir dos resultados apurados no estudo, a viabilidade de políticas específicas para o público infantojuvenil de saúde mental consiste num desafio contemporâneo. Desafio esse por vezes permeado pela falta de interesses daqueles que os representam, ou mesmo os invisibilizando, por meio de uma visão adultocêntrica, que acaba por silenciar seus interesses<sup>42</sup>.

## Considerações finais

A temática da saúde mental na infância e na adolescência dentro desses espaços se dá por meio de informes e de propostas que acabam não ganhando espaço, uma vez que não vão à votação. Se a participação de novos membros da sociedade civil ainda é ameaçada, bem como a participação dos próprios familiares e usuários, o processo deliberativo não ocorre em sua totalidade.

As diretrizes, em sua maioria, são constituídas dentro dos espaços da conferência, não se estabelecendo uma discussão anterior da temática nas reuniões dos Conselhos de Saúde. Mesmo

não sendo objeto deste trabalho, a repetição de diretrizes de uma conferência pode sinalizar um alerta: se de fato elas estão sendo incorporadas aos planos de saúde nas três esferas.

Nesse sentido, observa-se um esvaziamento dos espaços que poderiam tratar de forma adequada desse tema, o que indica a negação da alteridade da criança e do adolescente e a consequente dificuldade para o aprofundamento da perspectiva democrática e deliberativa na elaboração das políticas públicas. Esse esvaziamento dos espaços de discussão e deliberação, que deveriam englobar a participação efetiva de crianças e adolescentes, limita a construção de políticas públicas mais inclusivas e sensíveis às suas necessidades.

Ao negar a alteridade desses grupos, a sociedade corre o risco de perpetuar desigualdades estruturais e desconsiderar suas vozes, que são fundamentais para uma democracia deliberativa. Desse modo, é urgente promover espaços de escuta e diálogo, incentivando a protagonismo infantojuvenil, de modo a garantir que suas perspectivas e vivências sejam efetivamente acolhidas e consideradas no planejamento das ações governamentais e no desenvolvimento de uma sociedade mais justa e participativa. Somente por meio da efetivação dessas práticas é que será possível construir uma sociedade que respeite, proteja e promova os direitos da infância e da juventude.

## Colaboradores

JM Cubas, VG Bonamigo, R Alvarenga e DR Carvalho idealizaram o design do estudo, analisaram e interpretaram os dados, elaboraram e revisaram criticamente o artigo, bem como aprovaram a versão final a ser submetida. A coleta de dados foi realizada pelo primeiro autor, JM Cubas.

## Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Com o intuito de promover a Ciência Aberta de forma ética, tanto as bases de dados originais como as pré-processadas estão disponíveis num repositório virtual para consultas e outras análises. Essas bases de dados podem ser acessadas através do link: <https://github.com/joaocubas/Cubas.git>. Além dos bancos de dados, outros documentos, imagens e relatórios estão disponíveis.

## Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
2. Cavalcante C, Jorge MSB, Santos DCM. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis* 2012; 22(1):161-178.
3. Machado LA. Crianças e adolescentes: uma proposta. *Cad Bras Saude Ment* 2012; 4(10):214-216.
4. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin* 2015; 27(1):17-40.
5. Tomás J. A invisibilidade social, uma construção teórica. In: *Anais do Colóquio Internacional A Crise da(s) Socialização(ões)*. Minho; 2012. p. 102-112.
6. Taño BL, Matsukura TS. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad Bras Ter Ocup UFSCar* 2015; 23(2):439-447.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: MS; 2014.
8. Braga CP, D'Oliveira AFPL. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Cien Saude Colet* 2019; 24(2):401-410.
9. Tironi S. Criança, participação política e reconhecimento. *Rev Direito Prax* 2017; 8(3):2146-2172.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
11. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
12. Heimann L, Kayano J. Políticas públicas em saúde e participação popular. In: Albuquerque MC, organizador. *Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira*. São Paulo: Instituto Pólis; 2006. p. 85-96.
13. Curitiba. Conselho Municipal de Saúde. *Regimento interno das comissões temáticas. Aprovado na 7ª Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, realizada em 17 de fevereiro de 2017*. Curitiba: Conselho Municipal de Saúde; 2017.
14. Habermas J. *Teoria do agir comunicativo: sobre a crítica da razão funcionalista*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
15. Gomide Junior N. A participação social no Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP analisada a partir da teoria habermasiana. *Teoria Pesquisa* 2017; 26(2):121-148.
16. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
18. ATLAS.ti [software na Internet]. Disponível em: <https://atlasti.com/>.
19. Cubas JM, Vosgerau DS, Carvalho DR. Fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes. *Rev Bras Promoç Saude* 2018; 31(Supl.):1-12.
20. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage; 2013.
21. Habermas J. *Agir comunicativo e razão descentralizada*. São Paulo: Tempo Brasileiro; 2002.
22. Couto MCV, Delgado PGG. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial – considerações preliminares. In: Ribeiro EL, Tanaka O, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 271-279.
23. Taño BL, Matsukura TS. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da região Sudeste do Brasil. *Physis* 2019; 29(1):e290108.
24. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(4):384-389.
25. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saude* 2020; 18(3):e00285117.
26. Silva BE, Araújo RPA. A importância da (re)existência de espaços participativos: um estudo sobre a trajetória das Conferências Nacionais dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Ponto-e-Virgula* 2020; 28:111-122.
27. Milani ML, Bazzanella SL. Controle social e a democracia: a saúde e o SUS brasileiro. *Profanações* 2019; 6(n. esp.):227-252.
28. Müller Neto JS, Artmann E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3407-3416.
29. Bravo MIS, Correia MVC. Desafios do controle social na atualidade. *Serv Soc Soc* 2012; 109:126-150.
30. Vieira PA. Intersubjetividade: um olhar sobre a comunidade de investigação filosófica. *Child Philo* 2019; 15:e42218.
31. Palermo LC. A importância da teoria do agir comunicativo na atualidade: racionalidade, mundo da vida e democracia deliberativa. *PRACS* 2013; 6:1-17.
32. Miguel LF. Consenso e conflito na teoria democrática: para além do "agonismo". *Lua Nova* 2014; 92:13-43.
33. Juruena CG, Friedrich DB. A gestão democrática local: desafios e perspectivas dos instrumentos deliberativos no Brasil. *Rev Dir Cid* 2019; 11(1):117-138.
34. Rizzini I, Couto RMB. População infantil e adolescente nas ruas: principais temas de pesquisa no Brasil. *Civitas* 2019; 19:105-122.
35. Barbosa EC, Oliveira FM. Inovação tecnológica em saúde: o centro de atenção psicossocial como transformação do modelo assistencial. *Argumentum* 2018; 10(1):180-197.
36. Costa TCR. *A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo* [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.

37. Silveira CW, Dias MG. As competências do serviço social no apoio matricial em saúde mental. *Argumentum* 2018; 10(3):137-149.
38. Moreira CP, Torrenté MON, Jucá VJS. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(67):1123-1134.
39. Mazarino M. *Reflexões sobre as possibilidades e desafios de uma clínica ampliada e compartilhada para o cuidado em saúde mental na infância e adolescência na atenção básica* [monografia]. Porto Alegre: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul; 2013.
40. Sinibaldi B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. *Rev Psicol UNESP* 2013; 12(2):61-73.
41. Muylaert CJ, Rolim Neto ML, Zioni F, Reis AOA. Vivências de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: organização social de saúde e prefeitura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3467-3476.
42. Lopez SB, Moreira MCN. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens-PNAISAJ. *Cien Saude Colet* 2013; 18(4):1179-1186.

---

Artigo apresentado em 13/02/2023

Aprovado em 21/09/2023

Versão final apresentada em 23/09/2023

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva