



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA 8ª + 8  
CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

**ITAMAR DE ALMEIDA CARNEIRO**

FEIRA DE SANTANA-BA  
2020

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

**Participação Social em Saúde Mental na 8ª + 8 Conferência  
Nacional de Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em de Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) para a obtenção do grau de Mestre no âmbito do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora. Profª. Drª Silvone Santa Barbara da Silva

Co-orientadora. Profª. Drª Tatiane de Oliveira Silva Alencar

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

C288

Carneiro, Itamar de Almeida.

Participação social em saúde mental na 8ª + 8 Conferência Nacional de Saúde / Itamar de Almeida Carneiro. – 2020.

100 f.

Orientadora: Silvone Santa Barbara da Silva.

Coorientadora: Tatiane de Oliveira Silva Alencar.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2020.

1. Participação social. 2. Saúde mental. 3. Produção científica – Brasil. 4. Conferência Nacional de Saúde – Brasil. 5. Saúde pública. I. Título. II. Silva, Silvone Santa Barbara da, orient. III. Alencar, Tatiane de Oliveira Silva, coorient. IV. Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU: 613.86:001.891(81)

Luis Ricardo Andrade da Silva - Bibliotecário - CRB-5/1790

ITAMAR DE ALMEIDA CARNEIRO

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA 8ª + 8 CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 30 de Setembro de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dr<sup>a</sup>. Silvone Santa Barbara da Silva** – Orientadora  
Doutora em Enfermagem  
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

---

**Dr<sup>a</sup>. Tatiane de Oliveira Silva Alencar** Co– Orientadora  
Doutora em Saúde Pública  
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

---

**Dr<sup>a</sup>. Clara Aleida Prada Sanabria**  
Doutora em Saúde Pública  
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
(EXAMINADORA 01)

---

**Dr<sup>a</sup>. Helena Moraes Cortes**

Doutora em Ciências

Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)  
(EXAMINADORA 02)

---

**Dr<sup>a</sup>. Evanilda Souza de Santana Carvalho**

Doutora em Enfermagem

Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana  
(EXAMINADORA 03)

---

**Dr. Moacir Lira de Oliveira**

Doutor em Família na Sociedade Contemporânea

Professor da Faculdade Santíssimo Sacramento (FSSSA)  
(EXAMINADOR 04)

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os conselheiros e conselheiras dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde que realizam a dura tarefa de fazer o controle social no Brasil frente aos diversos desafios do gerenciamento da saúde pública para garantir a saúde como um direito de todos e todas e dever do estado, especialmente aqueles e aquelas que construíram a aguerrida 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

*A Melinda, por inaugurar novos tempos de afetos em minha vida!*

## **AGRADECIMENTOS**

Inicio meus agradecimentos não apenas como um ato formal para preencher essa página, mas faço dessa pequena oportunidade um lugar de afeto e de verdadeira gratidão ao sagrado que apoiou as minhas mãos, mesmo sem que eu pudesse ver.

Agradeço à minha família de gente aguerrida que mesmo sem entender profundamente a importância desse trabalho, compreendeu as minhas ausências, distâncias, idas e vindas até a universidade.

Aos Professores Dr. Euclimar Xavier de Menezes e Dr. Moacir Lira Oliveira por acreditar em meu potencial e por investir energias de incentivo em toda a minha trajetória até chegar aqui.

À minha orientadora Professora Dr.<sup>a</sup> Silvone Santa Bárbara por me orientar cuidadosamente e me conduzir com sabedoria e paciência me tornando ainda mais um sujeito político e comprometido com as transformações da realidade social, obrigado pela maestria na condução dessa pesquisa desde o início quando me desafiou a pensar sobre o mundo que não cabia em um projeto.

À minha co-orientadora Professora Dr.<sup>a</sup> Tatiane Silva Alencar por me acolher e fazer uma caminhada leve ao meu lado, por tantos ensinamentos, pelas nossas discussões profícuas e pela sua dedicação cuidadosa a minha escrita.

Ao Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde (GESTIO) pelo carinho e compartilhamento em cada encontro e pelas contribuições ao meu projeto.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) pelo ensino público de qualidade onde estou concretizando um grande sonho, lugar de encontros, desencontros e rupturas pessoais e profissionais.

Aos professores, tutores e discentes do curso de medicina da UEFS na disciplina de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), onde

eu tive um imenso prazer em realizar o Tirocínio Docente e trocar conhecimentos numa perspectiva de educação interprofissional em saúde.

Aos discentes da Liga Acadêmica de Saúde Mental, Álcool e Drogas (LASMAD) por acreditar em meu projeto e por dedicar tempo e afeto às nossas calorosas discussões científicas e cotidianas.

Aos colegas da minha turma de mestrado, tão plural, humana e cheia de sensibilidade, em especial aos meus companheiros de jornada Madlene, Larissa e Rafanielly, Arturo, Bruno e Waldson por compartilhar afagos, alegrias, tristezas e angústias nos momentos mais difíceis.

À Banca de Qualificação tão especial, formada pelo Prof. Dr. Moacir Lira, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Helena Cortez, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Evanilda Carvalho e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Clara Aleida pelas valiosas e profícuas contribuições no Exame de Qualificação desta Dissertação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da Bolsa de Estudos tornando possível esse mestrado.

Os últimos agradecimentos e não menos importantes, vão para a minha mãe Terezinha, mulher de fibra do território do sisal que mesmo sem compreender a relevância científica desse trabalho, sempre acreditou que a educação é uma arma poderosa para superação das desigualdades sociais.

À todos vocês, o meu afeto genuíno!



"Vem por aqui" — dizem-me alguns com os olhos doces  
Estendendo-me os braços, e seguros  
De que seria bom que eu os ouvisse  
Quando me dizem: "vem por aqui!"  
Eu olho-os com olhos lassos,  
(Há, nos olhos meus, ironias e cansaços)  
E cruzo os braços,  
E nunca vou por ali...  
A minha glória é esta:  
Criar desumanidades!  
Não acompanhar ninguém.  
— Que eu vivo com o mesmo sem-vontade  
Com que rasguei o ventre à minha mãe  
Não, não vou por aí! Só vou por onde  
Me levam meus próprios passos...  
Se ao que busco saber nenhum de vós responde  
Por que me repetis: "vem por aqui!"?  
Prefiro escorregar nos becos lamacentos,  
Redemoinhar aos ventos,  
Como farrapos, arrastar os pés sangrentos,  
A ir por aí...  
Se vim ao mundo, foi  
Só para desflorar florestas virgens,  
E desenhar meus próprios pés na areia inexplorada!  
O mais que faço não vale nada.  
Como, pois, sereis vós  
Que me dareis impulsos, ferramentas e coragem  
Para eu derrubar os meus obstáculos?...  
Corre, nas vossas veias, sangue velho dos avós,  
E vós amais o que é fácil!  
Eu amo o Longe e a Miragem,  
Amo os abismos, as torrentes, os desertos...  
Ide! Tendes estradas,  
Tendes jardins, tendes canteiros,  
Tendes pátria, tendes tetos,  
E tendes regras, e tratados, e filósofos, e sábios...  
Eu tenho a minha Loucura!  
Levanto-a, como um facho, a arder na noite escura,  
E sinto espuma, e sangue, e cânticos nos lábios...  
Deus e o Diabo é que guiam, mais ninguém!  
Todos tiveram pai, todos tiveram mãe;  
Mas eu, que nunca principio nem acabo,  
Nasci do amor que há entre Deus e o Diabo.  
Ah, que ninguém me dê piedosas intenções,  
Ninguém me peça definições!  
Ninguém me diga: "vem por aqui!"  
A minha vida é um vendaval que se soltou,  
É uma onda que se alevantou,  
É um átomo a mais que se animou...  
Não sei por onde vou,  
Não sei para onde vou  
Sei que não vou por aí!

**José Régio**

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral analisar a participação social em saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019) e como objetivos secundários: Identificar e mapear a produção científica sobre a participação social em saúde mental no Brasil pós Reforma Psiquiátrica; Discutir propostas e recomendações elaboradas na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019, a partir das vozes da participação social em saúde mental. Para responder aos objetivos foram produzidos dois manuscritos, sendo o primeiro intitulado: **Revisão de literatura sobre a participação social e saúde mental pós Reforma Psiquiátrica no Brasil**, trata-se de uma pesquisa bibliográfica que adota uma abordagem qualitativa de natureza descritiva e método de revisão integrativa de literatura de 2001-2020, utilizando os seguintes descritores: conferência de saúde; saúde mental; participação social. Os resultados representam uma carência de estudos científicos no cenário nacional, no entanto, entendo que a produção nacional dessa temática é imprescindível para nortear ações da política brasileira de saúde mental. O segundo artigo intitulado: **Vozes da participação social em Saúde Mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde** discute propostas e recomendações elaboradas na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019, a partir das vozes da participação social em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa documental com base nas propostas aprovadas e contidas no Relatório final da 16ª Conferência, tomando como referência a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Álcool e Outras Drogas. Ao final, constatou-se que entre as principais propostas aprovadas estão: a revogação de Nota Técnica (11/2019) que muda a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, com destaques para a não participação da sociedade na construção das mudanças; o retorno da lógica manicomial; o financiamento de comunidades terapêuticas; o financiamento da eletroconvulsoterapia e as internações de crianças e adolescentes além da revogação da Emenda Constitucional 95, o fortalecimento da Lei 10.216 e a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

**Palavras-chave:** Conferência de Saúde; Saúde Mental; Participação Social.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze social participation in mental health at the 16th National Health Conference (2019) and as secondary objectives: Identify and map the scientific production on social participation in mental health in Brazil after Psychiatric Reform; Discuss proposals and recommendations prepared at the 16th National Health Conference of 2019, based on the voices of social participation in mental health. To respond to the objectives, two manuscripts were produced, the first one being: Literature review on social participation and mental health after Psychiatric Reform in Brazil, this is a bibliographic research that adopts a qualitative approach of a descriptive nature and an integrative review method 2001-2020 literature, using the following descriptors: health conference; mental health; social participation. The results represent a lack of scientific studies in the national scenario, however, I understand that the national production of this theme is essential to guide actions of the Brazilian mental health policy. The second article entitled: Voices of social participation in Mental Health at the 16th National Health Conference discusses proposals and recommendations elaborated at the 16th National Health Conference of 2019, based on the voices of social participation in mental health. It is a documentary research based on the proposals approved and contained in the final Report of the 16th Conference, taking as reference the National Policy on Mental Health and the National Policy on Alcohol and Other Drugs. At the end, it was found that among the main proposals approved are: the revocation of Technical Note (11/2019) that changes the National Mental Health Policy and the National Policy Guidelines on Alcohol and other Drugs, with highlights for the non-participation society in the construction of changes; the return of asylum logic; the financing of therapeutic communities; the financing of electroconvulsive therapy and the hospitalization of children and adolescents in addition to the repeal of Constitutional Amendment 95, the strengthening of Law 10.216 and the expansion of the Psychosocial Care Network (RAPS).

**KEYWORDS** Health Policy; *Social Participation*; *Health Conference*; *Mental health*

## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS E LEGISLAÇÕES E OUTRAS TERMINOLOGIAS**

### **SIGLAS:**

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas  
CF – Constituição Federal  
CEP- Comitês de Ética em Pesquisa  
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
DECS - Descritores em Ciências da Saúde  
EVSUS - Estágio de Vivências no SUS Bahia  
PTM - Portador de Transtorno Mental  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RSB- Reforma Sanitária Brasileira (RSB)  
SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho  
SUS - Sistema Único de Saúde  
IVCNSM-I Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial  
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ISC/UFBA - Instituto de Saúde Coletiva  
OAPS - Observatório de Análise Política em Saúde  
ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CNDH- Conselho Nacional dos Direitos Humanos  
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
PFDC/MPF - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal  
RENILA - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial  
MS - Ministério da Saúde  
CFP - Conselho Federal de Psicologia  
CNS - Conselho Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| IMPLICAÇÕES DO SUJEITO SOCIAL COM O OBJETO DE ESTUDO ...                                                        | 14 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO .....                                                                             | 20 |
| 2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO- METODOLÓGICAS.....                                                                    | 40 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E<br>SAÚDE MENTAL PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL ..... | 43 |
| 3.1 INTRODUÇÃO .....                                                                                            | 44 |
| 3.2 MÉTODO.....                                                                                                 | 47 |
| 3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....                                                                                 | 49 |
| 3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                                  | 55 |
| 3.5 REFERÊNCIAS .....                                                                                           | 57 |
| 4. VOZES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA 16ª<br>CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....                   | 60 |
| 4.1 INTRODUÇÃO .....                                                                                            | 61 |
| 4.2 MÉTODO .....                                                                                                | 64 |
| 4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....                                                                                 | 65 |
| 4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                                  | 74 |
| 4.5 REFERÊNCIAS .....                                                                                           | 75 |
| 5. CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                                                                                   | 77 |
| 6. REFERÊNCIAS .....                                                                                            | 81 |
| 7. APÊNCIDES.....                                                                                               | 84 |
| 8. ANEXOS .....                                                                                                 | 99 |

## IMPLICAÇÃO DO SUJEITO SOCIAL COM O OBJETO DE ESTUDO

Uma história pode ser contada a partir de várias lentes e uma dissertação pode ter o seu objeto justificado de diversas formas. Refazendo o meu percurso desde que assumi o desafio ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPG-SC/UEFS), coloco-me no lugar de sujeito social, aquele que supõe a superação da sua condição de indivíduo, quando incorpora uma ideologia, e a possibilidade de se tornar um ator social na medida em que seja capaz de incluir temas na agenda do Estado (TESTA, 1992).

Nordestino, Baiano e Goiabereense, das terras do Sertão cantado por Dominginhos e Gilberto Gil em *Lamento Sertanejo*, apresentada por Euclides da Cunha em *Os Sertões* e narrado por Graciliano Ramos em *Vidas Secas* de um sertão com solos pobre em nutrientes, mas de gente aguerrida que não perde a fé.

O lugar de fala pressupõe a escolha deste Programa de Pós-Graduação nesta universidade, centro acadêmico de excelência, geograficamente situada no Sertão da Bahia, território do semi-árido, socioreferenciada e assume um papel fundamental na transformação da realidade social. A pesquisa só faz sentido se ela incide sob o mundo com potencial de transformação, contudo, para isso, exige do pesquisador uma aproximação com o tema, a compreensão do fenômeno a ser estudado e por fim, a sua capacidade de interpretar os dados por meio de um método cientificamente comprovado.

O meu primeiro contato com o universo acadêmico iniciou em 2009 quando ingressei no Bacharelado em Psicologia da Faculdade Santíssimo Sacramento (FSSS) e senti falta do objeto da Psicologia que alinhasse a minha formação para a atuação no campo da saúde. Dessa forma, ao despertar para o interesse em estudar a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012, resolvi então me submeter à seleção para imersão no programa Estágio de Vivências no SUS Bahia (EVSUS).

O EVSUS é uma estratégia importante para a reorientação da formação no campo da saúde através da imersão do estudante de graduação no cotidiano

do trabalho da gestão e dos serviços de saúde. Além disso, oportuniza o diálogo com os usuários do SUS, os Movimentos Sociais e as instituições formadoras de recursos humanos, as universidades.

O internato de vivências no SUS me impulsionou a refletir sobre a importância da formação crítica de trabalhadores do SUS e possibilitou uma aproximação dos princípios conceituais e metodológicos do campo de saberes e práticas da saúde coletiva.

Assim, a proposta da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH) e da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP) me apresentou o SUS como um lugar de atuação não apenas como futuro profissional, mas como agente transformador e produtor de conhecimento voltado para a compreensão da saúde e seus determinantes sociais e, sobretudo, como militante em defesa da Reforma Sanitária, comprometido ético e politicamente com as necessidades de saúde da população.

A minha imersão aconteceu no Subúrbio Ferroviário da capital baiana (Salvador), vivenciando o cotidiano dos serviços de saúde no SUS em todo o território. O EVSUS-BA foi o grande divisor de águas em minha formação profissional, pois neste momento eu aprendi que ser psicólogo vai muito além do atendimento individualizado em *setting* terapêutico. No entanto, cabe uma análise mais profunda do funcionamento da sociedade, dos determinantes sociais em saúde e coletividades, além disso, me ensinou que o saber acadêmico não pode suplantar o saber popular e tradicional.

Essa experiência me inquietou e fez nascer interesse afetivo pelo debate no campo da saúde coletiva e participação social e assim passei a frequentar as reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Alagoinhas, tendo participado de várias etapas de Conferências Municipais, Estadual e mais tarde Conferência Nacional de Saúde. A partir da minha inserção nos espaços de participação social, me tornei um sujeito social, capaz de lutar por transformações nas políticas em nível local, regional, estadual e nacional.

Em 2013, comecei uma aproximação com a pesquisa realizando um estudo sobre a atuação dos profissionais de Psicologia nas políticas públicas de saúde através do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) do Conselho Regional de Psicologia (CRP-03). O CREPOP se configura como um Centro de Pesquisas, formado em rede, com objetivo de consolidar a produção de referências técnicas para atuação dos Psicólogos em Políticas Públicas, por meio de pesquisas multicêntricas coordenadas nacionalmente.

Em Maio de 2013, participei do 53º Congresso da União Nacional dos Estudantes na cidade de Goiânia-GO, que foi um marco na história do movimento estudantil e significou a abertura de um ciclo pessoal, o fechamento de um ciclo político do movimento estudantil, bem como a renovação de outro em defesa da nova cultura política, do fortalecimento da educação pública de qualidade, da saúde, do internacionalismo, do fim do machismo, do racismo e qualquer forma de discriminação.

Minha participação neste espaço me colocou o desafio de mobilizar uma das jornadas de uma série de movimentos espalhados por todo o país que inicialmente surgiram para contestar os aumentos nas tarifas de transporte público. Na Bahia, eu pude liderar uma das Jornadas de Junho mais importantes do estado com a juventude de Alagoinhas e apesar dessa experiência ter sido bastante ambígua colocando campos conservadores e progressistas não se pode negar a importância para o conjunto da sociedade que despertou para a consciência de que a mobilização pode transformar a partir da pluralidade das forças sociais.

Toda essa narrativa constitui importante formação política e social e corrobora para o protagonismo dos sujeitos sociais comprometidos com as transformações, sobretudo no que tange a formação em saúde coletiva. Esse itinerário também me aproximou da luta em defesa da Reforma Psiquiátrica, surgindo o interesse pelo campo da saúde mental em 2010, no primeiro ano do curso de Psicologia da Faculdade Santíssimo Sacramento (FSSS), quando eu fui realizar o Estágio Básico de Observação II no Centro de Atenção Psicossocial III



(CAPES III), e emblematicamente o Dia da Luta Antimanicomial, onde trabalhadores, usuários, familiares e acadêmicos saíram às ruas reafirmando o direito do cuidado em liberdade.

Em 2015, logo que concluí o bacharelado em Psicologia, fui convidado para atuar na coleta de dados da pesquisa que gerou a Tese de Doutorado no Programa de Pós Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador (UCSal), com o tema: *Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas/Bahia: um estudo das representações sociais de familiares*. Este estudo tinha como objetivo compreender as representações sociais dos familiares de pacientes egressos de internações psiquiátricas, que frequentavam o CAPS, sobre o processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental no município de Alagoinhas-Bahia.

Essa experiência foi crucial para o meu posicionamento em defesa da consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e em 2017, exatamente no dia do resultado final da seleção para ingressar neste Programa de Pós-Graduação, eu estava participando do “Encontro de Bauru, 30 anos de Luta Antimanicomial” na Universidade Sagrado Coração (USC), representando o Conselho Regional de Psicologia da Bahia (CRP-03) juntamente com pesquisadoras/es, estudantes e trabalhadoras/es da saúde.

O Encontro de Bauru é um marco histórico para a Luta Antimanicomial no Brasil que aconteceu primeiramente em dezembro de 1987 com os trabalhadores da saúde mental reunidos em Bauru-SP. Esse encontro permitiu a redação de um manifesto que marcou o início da Luta Antimanicomial no Brasil e hoje representa o combate ao estigma e à exclusão de pessoas com transtornos mentais, defendendo uma sociedade livre de manicômios e novas formas de cuidado dispensadas as pessoas que apresentam sofrimento mental.

Ainda em 2017, integrei um Grupo de Trabalho do Conselho Federal de Psicologia (CFP) de Políticas sobre Álcool e outras Drogas, contribuindo para a construção de uma minuta de resolução sobre as Comunidades Terapêuticas e outros dispositivos de cuidado em saúde mental que caminhava na contra-mão da

reforma psiquiátrica através do PL 7663 que pretendeu promover reformulação na política sobre drogas.

Como já foi dito, este estudo engloba uma série de interesses sociais, acadêmicos e pessoais, na tentativa de ampliar a compreensão sobre a participação social na planificação e ações de saúde, especialmente no que se refere às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), mesmo após rejeição de entidades e pesquisadores que atuam no movimento antimanicomial.

As mudanças ocorridas no âmbito da (PNSM) desde dezembro de 2017 acenam para o retorno do mercado da loucura e da indústria psiquiátrica farmacêutica, mesmo não sendo validada pelos movimentos sociais e da reforma sanitária e psiquiátrica. Contudo, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) entendeu a proposta como aética, ilegal e inconstitucional, confrontando a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001.

Para evitar a reformulação na PNSM, diversos órgãos, como universidades, entidades de classe e movimentos sociais manifestaram-se repudiando as mudanças, bem como foram feitas manifestações pela Defensoria Pública da União (DPU) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), demonstrando que as mudanças se constituem como graves ameaças aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Todo esse cenário de mudanças em vista às manifestações contrárias, não evitaram a aprovação das alterações na política de saúde mental marcada pela ausência de participação e mobilização social. Essa conjuntura demonstrou o *modus operandi* do grupo que naquele momento ocupava o Ministério da Saúde que realizou as votações em véspera de feriados e em turnos onde não havia possibilidade de participação social.

Além disso, o órgão deliberativo que atua na formulação de estratégias e do controle da execução das políticas no país, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi silenciado pelo Ministro da Saúde naquela ocasião, bem como o representante docente e pesquisador da fundação Oswaldo Cruz, Paulo Amarante. Na ocasião, eu representava o Conselho Regional de Psicologia da

Bahia na homenagem aos 30 anos da Luta Antimanicomial na Câmara dos Deputados em Brasília- Distrito Federal.

Como se pode acompanhar, a minha trajetória profissional, enquanto sujeito social desta dissertação acumula um debate em torno da participação social em saúde mental e traça uma aproximação com pressupostos da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira, de modo que justifica o interesse em tecer reflexões sobre a consolidação do modelo de atenção à saúde mental de base comunitária com participação social e rompimento com a violação de direitos humanos.

Esta dissertação recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Programa de Demanda Social sob o número de processo 88882.460404/2019-01 e a pesquisa de abordagem qualitativa visa analisar a participação social em saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde.

O estudo concentrou-se na área de Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde com o intuito de fortalecer o programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UEFS e consolidar um corpo de conhecimentos construído na relação teoria-prática tentando compreender a natureza do Estado em suas dimensões macro e micro e apontando possibilidades e desafios no campo da saúde no cenário local, regional e nacional.

Penso que uma das principais vantagens em cursar o mestrado, culminando com a elaboração desta dissertação foi a experiência do tirocínio docente na disciplina de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), um componente fundamental do currículo do curso de Medicina na UEFS com fulcro na concepção da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL). Esta atividade possibilitou uma rica experiência, pois reuniu conhecimentos de estudantes, professores, profissionais de saúde e membros da comunidade local em torno do propósito de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, do funcionamento dos serviços de saúde e para o processo ensino-aprendizagem de alunos e professores.

Outra vantagem, sem dúvidas, foi contribuir para inclusão de temas na agenda do Estado e ratificar a fala de Sérgio Arouca<sup>1</sup> na VIII Conferência Nacional de Saúde quando sabiamente afirmou que embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa (SÉRGIO AROUCA, 1986).

Esta dissertação também representa um posicionamento político-acadêmico no que concerne ao posicionamento da universidade na transformação da realidade social, pensando os problemas e necessidades de saúde e quais as respostas para a população através do desenvolvimento teórico e metodológico no campo da saúde mental e coletiva. Demarca também um posicionamento ideológico norteador da minha prática profissional e das escolhas dos referenciais teóricos na condição de Psicólogo demasiadamente humano.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO**

A presente dissertação aborda a temática da participação social em saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019, também denominada 8ª + 8 e analisa as propostas e recomendações elaboradas a partir da participação da sociedade na conferência, tendo como ponto de partida, os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da Reforma Psiquiátrica.

A reflexão sobre a participação social na agenda do Estado foi o primeiro passo para o desenho do presente estudo. Aliado a essa reflexão, a aproximação e interesse por este objeto vem se desenvolvendo desde a graduação em Psicologia (2009), bem como a trajetória profissional e pessoal em espaços de participação e controle social.

A participação social é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurada através dos conselhos e das conferências prevista na Lei Orgânica da

---

<sup>1</sup> Sérgio Arouca foi presidente da Fundação Oswaldo Cruz entre 1985 e 1988 e indicado pela Plenária de Saúde formada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde para defender, na

Saúde 8142/90. Estudar como acontece essa participação na implementação de políticas e sistema de saúde no Brasil é imprescindível (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

O interesse em participar socialmente tem crescido muito no Brasil nos últimos anos e de diferentes formas: associações de bairros, comunidades eclesiais de base, movimentos ambientais, amigos do bairro e outros. Esse crescimento parece apontar para uma crise do individualismo massificador e automatizador da civilização moderna e seus complexos industriais e empresariais reagindo de forma defensiva aos processos de alienação, o que leva a necessidade de organização coletiva (BORDENAVE, 2014).

Participar socialmente é uma condição inerente à natureza social do homem, seja na família, na comunidade, no trabalho ou na luta política. A ‘participação’, ‘ato ou efeito de participar’ tem significado de ter um ponto em comum, ser parte ou tomar parte, como consta nos dicionários da língua portuguesa. Esses múltiplos significados fazem com que essa categoria analítica seja ampla, sendo necessária uma análise a partir de diferentes nuances, buscando abranger o maior número de aspectos possíveis da realidade a serem compreendidas e explicadas (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Para este estudo, tomo como ponto de partida a participação do indivíduo intervindo de forma concreta na agenda do Estado como um sujeito social, interferindo e influenciando para modificar e atender aos interesses de um coletivo marcado por um determinado momento histórico e conjuntura política.

O estudo da participação social se constitui como um objeto importante para a investigação no campo da Saúde Coletiva, sobretudo no que se refere à análise de política, planejamento e gestão em saúde. Desse modo, a participação social incide diretamente nos processos democráticos de funcionamento de um país.

No olhar de Esperidião (2008), os estudos da participação social e dos movimentos sociais em saúde devem promover uma análise crítica da formação de processos na configuração da democracia brasileira. Entretanto, é importante

destacar dissimilaridades entre Movimento Social e Participação Social. O primeiro, apontado por Gohn (2004), representa organizações sociais que expressam uma demanda da sociedade, podendo ser de caráter progressista que busca a transformação e a luta pela inclusão social e conservadoras, quando lutam por posicionamentos sectários, sendo fundamentadas em xenofobia, por exemplo.

O termo movimentos sociais é polissêmico e pode ser entendido como ações sociais coletivas de caráter sociopolítico que visa diferentes formas de a população expressar as suas demandas (GOHN, 2014). Os movimentos sociais se apresentam como um agrupamento de emancipação do sujeito e que desejam a transformação social (ESPERIDIÃO, 2014).

Já a participação social, ancorada nas ciências sociais, pode ser definida como a capacidade que os indivíduos têm de intervir em uma tomada de decisões nos aspectos que envolvem e afetam o seu cotidiano, um processo de aquisição do poder que pode intervir nas tomadas de decisões (CORTES, 1998; WERNECK VIANNA, 2009; MENÉNDEZ, 2008).

A análise dos Movimentos Sociais ocupa um lugar central na teoria e na reflexão sociológica. Contudo, não há uma abordagem inteiramente satisfatória, desse modo, podem-se apontar duas correntes clássicas: Le Bon, Tarde e Ortega y Gasset apontam a irrupção das massas como um ponto preocupante, pois observam um rompimento perigoso da ordem existente. No outro pólo estão Marx, Durkheim e Weber que analisam os movimentos coletivos como um modo de ação social capaz de se inserir na estrutura global buscando uma explosão revolucionária (BOBBIO, 2016).

Essas duas correntes de reflexão clássica convergem sobre a existência de tensões na sociedade numa tentativa de modificar a dinâmica social. Nesse sentido, a análise dos Movimentos Sociais deverá situar-se dentro de uma perspectiva teórica e histórica de distintos referenciais.

Os movimentos sociais no campo da saúde configuram-se como uma força política capaz de transformar o sistema de saúde e modificar as experiências das pessoas, bem como mobilizar para o avanço das pesquisas no campo da saúde (BROWN, ZAVESTOSKI, 2004).

No campo da saúde, os movimentos sociais representam uma conquista histórica na busca pelo acesso e a transformação social. No Brasil, o ano de 1970 marcou o desenvolvimento dos movimentos sociais com 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, 2011).

Um dos principais atores da Reforma Sanitária foi o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) que protagonizou uma importante participação no texto embrionário do capítulo da Constituição Federal de 1988. Denominado “*A Questão Democrática na Área da Saúde*” (1980), o documento da CEBES defendeu a ideia da Reforma Sanitária afirmando a saúde como um direito de todos os brasileiros, como apontado do editorial *Revista Saúde em Debate* de 1977, o seu papel era:

preconizar a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos s de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade.(Cebes, 1977, p. 3-4).

Foi nesse contexto que os movimentos sociais surgiram na cena política apresentando um documento no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal – Outubro 1979. O documento versava sobre uma saúde democrática e apontava:

1. O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde; 2. O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; 3. O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém, intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; 4. O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à

coletividade e ao estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas; (Cebes, 2015).

O caráter social do direito a saúde de forma democrática defendido pela CEBES pressupunha a ampliação e a participação popular em todos os níveis e etapas na política de Saúde, assegurando participação comunitária e controle social previsto no arcabouço constitucional. Contudo, esses instrumentos não são garantias do exercício pleno do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo necessário o fortalecimento constante da participação social.

Os movimentos sociais no campo da saúde reagiram ao momento histórico da ditadura civil militar e protagonizaram as lutas pela redemocratização do país. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, a reforma sanitária deu identidade aos movimentos sociais pela democratização da saúde no Brasil (PAIM; ALMEIDA-FILHO 2014).

A Reforma Sanitária abriu o campo de debate e propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como principal espaço democrático e deliberativo que culminou na elaboração do capítulo 'Saúde' da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88)<sup>2</sup>, que ficou conhecida como Constituição Cidadã.

A 8ª CNS foi um marco histórico, pois a partir desse espaço consagrou a saúde como um direito de todos e dever do Estado e incorporou o delineamento de um sistema de saúde público, universal, igualitário e equitativo. Realizada em 1986, a primeira conferência aberta à sociedade brasileira, apresentou relatório que serviu de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ESPERIDÃO, 2014).

Nesse sentido, o direito à saúde se tornou fundante da CF/88 e condição do exercício pleno da democracia garantido através do Movimento da Reforma

---

<sup>2</sup> A saúde como capítulo na CF/88 foi resultado de uma ampla mobilização de setores da sociedade civil. O SUS estabeleceu novas diretrizes para o campo da saúde reordenou os serviços de assistência médica e sanitária, com vistas à descentralização e à municipalização das ações. Suas bases legais forma um tripé de base legal, formada pela Constituição de 1988, a Lei 8.142/90



Sanitária Brasileira (RSB) e da Lei Orgânica da Saúde (8080/90) que ratificou também a necessidade de instituição de políticas de saúde voltadas para população em sofrimento psíquico, tendo em vista às iniquidades no Brasil e dessa forma, deve atender aos princípios de universalização do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, somente após 11 anos da publicação da Lei Orgânica de Saúde foi editada uma lei que dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas em sofrimento psíquico.

Em 1970, um cenário de denúncias sobre maus tratos e violação de direitos humanos em instituições psiquiátricas mobilizaram as primeiras inquietações acerca dos serviços em saúde mental no Brasil. Essa mobilização, realizada por trabalhadores, familiares e imprensa, constatou a ausência de dignidade humana nas instituições que deveriam ofertar um cuidado em saúde e estavam marcadas pelo regime de isolamento e maltrato (AMARANTE, 2007).

Em 1978, com as denúncias sobre as políticas de saúde mental e a assistência psiquiátrica, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental suscitou mobilizações sociais em direção ao Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em busca de uma nova maneira de cuidar da pessoa com sofrimento mental, baseada na desinstitucionalização da loucura e sob o paradigma da atenção psicossocial (SILVEIRA, BRANTE; STRALEN, 2014).

A primeira associação de familiares de pessoas com sofrimento mental registrada no Brasil foi a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (Sosintra). Posteriormente, entre os anos 80 e 90 ocorreu uma multiplicação de organizações e associações formadas por usuários, familiares e profissionais dos recém-inaugurados serviços de atenção psicossocial (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Em um contexto de ampliação dos processos democráticos na saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde deliberou pela realização de conferências temáticas no país, entre as quais estava a de saúde mental. Desse modo, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. Nessa

---

e a Lei 8.080/90, que dispõe sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em

conferência, foi destacada a necessidade de uma nova legislação e inversão do modelo assistencial centrado no hospital.

A participação social de trabalhadores e militantes da saúde mental foi imprescindível para as mudanças ocorridas no campo da saúde mental no Brasil com a realização da I Conferência e o II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Esses encontros possibilitaram a ampliação das discussões e a criação de estratégias de luta para ampliar o debate acerca do lema “Por uma sociedade sem manicômios” o que foi fundamental para fortalecer o Movimento da Luta Antimanicomial. É nesse interim que são debatidas as novas formas de cuidado e tratamento para a pessoa em sofrimento psíquico, marcando o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2018; BRASIL, 2005).

Após a implantação de serviços de base comunitária no País em 1992, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como tema central Atenção Integral e Cidadania. Essa Conferência foi inspirada na Conferência de Caracas, realizada em 1990, que instituiu princípios para a reorganização da assistência à saúde mental na região das Américas (BRASIL, 2004).

O ano de 2001 foi um marco importante para a saúde mental, pois a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema: Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social foi aprovada a Lei 10.216, tratou dos direitos das pessoas portadoras<sup>3</sup> de transtornos mentais e reorienta a assistência à saúde mental em direção a um modelo comunitário de atenção integral no País (BRASIL; CNS, 2002).

---

todo território nacional.

<sup>3</sup>O termo Portador de Transtorno Mental (PTM), aqui empregado, refere-se à Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, entretanto, esse trabalho pretende discutir o novo modelo de assistência à saúde mental pautada na humanização e busca-se empregar o conceito Pessoa em Sofrimento Mental (PSM), tendo em vista que o conceito de portador se refere à pessoa que porta algo e que pode ser dispensado em algum momento, não sendo algo constitucional da existência humana, mas, como afirma Dalmolin (2006).

Através da Resolução nº. 433, de janeiro de 2010 foi convocada a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial onde um conjunto de ações foi determinante para sua realização: esforços do movimento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde, com a Moção nº. 12, da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007; a Marcha dos Usuários da Saúde Mental, de setembro de 2009; e a recomendação da Reunião Ampliada da Comissão Intersectorial de Saúde Mental, de outubro de 2009, pela sua realização (BRASIL; CNS, 2010).

Tendo como princípio fortalecer o debate da saúde mental no Sistema Único de Saúde, em articulação com outros setores, a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial foi realizada em 2010, e foi precedida das etapas estaduais e municipais (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Essa política abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2016).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Esta Política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam sofrimento, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (AMARANTE, 2007).

Dessa forma, é necessário observar a historicidade do campo da saúde mental para que se possa identificar uma dada conjuntura, enquanto cristalizações e transformações que podem ser observadas no presente (PAIM, 2008).

Historicamente, o cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhou espaço e se consolidou através dos seus protagonistas com visibilidade em nível nacional. Nesse sentido, a pauta foi tomando contornos jurídicos e a participação social foi galgando espaços para as transformações desejadas. Foi através da 8ª Conferência Nacional de Saúde que os militantes da saúde mental conseguiram estabelecer a desvinculação do movimento sanitarista do movimento psiquiátrico, defendendo pautas ligadas diretamente à saúde mental, como a desinstitucionalização (AMARANTE, 2018; BRAVO, 2008)

Como se pode observar, a participação social foi decisiva nas denúncias de maus tratos e práticas asilares em hospitais psiquiátricos, como reduto dos marginalizados. Essas denúncias buscavam diretrizes legais para alterar a assistência psiquiátrica com uma solução política do estado (AMARANTE, 2018).

O movimento da Luta Antimanicomial ganhou espaço e a participação social construiu campos de debates e transformações a partir da simbólica 8ª CNS devido a sua relevância no processo de criação de políticas sociais no campo da saúde (AMARANTE, 2018).

A concepção desse fenômeno histórico, adotando as ideias de Paim (2009), não decorre de a constatação ter sido localizado no passado, mas de uma compreensão da história como realização de sujeitos sociais, com destaque para o tipo de sociedade em que o fenômeno será examinado, as relações entre as classes e grupos sociais com o Estado, bem como as relações de poder.

Dessa forma, a pesquisa sobre a participação social em saúde mental é relevante para a saúde coletiva e para a política de saúde mental, pois, poderá contribuir com o aprimoramento da Reforma Psiquiátrica Brasileira em curso.

Para responder como se deu o debate em torno da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas na 8ª +8 Conferência Nacional de Saúde realizada em 2019, foi traçado como objetivo primordial do estudo: Analisar a participação social em saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019) e como objetivos secundários: 1. Identificar e mapear a produção científica sobre a participação social em saúde mental no Brasil pós Reforma Psiquiátrica; 2.

Discutir propostas e recomendações elaboradas na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019, a partir das vozes da participação social em saúde mental,

Para tanto, foram elaborados dois manuscritos que compõem a estrutura desta dissertação de mestrado. O primeiro intitulado: **Revisão de literatura sobre a participação social e saúde mental pós Reforma Psiquiátrica no Brasil** utilizou normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e foi submetido aos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental (CBSM), ISSN: 2595-2420 sob o número 76651-270991-1-SM da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta revista publica artigos da grande área da saúde coletiva, com foco em saúde mental e atenção psicossocial favorecendo o escoamento de uma produção de conhecimento profícua, veiculando informações importantes no panorama da Saúde Coletiva e da construção continuada do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

O segundo artigo intitulado: **Vozes da participação social em Saúde Mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde** utilizando as normas de *Vancouver* e submetido aos Cadernos de Saúde Pública (CSP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz sob o número CSP\_1665/20. Esta revista publica artigos científicos voltados para a produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva. Tal artigo discute propostas e recomendações elaboradas na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019, a partir das vozes da participação social em saúde mental, considerando os três eixos temáticos da conferência: Saúde como direito; Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); Financiamento adequado e suficiente para o SUS. A 16ª Conferência Nacional de Saúde não é mais uma das conferências de saúde da história do Brasil. Ela representou um momento fundamental na luta pelo direito à saúde, pois faz um resgate histórico da 8ª conferência com a participação da sociedade para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As Conferências de saúde se reúnem a cada quatro anos em níveis Federal, Estadual e Municipal, com o objetivo de elaborar diretrizes de programas, políticas e ações prioritárias que deverão ser apreciadas e aprovadas pelos

conselhos de saúde que devem expressar as demandas de saúde de determinada região de saúde através da participação social (ESPERIDÃO, 2014).

Os conselhos de saúde são instâncias dialógicas com fluxos decisórios e operacionais com composição paritária dos Conselhos de Saúde e deve ser de 50% de usuários, 25% de prestadores de serviços, e 25% trabalhadores da saúde. Essa instância de caráter permanente e deliberativo deve atravessar as três esferas com função de controle, fiscalização e definição das políticas de saúde (CNS, 2019).

Com isso, a concretização formal do controle social se dá pela Lei nº 8.142/1990, que 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.

Já a Conferência Nacional de Saúde é o maior evento de participação social no Brasil e é através das conferências que a sociedade civil organizada pode contribuir ativamente para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde (ESPERIDÃO, 2014).

O ano de 2019 foi marcado por uma conjuntura atravessada por mudanças importantes de perdas de direitos na saúde, desse modo, denominada de “8ª + 8 = 16ª”, tendo em vista que a 8ª Conferência foi o primeiro evento de participação social na saúde, em âmbito nacional, aberto à sociedade, essa conferência apresentou o mesmo tema e os mesmos eixos que ela apresentava naquela época.

Após a consolidação da 8ª CNS, o controle social e a descentralização política das ações em saúde foram pautados como elementos fundamentais na construção de um sistema de saúde público, universal, equânime e integral, como propusera o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (ESPERIDÃO, 2014).

Frente do exposto, entendendo que a participação social em conferências de saúde permite aperfeiçoar os processos democráticos no Brasil (ESPERIDÃO, 2014) penso que a participação dos movimentos sociais no campo da saúde mental protagonizou a 8ª +8 Conferência Nacional de Saúde realizada em 2019, como cenário político para as mudanças no campo da saúde mental.

Após mais de 20 anos de criação do SUS, nota-se um movimento de grandes conquistas e avanços sociais e constitucionais no que tange a participação popular no campo da saúde, uma vez que, o caráter participativo da gestão desse sistema foi um processo construído em décadas de lutas, com avanços e retrocessos num permanente movimento de construção (LOPES-JÚNIOR; MISHIMA; BORDENAVE, 2014).

Quando regulamentados os dispositivos constitucionais sobre o Sistema Único de Saúde, a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde refere à participação da comunidade enquanto princípio do SUS e a Lei n. 8.142/1990, normatizando Conferências e Conselhos (CONASS, 2011).

Embora sua existência remonte aos anos 30 do século XX, é somente a partir da Constituição do ano de 1988 que assumem o caráter público que hoje apresentam e vêm se expressando junto às instâncias do governo federal, estadual e municipal. No período anterior, as Conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado (ESPERIDIÃO, 2014).

Ressalto que há diferenças singulares na dinâmica dos debates e no grau de generalização das recomendações das conferências em cada um dos níveis de gestão do sistema. Nesse processo, os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitos contextos.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde movimentou o Brasil em todo o seu território, reuniu mais de cinco mil pessoas e contou com mais de mil conferências preparatórias. O resultado desses encontros garantiu a construção de 331 propostas e 31 diretrizes que foram debatidas na etapa nacional que aconteceu em Brasília. Esse material foi consolidado pela Comissão de Relatoria e discutido, avaliado e alterado em 45 grupos de trabalho durante a conferência, resultando em um Relatório Final com 31 diretrizes e 329 propostas aprovadas.

A Comissão de Relatoria, de acordo com o temário da 16ª CNS (“Saúde e Democracia”), exercitou a escuta e a síntese dos relatórios, preservando a abrangência e a radicalidade das contribuições de cada estado. Ouvir as expressões ampliadas da saúde e do SUS no Brasil todo, foi possível com a inspiração no discurso de Sérgio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde: “o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira”.

A singularidade de cada contribuição, mas também a exaustiva tarefa de consolidação de ideias, diante de formulações formatadas de modos diversos, fez cada um e cada uma da Comissão de Relatoria estimular-se nas ideias que acompanham o processo de defesa e implementação do SUS desde a inspiração da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Buscando ouvir a saúde que se materializava em:

“que [as pessoas] tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. (...) ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. (...) a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)”. (Sergio Arouca, 1986).

As narrativas que conferem materialidade a esse manuscrito também foram observadas pelo sujeito social dessa pesquisa, inserido diretamente na construção, organização, debate nos campos de construção dos conselhos e conferências como instrumentos do controle social da 16ª CNS e analisando acontecimentos, cenários, relações de forças e articulações envolvidas na arena.

Para uma breve análise pretendida neste estudo, privilegiou-se a triagem de posicionamentos de diferentes organismos de defesa da Reforma Sanitária, do SUS e da Reforma Psiquiátrica que constituem elementos teóricos com potencial contribuição para a compreensão dos principais fatos políticos, atores envolvidos e



cenários no período recente que interferem na atual conjuntura e na mudança da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Nesse aspecto, um dos acontecimentos que marcam as mudanças no curso da saúde na última década e adquiriu sentido para o país, sem dúvida foi quando a política de saúde mergulhou em um momento de agravamento da crise política no ano de 2016 que culminou no afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff e consequentemente o seu *impeachment* pelo Senado Federal em agosto de 2016.

Com início em 2011, a instabilidade política começou a apresentar riscos de retrocessos para as políticas sociais e de saúde, com nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, conhecido por posições contrárias à luta antimanicomial e com aprofundamentos nas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Droga (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

A arena de disputas somada às medidas de austeridade, ainda mais acirrada no Governo Bolsonaro, é marcada por posicionamento de atores representantes do neoliberalismo com o predomínio de agendas econômicas em detrimento do investimento em saúde pública. E não é diferente no contexto específico da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a “nova” política propõe uma assistência em saúde mental em formato de internação com aumento nas diárias, contrariando ao que é proposto na Lei 10.216 que trata da atenção Psicossocial.

## **2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO- METODOLÓGICAS**

Para Minayo (2016), a pesquisa científica permite o contato com as discussões teóricas e metodológicas e a aproximação da realidade social em que os sujeitos estão inseridos. E o campo da saúde coletiva contribui de forma significativa para a análise da participação social no setor saúde (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Esta pesquisa, enquanto área de conhecimento, se insere no campo das Ciências da Saúde, na interface entre as ciências sociais e humanas, partindo de

uma abordagem qualitativa. Essa abordagem foi escolhida por ser um método que visa à modificação da percepção dos problemas, da avaliação de programas e serviços com vistas a modificar a prática e os modos de gestão (POUPART, DESLAURIERS, GROULX, LAPERRIÈRE, MAYER, PIRES, 2014).

Para o alcance dos objetivos já explicitados, utilizou-se como eixos de investigação a pesquisa bibliográfica e documental como estratégia que norteiam essa dissertação. Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório, a partir de revisão de literatura para mapear a produção científica sobre a participação social em saúde mental no Brasil pós Reforma Psiquiátrica (2001) e também analisar o relatório final da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de aprofundar alguns conceitos, como por exemplo, participação social, conferências de saúde e saúde mental. Dessa forma, para caracterizar a revisão de literatura que aporta esta pesquisa, foi estruturado um panorama do recorte temático a partir de descritores específicos na Base de Dados publicados através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para os artigos e para a pesquisa de teses e dissertações utilizou-se a Base de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Entretanto, o levantamento realizado em torno desses bancos de dados não se esgota neste estudo e para aprofundar a discussão e as reflexões históricas e conceituais foi necessário recorrer a diversos especialistas na temática para trabalhar os conceitos que norteiam esse trabalho.

A revisão de literatura pode ser entendida como um método que objetiva sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Esse método fornece informações de um assunto ou problema e constitui um corpo de conhecimento. Nesse sentido, a revisão pode ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Através da busca com os três (3) descritores (*conferências de saúde, saúde mental e participação social*) do vocabulário estruturado e trilingue Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e consultada na base de dados em saúde no Brasil foi possível identificar a lacuna de estudos que analisam a influência dos conselhos e conferências no processo de formulação, implementação, acompanhamento e monitoramento de políticas voltadas à saúde mental, álcool e outras drogas.

Após recuperação dos documentos, adotou-se critérios de inclusão e de exclusão, sendo aceitos apenas artigos originais e completos, publicados na margem de tempo delimitado (2001-2020) em línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, cujos textos estivessem com acesso livre para leitura.

Foram excluídos os estudos duplicados, artigos de revisão e resumos que não atendessem aos descritores específicos e não discutissem o objeto central da pesquisa acerca da participação social e protagonismo em saúde mental e foram analisados a partir dos resultados e conclusões. Os documentos foram submetidos à ficha para classificação e análise do material bibliográfico segundo critérios de pertinência ao objeto analisado (APENDICE A).

No total das buscas foram recuperados (n=33) documentos entre artigos, teses e dissertações. Destes, (n=4) documentos foram descartados por aparecer repetido entre as bases (BVS e CAPES), (n=22) foram eliminados por não apresentarem conteúdos concernentes a esta pesquisa e apenas (n=6) documentos foram criteriosamente selecionados para esta revisão integrativa de acordo com os descritores do DeCS.

| <b>Documentos encontrados nos Bancos de Dados por Combinação dos Descritores</b> | <b>BVS</b> | <b>CAPES</b> | <b>BDTD</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|-------------|
| conferências de saúde, saúde mental,<br>participação social                      | 4          | 4            | 2           |

Tabela 01: Resultados Preliminares do Levantamento Bibliográfico (Elaborada pelos Autores).

Os resultados preliminares do levantamento bibliográficos catalogados a partir do instrumento (APENDICE B) de coleta de dados validado por Ursi (2005) revelam que as consultas às bases de publicações eletrônicas e a disponibilidade de publicações ratificam as lacunas existentes nessa temática, o que levanta a necessidade de uma reflexão e discussão mais ampliada.

A pesquisa documental constituiu outra etapa fundamental que analisou as propostas e recomendações elaboradas na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019, a partir das vozes da participação social em saúde mental. O estudo do documento final da conferência aponta a direção da agenda de proposições dessa instância deliberativa prevista na CF/88.

A escolha da 16ª CNS se justifica por se tratar de um marco político na história do país, pois foi a partir de 2016, que o projeto político de interesses econômicos começou a mudar o curso da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Por sua vez, o uso de documentos em pesquisa traz uma riqueza de informações que podem ampliar o entendimento sobre forças políticas e atores sociais e contribuir para o avanço das ciências sociais e humanas. A análise documental é um processo de garimpagem mediante o qual as categorias de análise são compostas pelo estado da arte eleito, combinadas com uma rede conceitual específica recortada com rigor epistêmico pelo pesquisador (MAY, 2004).

No plano metodológico da análise documental é possível verificar vantagens significativas, pois é possível operar um corte que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas (TREMBLAY, 1968; CELLARD, 2008).

Para a produção dos dados, foram considerados os textos escritos em forma de relatório final das conferências Municipal, Estadual, Livre, com 256 páginas que compõe o relatório final da Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 2019. Também foram utilizados outros documentos tais como entrevistas, anotações, nota de repúdio, nota crítica e boletins de organizações relacionadas ao movimento sanitário publicadas em sites oficiais dessas organizações.

Portanto, foi utilizado todo texto escrito, manuscrito ou impresso, registrado em papel, sendo fontes primárias ou secundárias de domínio público não arquivado (POUPART, 2014).

Os documentos se constituem em uma fonte de dados importantes para entender os eventos, processos e transformações nas relações sociais. A abordagem qualitativa da pesquisa dos documentos busca uma apreensão da significação do documento, devendo levar em consideração as intenções do autor ao produzir o documento, os significados atribuídos pelo seu público potencial, incluindo o pesquisador que é parte integrante desse público e precisa agir reflexivamente (MAY, 2004; CELLARD, 2008).

Vale ressaltar que a abordagem do documento no nível do significado enfoca as relações dentro do próprio texto bem como com outros textos. May (2004) adverte que ao realizar pesquisa documental é preciso não supor que os documentos são artefatos neutros. Eles precisam ser analisados dentro do contexto social em que foram engendrados.

[...] aquilo que as pessoas decidem registrar, incluir ou deixar de fora, é informado pelas decisões que se relacionam ao ambiente social, político e econômico dos quais são parte (MAY, 2004, p. 228).

Os documentos, na perspectiva da pesquisa social, são lidos como a sedimentação das práticas sociais, tendo o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo, constituindo-se também em leituras particulares dos eventos sociais. Além disso, os documentos, nessa perspectiva, são vistos como meios através dos quais o poder social se expressa (MAY, 2004).

O cenário que se apresenta para a análise dos documentos da 16ª Conferência Nacional de Saúde diz respeito ao protagonismo social através de acontecimentos, cenários, participação dos atores nas propostas e recomendações elaboradas voltadas a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

É importante destacar técnicas de manuseio desse documento, desde a organização e classificação até a elaboração das categorias de análise visando

extrair informações atinentes ao campo analítico proposto. A análise do corpus documental foi realizada com base em Cellard (2008) seguindo as etapas de organização das informações e categorias através de descrição do documento; contexto histórico em que foi engendrado; autores; autenticidade e confiabilidade do documento; natureza do texto e conceitos chave (APENDICE C).

---

Tabela 02: Relação de instituições que produziram documentos de Domínio Público sobre as mudanças na Política de Saúde Mental.

---



---

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)  
 Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA)  
 Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)  
 Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)  
 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)  
 Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)  
 Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)  
 Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF)  
 Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila)  
 Ministério da Saúde  
 Conselho Federal de Psicologia (CFP)  
 Conselho Nacional de Saúde (CNS).

---

O posicionamento dessas instituições historicamente reconhecidas na luta pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica denunciam os retrocessos na política de saúde mental, bem como a ilegalidade e inconstitucionalidades das mudanças sem o efetivo controle social.

Já a leitura do Relatório Nacional Consolidado, com as diretrizes e propostas sistematizadas das 26 Conferências Estaduais e 1 do Distrito Federal da 16ª Conferência Nacional de Saúde, foram lidos e catalogados a partir de

categorias analíticas definidas previamente de acordo com os eixos e diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8), a saber: a) Saúde como direito; b) Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e c) Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

A análise dos dados se deu mediante tratamento do material empírico arrolado a partir dos documentos utilizando a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

A análise qualitativa do conteúdo do documento leva em consideração o processo ou contexto social em que esse documento está inserido, devendo ser abordado a partir do entendimento do contexto da sua produção, sendo de responsabilidade do pesquisador selecionar o que é relevante para o seu estudo em consonância com o seu problema de pesquisa. Desse modo, os documentos deverão passar por uma preparação adequada antes do exame minucioso de fontes documentais previamente identificadas, obedecendo uma seleção rigorosa da informação disponível e organizados em ordem cronológica, enumerados e catalogados de forma individual (POUPART, 2014).

A análise de conteúdo temática foi realizada de acordo com as orientações metodológicas que considera ser toda comunicação, transferência de significados de um emissor a um receptor, de modo dito ou escrito, passível de submissão a uma análise de conteúdo. É definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

Ainda de acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo envolve três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado, por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, momento de contato com os documentos da coleta de dados, em que se começa a conhecer o texto como um todo; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses; (d) determinação dos indicadores, por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material é a segunda fase, que consiste na definição de categorias. Esta é a fase da descrição analítica do material textual coletado, submetendo-o a um estudo, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos, sendo a codificação, a classificação e a categorização, processos básicos nesta fase.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, em que há o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais: momento privilegiado da intuição, da análise reflexiva e crítica. (BARDIN, 2009).

Através da análise preliminar desses documentos não será possível transformá-lo; é preciso aceitá-lo tal como ele se apresenta, incompleto, parcial ou impreciso que seja. Torna-se, assim, essencial saber compor com algumas fontes documentais, mesmo as mais pobres, pois elas são as únicas que podem nos esclarecer sobre uma situação determinada (POUPART, 2014).

Contudo, faz-se necessário e prudente avaliar adequadamente com um olhar crítico e reflexivo sobre os documentos engendrados e os atores que ajudaram a construí-los (POUPART, 2014).

Após sumarização dos relatórios consolidados das 27 conferências, procedeu-se com a leitura das diretrizes, propostas e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde publicados no Relatório Final.

Os dados foram tratados mediante técnicas de leitura que possibilitaram a composição de um corpus considerando o retorno de ações e políticas expressas na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017. Com esse escopo, as leituras receberam um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleceu os critérios análise dos dados.

Na fase exploratória buscou-se compreender os principais conceitos do objeto de investigação, a saber, Conferência de Saúde, Participação Social e Saúde Mental e suas inter-relações e as teorias relevantes para o estudo (MINAYO, 2012).



Os resultados alcançados a partir dessas análises é um desfecho provisório levando-se em consideração os atores e cenários no momento em que os documentos foram engendrados. Com isso, além de alcançar uma compreensão acerca do fenômeno estudado, busca-se levantar novos questionamentos afim de realizar novas investigações científicas, ou seja, um problema que origina novos questionamentos (MINAYO, 2012).

Com relação aos aspectos éticos dessa pesquisa, o estudo considerou as diretrizes e normativas que regulamentam a pesquisa no Brasil,. Desse modo, de acordo com a Resolução CNS 510/2016, essa pesquisa não necessitou passar pela avaliação do sistema CEP/CONEP, tendo em vista que a mesma utiliza informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011 e utiliza informações documentais de domínio público.

### **3. RESULTADOS**

#### ***ARTIGO I***

#### **Revisão de literatura sobre a participação social e saúde mental pós Reforma Psiquiátrica no Brasil**

*Literature review on social participation and mental health after Psychiatric Reform in Brazil*

Itamar de Almeida Carneiro  
Silvone Santa Barbara da Silva  
Tatiane de Oliveira Silva Alencar

**RESUMO** A participação social é um dos pilares mais importantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e está assegurada através da Constituição Federal de 1988, mediante conselhos e conferências de saúde, nesse sentido, o cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira vem ganhando espaço e se consolidando através dos seus protagonistas com visibilidade a nível nacional e a pauta tomando contornos jurídicos e a participação social foi galgando espaços para as transformações desejadas. Isso posto, torna-se importante investigar o estado atual da literatura brasileira no que tange a saúde mental e participação social descrevendo qual a produção nacional a partir da Lei 10.216. Assim, adotando uma abordagem qualitativa, natureza descritiva e método de revisão integrativa de literatura de 2001-2020, por meio de pesquisa bibliográfica em português, utilizando os seguintes descritores: conferência de saúde *and* saúde mental *and* participação social. Foram recuperados apenas seis documentos apreciados segundo sua autoria, periódicos e ano de publicação, metodologia e que comprovasse a pertinência para este estudo. Constatou-se haver na produção científica nacional no campo das ciências sociais e humanas sobre participação social e saúde mental no Brasil referente aos descritores no período analisado, uma carência de estudos científicos, no entanto, a produção nacional dessa temática é imprescindível para nortear ações da política brasileira de saúde mental. Esses achados revelam, portanto, que apesar de lograr êxito no campo dos direitos humanos e democráticos, tendo uma lei que garante a proteção das pessoas com transtornos mentais, os movimentos sociais em saúde mental têm sido pouco abordados em pesquisas teóricas e isso pode apontar para os problemas relativos à baixa visibilidade dos conselhos, baixa ou ausência de representatividade e cooptação que possivelmente, comprometem a participação social no debate sobre a política de saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE** Participação Social; Conferência de Saúde; Saúde Mental,

**ABSTRACT** *Social participation is one of the most important pillars of the Unified Health System (SUS) and is guaranteed by the Federal Constitution of 1988, by health councils and conferences, in this sense, the Brazilian Psychiatric Reform scenario has been gaining space and consolidating itself through its protagonists, with visibility at the national level and the agenda of legal contours and social participation, have been reaching spaces for the desired transformations. That said, it is important to investigate the current state of Brazilian literature in terms of mental health and social participation, describing*

*national production based on Law 10.216. Thus, adopting a qualitative approach, descriptive nature and method of integrative literature review from 2001 to 2020, through bibliographic research in Portuguese, using the following descriptors: conference on health and mental health and social participation. Only six documents recovered according to their authorship, periodicals and year of publication, methodology and which proved the relevance of this study were recovered. It was found that in the national scientific production in the field of social and human sciences about social participation and mental health in Brazil in relation to the descriptors in the analyzed period, scientific studies are lacking, however, the national production of this theme is essential to guide the actions of the Brazilian mental health policy. These findings reveal, therefore, that, despite being successful in the field of human and democratic rights, having a law that guarantees the protection of people with mental disorders, social movements in mental health have been little addressed in theoretical research and this may point for problems related to the low visibility of councils, low or lack of representation and cooptation that possibly compromise social participation in the debate on mental health policies.*

**KEYWORDS** *Social Participation; Health Conference; Mental health.*

## INTRODUÇÃO

A participação social é um dos pilares mais importantes do Sistema Único de Saúde e está assegurada através da Constituição Federal de 1988, mediante conselhos e conferências de saúde. Essa participação pode interferir diretamente nas políticas de saúde, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, demonstrando que a sua capacidade gerencial.

Participar socialmente pode assim ser entendido como uma base constitutiva da democracia e estão intimamente relacionadas, tendo seu início a partir da década de 1940 com duas intenções, quais sejam: reforçar os mecanismos de democracia, abalados mundialmente pelas duas grandes guerras e como uma maneira de minimizar as responsabilidades crescentes do Estado moderno-neoliberal<sup>1, 2</sup>.

A saúde como um direito humano foi proclamada em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e consolidada com o Pacto Internacional das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

em 1966. Posteriormente, a Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária de 1978, além de outras Resoluções e Declarações aprovadas no contexto da Organização Mundial da Saúde (OMS) que fundamentam a compreensão da participação social como meio de defesa do direito à saúde<sup>3, 4</sup>.

Nesse sentido, participar socialmente de decisões políticas está intimamente ligada à vida em sociedade e com as relações entre indivíduo e coletividades, isto posto, pode-se afirmar que há papéis mais ativos e menos ativos dos sujeitos que participam, mostrando que pode também haver participação em diferentes espaços comuns,<sup>1</sup> como por exemplo, no campo da saúde mental, o momento histórico e de avanços para a política nacional se deu com promulgação da Lei 10.2016/200, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, resultante do movimento sanitário e da luta antimanicomial, mostrando que a participação se deu pelo momento histórico e social.

Esse movimento fundamentou-se nos princípios de dignidade, liberdade, respeito para tratamento das pessoas em sofrimento mental e alternativas do cuidado em saúde para ruptura com o histórico de abordagens psiquiátricas invasivas reproduzidas por modelos de punição e isolamento<sup>5</sup>.

O episódio que marcou essa transformação era conhecido como a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), um órgão do Ministério da Saúde que era responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental além do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que deu início a luta por uma sociedade sem manicômios e criticava os modelos de assistência à saúde mental. Foi nesse contexto que se intensificaram as denúncias de maus tratos e funcionamentos das instituições hospitalares de caráter asilar<sup>6</sup>.

A participação social de trabalhadores e militantes da saúde mental foi imprescindível para as mudanças ocorridas no campo da saúde mental no Brasil com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 e o II Encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Esses encontros possibilitaram a ampliação das discussões e a criação de estratégias de luta para ampliar o debate acerca do lema “Por uma sociedade sem manicômios” o que foi fundamental para fortalecer o Movimento da Luta

Antimanicomial. É nesse interim que são debatidas as novas formas de cuidado e tratamento para a pessoa em sofrimento psíquico, marcando o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>6,7</sup>.

O cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira vai ganhando espaço e se consolidando através dos seus protagonistas com visibilidade a nível nacional, nesse sentido, a pauta foi tomando contornos jurídicos e a participação social foi galgando espaços para as transformações desejadas. É através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 que os militantes da saúde mental conseguem estabelecer a desvinculação do movimento sanitista do movimento psiquiátrico, defendendo pautas ligadas diretamente à saúde mental, como a desinstitucionalização<sup>6,8</sup>.

Com esse avanço, a Política de Saúde Mental no Brasil começa a ganhar os seus contornos com força e estabilidade a partir do apoio do Deputado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais (PT/MG) que teve papel fundamental na articulação e aprovação da Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil<sup>9</sup>. Foi nesse período que aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema: Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social<sup>10</sup>.

Nessa conferência, os participantes discutiram a reorientação do modelo assistencial em saúde mental e a afirmação dos direitos de cidadania, com a participação efetiva de usuários e familiares, reafirmando a participação social nos processos de mudanças que estavam em curso.

Em janeiro de 2010 foi convocada a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial onde um conjunto de ações foi determinante para sua realização: esforços do movimento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde, com a Moção nº. 12, da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007; a Marcha dos Usuários da Saúde Mental, de setembro de 2009; e a recomendação da Reunião Ampliada da Comissão Intersetorial de Saúde Mental, de outubro de 2009, pela sua realização<sup>11</sup>.

Tendo como principal fortalecer o debate da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com outros setores, as Conferências Nacionais de Saúde Mental possuem atribuições importantes na construção, formulação, aprovação e avaliação de serviços de saúde voltados às necessidades da sociedade, não obstante, embora a Lei 10.216 tenha sido aprovada após doze anos de tramitação, ela não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios<sup>12</sup>.

Nessa perspectiva, partir da promulgação da Lei 8.080/90 que cria o Sistema Único de Saúde, bem como a Lei 8.142/90 que teve um preponderante espaço de luta e dos movimentos sociais e garante o controle social em duas instâncias formais que são os conselhos de saúde e as conferências de saúde, este estudo pretende realizar uma revisão integrativa dos artigos, teses e dissertações nacionais sobre participação social em saúde mental no Brasil nas duas últimas décadas que sucede a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira de 2001 à 2020.

## MÉTODO

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, natureza descritiva e método de revisão integrativa de literatura<sup>13</sup>. realizado por meio da pesquisa bibliográfica através de análise das bases de dados nacionais capazes de oferecerem resultados consistentes e atualizados no campo da saúde coletiva, especialmente no que se refere a participação social em saúde mental. A escolha para a pesquisa de artigos se deu através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e para a pesquisa de teses e dissertações utilizou-se a Base de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Utilizou-se os seguintes descritores para realizar a busca: *conferência de saúde AND saúde mental AND participação social*, empregadas em modo busca

avançada nos seguintes campos: título, resumo e assunto. A busca foi refinada para periódicos revisados por pares com o de garantir que resultados encontrados em bases internacionais fossem referentes ao contexto brasileiro.

Como critérios para a seleção dos artigos<sup>14</sup> foram selecionados apenas aqueles que se referiam a publicações nacionais no período compreendido de 2001, ano da publicação da Lei 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental até 2020 e que estivessem em idioma português, disponibilidade de resumos para identificação e textos completos.

As fontes da pesquisa foram escolhidas por serem consideradas as mais abrangentes no contexto das políticas de saúde no Brasil e por agregarem fontes consistentes de dados científicos. Após leitura prévia dos títulos, os documentos passaram pela primeira forma de inclusão, organizados em uma planilha, após compilação, passaram por outro filtro através da leitura dos resumos e por fim, a leitura integral que comprovou a pertinência para este estudo.

Dessa forma, foram eliminados os documentos que não disponibilizavam texto completo, que estavam repetidos entre as bases de dados e os que não possuíam relação com o assunto pesquisado. No total das buscas foram recuperados (n=33) documentos entre artigos, teses e dissertações. Destes, (n=4) documentos foram descartados por aparecer repetido entre as bases (BVS e CAPES), (n=22) foram eliminados por não apresentarem conteúdos concernentes a esta pesquisa e apenas (n=6) documentos foram criteriosamente selecionados para esta revisão integrativa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### ***Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa***

Dentre os estudos selecionados de acordo com os critérios estabelecidos previamente, (n=2) estavam publicados na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e se tratavam de dissertações de mestrado. A Base de

Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) abrigou (n=4) artigos que versam sobre o tema e que estão dentro dos critérios de inclusão, por fim, a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) também dispõe de (n=4) que discute a participação social em saúde mental através de conferências de saúde, entretanto, esses achados são os mesmos que aparecem no banco de teses da CAPES, tornando-se excluídos para fins de análise. Quanto à natureza metodológica dos trabalhos, os resultados indicam prioritariamente a natureza qualitativa, com estudos de caso, observação participante e análises documentais para pesquisas científicas em saúde mental com as palavras-chave utilizadas.

Embora os estudos documentais tenham sido prevalentes, dois estudos se tratavam de observação participante como ferramenta metodológica<sup>15</sup> e possibilitaram conhecer e observar a participação dos usuários, bem como a organização da própria conferência, as relações entre os atores sociais, onde as categorias principais são os acontecimentos, cenários atores, relação de forças<sup>16</sup> e articulação na participação social.

O predomínio de estudos de caso entre os estudos qualitativos contribuiu para avaliar e enfatizar políticas e processos de trabalho locais, levando em consideração os olhares dos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços, bem como os seus familiares.<sup>17,18,19</sup>

Os resultados preliminares do levantamento bibliográfico (QUADRO 1), após triagem, revelam que as consultas às bases de publicações eletrônicas e a disponibilidade de publicações ratificam as lacunas existentes nessa temática, o que levanta a necessidade de uma reflexão e discussão mais ampliada.

Após o refinamento, obtiveram-se somente quatro artigos e duas dissertações de mestrado que compõem a base de análise desta revisão, o que caracteriza uma baixa penetração da discussão de participação social e saúde mental no Brasil.

**QUADRO 1:** Estudos segundo título, base de dados, periódico e ano.



| <b>Código do Trabalho</b> | <b>Título Do Estudo</b>                                                                                                                         | <b>Base de Dados</b> | <b>Periódico</b>            | <b>Ano</b> |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------|
| <b>E1</b>                 | Saúde mental luta antimanicomial e reforma psiquiátrica: o protagonismo as conferências nacionais de saúde e de saúde mental                    | BDTD                 | Dissertação de Mestrado     | 2019       |
| <b>E2</b>                 | Loucos para prot (agonizar): micropolítica e participação em saúde mental                                                                       | BDTD                 | Dissertação de Mestrado     | 2011       |
| <b>E3</b>                 | Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN) | CAPES                | Revista Psicologia Política | 2012       |
| <b>E4</b>                 | Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013                                                  | CAPES                | Saúde e Debate              | 2015       |
| <b>E5</b>                 | Práticas discursivas na participação social em saúde mental                                                                                     | CAPES                | Saúde e Debate              | 2014       |
| <b>E6</b>                 | Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso                                                                                   | CAPES                | Ciência e Saúde Coletiva    | 2009       |

\*Elaborado pelos autores.

### ***Implicações da participação social na Política de Saúde Mental no Brasil***

Os estudos no campo das ciências sociais e humanas sobre participação social e saúde mental no Brasil referente aos descritores no período analisado representa uma carência de estudos científicos no cenário nacional, no entanto, a produção nacional dessa temática é imprescindível para nortear ações da política brasileira de saúde mental.

As discussões no campo da saúde mental abriga tensionamentos históricos tendo em vista os diferentes atores sociais que defendem pautas conservadoras e de privação da liberdade como proposta de cuidado em saúde mental. Desse modo, a produção nacional sobre a participação social em saúde mental deve ratificar e contribuir para a edificação de equipamentos pautados nas diretrizes do acompanhamento clínico aliado à inclusão social, no investimento para a ampliação da cidadania e a estruturação de ações voltadas a responder às demandas dos usuários atendidos e de seu território. Essas premissas estão previstas nas diretrizes que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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.

Os estudos puderam evidenciar que o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira enfrenta grandes desafios que exigem a participação social nos espaços das Conferências para a defesa da Luta Antimanicomial no país.<sup>5, 17, 19,20</sup>

As conferências são mecanismos de participação social institucionalizado e possuem poder de fiscalizar e, sobretudo de decidir se uma política é válida ou não. A ausência da participação social em espaços de conferências para a defesa da Reforma Psiquiátrica pode significar um importante retrocesso para essa política, uma vez que não há possibilidades de avançar nas ações governamentais e deixa de lado a sua característica democrática representativa.

Essa premissa permite questionar os caminhos e tendências das políticas de saúde mental e atenção psicossocial no Brasil, tendo em vista que existem impasses políticos, gerenciais e organizacionais que corroboram para mudanças estruturais a partir de relações de forças que operam para uma lógica ainda medicalizante e hospitalocêntrica, contrariando os princípios da Reforma.

Se por um lado, a mudança no campo da saúde mental necessita de institucionalização de espaços participativos, por outro lado, há um risco evidente desses espaços se tornarem meramente burocráticos e sem transformações sociais efetivas. No entanto, a partir do momento que esses espaços se constituem como arenas coletivas com instalação de lutas singulares, vislumbra-se um lugar potente para o protagonismo dos usuários de saúde mental e o exercício da cidadania.<sup>20</sup>

Quando analisada as questões relativas aos espaços de controle social, a construção da conferência se mostra fragilizada, sendo realizadas mediante convocações tardias e em curto espaço de tempo. Além disso, demonstra tensionamentos no debate e construção do processo, haja vista a representação de entidades políticas médicas que defendem um modelo de cuidado em saúde mental biologista e medicalizante centrado na figura médico psiquiatra e com novas exigências corporativistas, sobretudo ligadas a indústria farmacêutica, acenando para uma contrarreforma psiquiátrica.<sup>15,19</sup>

Os estudos também revelaram a ausência de formação de base política na construção do processo de conferências. Apesar de a participação social fazer

parte das diretrizes do Sistema Único de Saúde, a falta de incentivos à participação do usuário como ator fundamental no exercício do controle social e nos espaços cotidianos de debates pode fragilizar a consolidação da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental<sup>15, 18,19</sup>.

Ademais, a falta de visibilidade, baixa representatividade e qualificação e informação dos conselheiros podem ser alguns percalços relativos a dificuldades nos conselhos, como demonstra a pesquisa de *Monitoramento e Apoio a Gestão Participativa do SUS*, onde (70%) dos conselhos municipais de saúde opera com dificuldade, (17%) opera de maneira incipiente e apenas (1%) atinge o nível de pleno funcionamento preconizado na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Quando analisada a participação das instâncias de controle social do SUS no estado da Bahia na política de saúde mental é possível perceber que os participantes dos espaços de controle social ratificam os direitos dos usuários, já previstos na Lei 10.216/2001, e reafirmam a necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde mental, dando ênfase a implantação de serviços substitutivos ao modelo de cuidado asilar das pessoas com transtornos mentais.<sup>19</sup>

Além disso, evidenciou o quanto os espaços de debate propiciaram a formulação de propostas relacionadas à Política de Saúde Mental em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a defesa da luta antimanicomial. Contudo, vale destacar que alguns debates acerca do tema saúde mental foram restritos às discussões de problemas pontuais, com a finalidade de aprovação formal dos instrumentos de gestão, como planos, programações e relatórios, demonstrando mais uma vez o cumprimento de função burocrática.<sup>17, 19</sup>

Na Bahia, pode-se destacar que desde 2008, ações como o MobilizaSUS '*Estratégia para o Fortalecimento do Controle Social, da Gestão Democrática e Participativa do SUS/BA*' desenvolvida de modo intersetorial através de um Grupo de Trabalho com outras instâncias, como por exemplo, o Ministério Público vem demonstrando êxito no fortalecimento da participação popular e controle social no SUS.

Já no cenário nacional, há uma necessidade de fortalecer o movimento da luta antimanicomial, pois esse cenário ainda está transformando a relação entre o

adoecimento mental e a sociedade e questionando os saberes que fundamentaram as práticas psiquiátricas, contudo, ainda é necessário fortalecer as práticas sociais de usuários, gestores e trabalhadores de saúde no que se refere à participação em saúde mental.

As denúncias de maus tratos e violação de direitos humanos em instituições psiquiátricas começaram na década de setenta e contou com a mobilização de trabalhadores, usuários e familiares. As primeiras experiências de reorientação do modelo de serviços em saúde mental no Brasil constataram violações de diversos direitos e ausência de dignidade humana em instituições que ofereciam cuidado em saúde mental, mas eram marcadas pelo regime do isolamento e cerceamento da liberdade e da cidadania plena.<sup>18</sup>

Mesmo com a ampliação dos processos democráticos na saúde, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a realização da conferência temática de Saúde Mental, em 1987, bem como a ampliação da participação em saúde mental com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental,<sup>12</sup> cujo lema foi: por uma sociedade sem manicômios, atualmente, a realização de conferências de saúde mental não tem garantido a incorporação dos diversos segmentos sociais no controle social em políticas de saúde mental, revelando uma fragilidade da política e sem apontar avanços.<sup>17,18</sup>

Outra questão importante identificada entre os estudos se refere ao processo de mudança rumo à reforma psiquiátrica em Mato Grosso e Cuiabá como um novo desenho administrativo, de gestão, determinado pelos novos modelos de financiamento, redução de custos com internações e consequente desospitalização. Essa transformação vem acontecendo em decorrência da política de financiamento que privilegia a atenção psicossocial, não resultando resultante de crítica à lógica manicomial socialmente organizada.<sup>17</sup>

Apesar das instâncias participativas estudadas na área da saúde serem espaços privilegiados de controle social, os conselhos e as conferências não têm ocupado os espaços de participação na política de saúde mental. Mesmo com sua oficialização garantida pelo SUS, essas instâncias encontram-se esvaziadas dos

debates acerca das diretrizes e do controle da execução da política de saúde mental.<sup>17</sup>

O formato das conferências revela estruturas acadêmicas com caráter expositivo e solenidades com rituais institucionais formalizados, bem como dos processos burocráticos, o que pode afastar usuários e familiares da sua efetiva participação. Apesar da participação física dos usuários e familiares, os espaços em que esses atores protagonizam, estão relacionados a apresentações culturais e comercialização de produtos artesanais derivados de oficinas desenvolvidas nos serviços substitutivos.<sup>15</sup>

Em contrapartida foi possível verificar a participação de associações vinculadas à saúde mental e outras organizações políticas que contribuem com o debate através de palestra e mesas-redonda, o que demonstra que o avanço da Reforma Psiquiátrica está diretamente ligada à participação ativa dos atores que a compõem, como por exemplo, os usuários, trabalhadores, familiares e a comunidade. As organizações desses coletivos operam como estratégia potente para a mobilização, não só como dispositivo de luta por benefícios, mas da sua capacidade empoderar os sujeitos com vistas a gerenciar o seu desenvolvimento e sociedade.<sup>15, 21</sup>

Outro ponto importante que merece ser destacado se refere ao protagonismo efetivo dos usuários, levando em consideração a tutela dos profissionais da atenção psicossocial, o que produz um sobreimplicação. Existem diversas formas de tutelar um sujeito em sofrimento psíquico, por exemplo, a castração como um mecanismo de infantilização do sujeito, destituindo o poder de decisão sobre a sua própria vida e a tutela autonomizadora que acontece quando eleva a disposição de o sujeito gerir suas decisões no coletivo.<sup>15,21</sup>

A tutela submetida à pessoa com transtorno mental é histórica e diz respeito a um modelo centrado na biologia, onde o sujeito não tem autonomia para decidir sobre o seu cuidado. Essa condição afasta a possibilidade do entendimento da saúde como um direito constitucional e afasta o sujeito do seu protagonismo social entendendo a saúde como uma mera concessão.

A insuficiência de estudos sobre a participação social em saúde mental no Brasil configura-se como um vazio para o campo de saberes e prática em saúde coletiva, tendo em vista que a participação, por meio dos seus representantes, direciona o debate para o centro das políticas públicas, nesse caso, as políticas de saúde. Os poucos estudos demonstram que apesar das dificuldades encontradas no curso da Reforma Psiquiátrica no Brasil, notam-se pequenas mudanças na assistência em saúde mental que acontecendo gradualmente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base na análise do material estudado foi possível observar um hiato na produção acadêmica sobre a participação social em saúde mental nas conferências de saúde e apesar dos avanços na política de saúde mental brasileira, há uma tímida produção no que se referem às experiências locais que discutem o papel dos conselhos e conferências para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica em curso nos últimos 19 anos.

Foi possível verificar através das experiências locais que a incorporação das conferências em si mesmas não garante integração no processo de participação social e implementação das políticas de saúde mental nos municípios relatados, não obstante os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira com os serviços substitutivos, a desinstitucionalização e a extinção progressiva dos manicômios já previstos na atual legislação.

É evidente que a participação social como premissa da Lei 8142/90 garante avaliações de situações de saúde e influência nos processos de gestão do SUS. Dessa forma, faz-se necessário discutir qual participação social tem sido construída no campo da saúde mental para romper a ordem do modelo médico hegemônico defendido pelos setores da contrarreforma psiquiátrica.

A ausência de debate em torno das organizações de famílias, usuários e trabalhadores no processo de participação social indica uma fragilidade na pauta da luta antimanicomial sendo necessárias mais pesquisas que demonstrem a

relevância do controle social no SUS, uma vez que o espaço está garantido constitucionalmente, mas as relações de forças estabelecidas têm sucumbido o campo da participação social e fragilizando a política de saúde mental conquistada as duras penas e mudando os rumos das vidas dos próprios usuários da política.

Esse estudo se ocupou em fazer uma reflexão e problematizar sobre a produção acadêmica no campo da participação social e revelou fragilidades cujos desdobramentos podem apontar para o desenvolvimento de novas produções acadêmico-científicas no campo da saúde mental por muito tempo negligenciado.

A participação social no Brasil representa um importante avanço democrático para os cidadãos e cidadãs no controle das ações governamentais, no entanto, as formas e forças contidas nos espaços de poder, conflitos e negociações, podem ser entendidas como mais um cenário em que pessoas com transtornos mentais e familiares sejam silenciados e aniquilados das suas forças e protagonismos, como foi historicamente antes da Reforma Psiquiátrica.

Apesar de lograr êxito no campo dos direitos humanos e democráticos, tendo uma lei que garante a proteção das pessoas com transtornos mentais, os movimentos sociais em saúde mental tem sido pouco abordados em pesquisas teóricas e isso pode apontar para os problemas relativos à baixa visibilidade dos conselhos, baixa ou ausência de representatividade e cooptação.

No que diz respeito às produções que compuseram o corpus desse artigo, além de insuficiência, evidencia uma urgência de reavaliar os movimentos sociais em suas organizações para que os usuários dos serviços de saúde mental possam ser protagonistas a partir de um imperativo ético na política de saúde mental no Brasil.

Por fim, pondera-se que a despeito da Reforma Psiquiátrica se revestir de especial importância para o avanço da política de saúde mental em curso no país, nota-se um crescimento de movimentos contrarreforma. Isto demonstra que a participação social é diversificada e apresenta interesses diversos e heterogêneos atravessados pelas relações de poder e arenas de disputas no campo da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

1. Escorel, S.; Moreira, M. R. Participação Social. In: Giovanella, L. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 853-884.
2. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, Abrasco; 1992.
3. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, Jorge MS. Participatory culture: citizenship-building process in Brazil. Interface (Botucatu). 2017; 21(63):907-20.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais de saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro; 2011.
5. Alves, I. de S. SAÚDE MENTAL, LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA : o protagonismo das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental / Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Isadora de Souza Alves. -- Franca, 2019 93 p.
6. AMARANTE, Paulo. LOUCOS PELA VIDA: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Brasília, DF: 2005.
8. BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara, A. P. POLÍTICA SOCIAL E DEMOCRACIA. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI Nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.
10. Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 2001 Brasília). III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde : saúde e qualidade de vida : políticas de Estado e desenvolvimento : relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
12. AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo) 2010; 8:102-6.
14. Mendes KDS, Pereira SRCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64.
15. ARRAES, Ana Karenina de Melo et al . Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 12, n.



- 23, p. 71-85, jan. 2012 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2012000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 09 jul. 2020.
16. OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 319-331, Feb. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100038&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100038>.
17. SILVEIRA, Aparecida Rosângela; BRANTE, Anne Raissa Souza Dias; VAN STRALEN, Cornelis Johannes. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 783-793, Dec. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000400783&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400783&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 July 2020
18. OLIVEIRA Tarcio de Almeida, TEIXEIRA. Carmen Fontes. Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 June 17] ; 39( spe ): 132-144. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500132&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500132&lng=en). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005467>.
19. Costa, Diogo Faria Corrêa da. *Loucos para prot (agonizar): micropolítica e participação em saúde mental/* Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Instituto de Psicologia. Diogo Faria Corrêa da Costa. Porto Alegre, 2011.
20. FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 431-446, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922010000800015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000800015&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800015>.
21. Merhy, Emerson E. (2010). *O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador*. Acessado em: 23 de setembro de 2010, de: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>>

## ARTIGO II

### Vozes da participação social em Saúde Mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde

*Voices of social participation in Mental Health at the 16th National Health Conference*

**RESUMO** O presente artigo discute propostas e recomendações elaboradas na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019, a partir das vozes da participação social em saúde mental, considerando os três eixos temáticos da conferência: Saúde como direito; Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Trata-se de uma pesquisa documental com base nas propostas aprovadas e contidas no Relatório final da 16ª Conferência, tomando como referência a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Álcool e Outras Drogas. Constatou-se que entre as principais propostas aprovadas estão a revogação de Nota Técnica (11/2019) que muda a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, como por exemplo, a não participação da sociedade na construção das mudanças, o retorno da lógica manicomial, o financiamento de comunidades terapêuticas, o financiamento da eletroconvulsoterapia e as internações de crianças e adolescentes além da revogação da Emenda Constitucional 95, o fortalecimento da Lei 10.216 e a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Aponta-se para a necessidade do fortalecimento e ampliação da participação social em detrimento da mobilização gerada apenas nas conferências, assim como para a construção de estratégias de monitoramento das propostas aprovadas para a garantia do SUS como um princípio democrático.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de Saúde, Participação Social; Conferência de Saúde; Saúde Mental,

**Abstract** *This article discusses proposals and recommendations prepared at the 16th National Health Conference of 2019, based on the voices of social participation in mental health, considering the three thematic axes of the conference: Health as a right; Consolidation of the principles of the Unified Health System (SUS); Adequate and sufficient funding for SUS. It is a documentary research based on the proposals approved and contained in the final Report of the 16th Conference, taking as reference the National Policy on Mental Health and the National Policy on Alcohol and Other Drugs. It was found that among the main approved proposals are the revocation of Technical Note (11/2019) that changes the National Mental Health Policy and the National Policy Guidelines on Alcohol and other Drugs, such as, for example, the non-participation of society in construction of changes, the return of asylum logic, the financing of therapeutic communities, the financing of electroconvulsive therapy and the hospitalization of children and adolescents in addition to the repeal of Constitutional Amendment 95, the strengthening of Law 10.216 and the expansion of the Psychosocial Care Network (RAPS ). It points to the need to strengthen and expand social participation to the detriment of the mobilization generated only at conferences, as*

*well as to build strategies for monitoring the proposals approved to guarantee SUS as a democratic principle.*

**KEYWORDS** Health Policy; Social Participation; Health Conference; Mental health

## INTRODUÇÃO

Após três décadas da histórica conferência marco no Brasil, em 2019, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), organizou a 16ª Conferência Nacional de Saúde com o de resgatar os valores da 8ª Conferência ocorrida em 1986, período em que o Brasil completava 21 anos de ditadura civil-militar, marcado pelo cerceamento dos direitos políticos e sociais.

Nesse processo, o ano de 1970 aponta para o desenvolvimento dos movimentos sociais, a exemplo do 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<sup>1</sup>. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a redemocratização do Brasil, a garantia dos direitos fundamentais foi um dispositivo importante para a participação cidadã.

Esse momento foi de extrema importância para a construção de políticas públicas no País através da Reforma Sanitária que fortaleceu o campo de debate e propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), como principal espaço democrático e deliberativo que culminou na elaboração do capítulo 'Saúde' da Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988<sup>2</sup>, conhecida como Constituição cidadã.

A 8ª CNS foi um marco histórico, pois a partir desse espaço, a CF de 88 consagrou a saúde como um direito de todos e dever do estado e incorporou o delineamento de um sistema de saúde público, universal, igualitário e equitativo. Realizada em 1986, a primeira conferência aberta à sociedade brasileira, apresentou relatório que serviu de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90<sup>3</sup> ratificou a necessidade de implantação de políticas de saúde voltadas para população em sofrimento psíquico, tendo em vista as iniquidades no Brasil e, dessa forma, atender aos princípios de universalização do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde propostos pelo SUS.

Por sua vez, a Lei nº 8142/90<sup>4</sup> expressa a participação social como um dos pilares do SUS, assegurada através dos conselhos e das conferências nas três esferas de governo. No conjunto das conferências já ocorridas desde então, a 16ª CNS demarcou a resistência acerca dos retrocessos nas políticas públicas de saúde mais recentes, incrementadas pela expansão do neoliberalismo e do corporativismo de grupos empresariais da “saúde” e da indústria farmacêutica. Somado a isso a Emenda Constitucional 95 (EC 95) que congela os gastos públicos até 2036, inclusive com a saúde, representa um forte ataque ao SUS, que vem sendo ameaçado frequentemente diante do subfinanciamento imposto.

A análise dos Movimentos Sociais ocupa um lugar central na teoria e na reflexão sociológica, contudo não há uma abordagem inteiramente satisfatória. Desse modo, podem-se apontar duas correntes clássicas: Le Bon, Tarde e Ortega y Gasset apontam a irrupção das massas como um ponto preocupante, pois observam um rompimento perigoso da ordem existente. No outro polo estão Marx, Durkheim e Weber que analisam os movimentos coletivos como um modo de ação social capaz de se inserir na estrutura global buscando uma explosão revolucionária.<sup>5</sup>

Essas duas correntes de reflexão clássica convergem sobre a existência de tensões na sociedade numa tentativa de modificar a dinâmica social. Nesse sentido, a análise dos Movimentos Sociais deverá situar-se dentro de uma perspectiva teórica e histórica de distintos referenciais.

O termo “movimentos sociais” é polissêmico e pode ser entendido como ações sociais coletivas de caráter sociopolítico que visa diferentes formas de a população expressar as suas demandas<sup>6</sup>. Os movimentos sociais se apresentam como um agrupamento de emancipação do sujeito e que desejam a transformação social.<sup>7</sup>

Importa destacar dissimilaridades entre movimento social e participação social. O primeiro, como já apontado representa organizações sociais que expressam uma demanda da sociedade, podendo ser de caráter progressista que busca a transformação e a luta pela inclusão social, e conservadoras, quando lutam por posicionamentos sectários, sendo fundamentadas em xenofobia, por exemplo. Os movimentos sociais no campo da saúde representa uma conquista histórica na busca pelo acesso à saúde e a transformação social.<sup>6</sup>

Já a participação social, conceito elegido para a análise proposta nesse artigo, ancorada nas ciências sociais, pode ser definida como a capacidade que os indivíduos têm de intervir em uma tomada de decisões nos aspectos que envolvem e afetam o seu cotidiano, um processo de aquisição do poder que pode intervir nas tomadas de decisões.<sup>8,9</sup>

No cenário acadêmico, as pesquisas sobre a participação social e conselhos de saúde abordam avanços tímidos na efetivação do *controle social* no SUS. O estudo da participação social se constitui como um objeto importante para a investigação no campo da Saúde Coletiva, sobretudo no que se refere a análise de política, planejamento e gestão em saúde. Ao tomar como objeto de estudo a participação social em saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde, busca-se analisá-la de modo articulado aos fatos do passado, particularmente em relação às conferências de saúde anteriores e às políticas de saúde mental que foram instituídas até então, e como estes podem ter reflexos e fomentar os debates atuais sobre o tema.

Deve-se considerar ainda que o estado da arte sobre a participação social, verificado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se os seguintes descritores: conferências de saúde, saúde mental, participação social, demonstra lacuna de estudos que analisam a influência dos conselhos e conferências no processo de formulação, implementação, acompanhamento e monitoramento de políticas voltadas a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, revelando apenas doze (12) documentos que abordam a temática.

Desde 2017 a Política Nacional de Saúde Mental<sup>10</sup>(PNSM) passa por mudanças mesmo com as intensas críticas de pesquisadores e entidades ligadas

ao movimento sanitário e à Reforma Psiquiátrica, que apontam involução nos cuidados a Pessoa em Sofrimento Mental (PSM). Essas mudanças ampliam a capacidade de leitos psiquiátricos, fortalece a indústria farmacêutica e confrontam a Lei 10.2016 da Reforma Psiquiátrica, violando os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Com base em tais elementos, o presente artigo tem o discutir as propostas e recomendações que foram feitas na 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo-exploratório, a partir da pesquisa documental.<sup>11</sup> Para esse estudo, utiliza-se como documento central o relatório final da 16ª Conferência Nacional de Saúde, composto por registros diversos, considerados fontes de coleta de dados desse estudo, a saber: propostas e deliberações aprovadas na conferência, 27 relatórios de etapas preparatórias, Carta de Brasília, Moções de Recomendação, Apoio, Apelo e Repúdio, Diretrizes e Propostas Destacadas para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, Atos Normativos, Decretos, Documento Orientador, Resoluções de Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Diretrizes Metodológicas. Todos esses foram analisados integralmente.

Esses registros se constituem em uma fonte de dados importantes para entender os eventos, processos e transformações relacionados ao objeto. Os documentos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo temática para a produção de categorias previamente determinadas e articulando com a definição teórica de participação social assumida neste estudo.<sup>12,13</sup>

Assim, após realizar a leitura do relatório final da Conferência Nacional de Saúde com as diretrizes e propostas sistematizadas das 26 Conferências Estaduais e uma (1) do Distrito Federal, as propostas foram catalogados a partir de uma categoria central: Democracia e Saúde e três subcategorias analíticas

definidas previamente: 1. Saúde como direito; 2. Consolidação dos princípios do SUS; 3. Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A 16ª CNS foi oficializada através do Decreto de Convocação nº 9463/2018 e realizada no Distrito Federal entre os dias 4 a 7 de agosto de 2019, deixando escrito mais um capítulo da história da saúde pública brasileira, por muitas mãos, para que, conforme determina o Parágrafo 1º, do Artigo 1º, da Lei Federal nº 8080/1990, deem conta de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”.

A conferência contou com a participação de três mil delegados e aproximadamente 2,5 mil participantes credenciados, incluindo os representantes de conselhos municipais, estaduais e nacionais de todo o território nacional, entidades, associações, sindicatos, movimentos sociais, trabalhadores, gestores e usuários, instituições de ensino superior, fóruns, organizações e pastorais.

As propostas e deliberações aprovadas por esses participantes devem subsidiar o Plano Plurianual 2020-2023, o Plano Nacional de Saúde e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, como ferramenta sociopolítica, como é previsto na legislação.

Após a leitura exaustiva e análise criteriosa buscando preservar as ideias centrais e contribuições para a Política Nacional de Saúde Mental, foi possível extrair um total de 19 propostas distribuídas pelos 26 estados e o Distrito Federal. Abaixo, estão sistematizadas as propostas para o desenvolvimento de políticas no campo da saúde mental.

### CATEGORIAS

### SÍNTESE DA PROPOSTA



**DEMOCRACIA E SAÚDE**

1. Revogar Nota Técnica N° 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS que aponta mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas;
2. Ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental.

**SAÚDE COMO DIREITO**

1. Efetivar a política de saúde mental, sem retrocessos aos princípios da Lei nº 10.216;
2. Fortalecer a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), e revogação da Nota Técnica (nº 11/2019) intitulada “Nova Política de Saúde Mental”, e do Decreto nº 9.761/2019 intitulada Nova Política Nacional sobre Drogas;
3. Garantir o programa de reabilitação psicossocial com oficinas estruturadas na perspectiva da economia solidária;
4. Ampliar o financiamento para a saúde, promover saúde mental e investir nos processos de educação permanente em saúde dos trabalhadores (as) em gestão pública de saúde;
5. Garantir a Realização da Conferência de Saúde Mental nas três esferas de governo.
6. Fortalecer as ações de saúde mental com a implantação de novos CAPS considerando as especificidades da região amazônica.

**CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS**

1. Respeitar os princípios do SUS, a Lei Federal nº 10.216/2001;
2. Implantar políticas de saúde integradas com outras políticas públicas (educação, habitação, assistência social) de promoção da saúde mental desde a primeira infância;
3. Garantir a implementação da política nacional de saúde mental com vistas a atender pessoas com doenças do neurodesenvolvimento, incluindo a avaliação neuropsicológica nos procedimentos financiados pelo SUS, obedecendo às definições da Lei Federal nº 10.216/2001;
4. Fortalecer e capilarizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com implantação de CAPS I, II e III 24h, CAPSi, CAPS AD III, ADI e CER IV Centros de Convivência, GERARTE, Consultórios de Rua;
5. Defender a política de redução de danos como orientadora do tratamento em saúde mental, sem nenhum retrocesso aos princípios da Lei Federal nº.10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica);
6. Garantir a implementação da reforma antimanicomial com o cuidado em liberdade para todos os usuários, através da ampliação e



|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>FINANCIAMENTO ADEQUADO</b></p> | <p>fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi;</p> <p>7. Rever parâmetros populacionais para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em municípios com menor número de habitantes e os territórios dos povos indígenas, considerando as necessidades de cada um e a partir da demanda fundamentada em estudos epidemiológicos e sócio demográficos.</p> <p>8. Implementar e fortalecer os serviços da Política de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS) nos serviços da RAPS da Política Nacional de Saúde Mental.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                      | <p>1. Otimizar os gastos em saúde ampliando o financiamento tripartite para garantir financiamento estável e sustentável do SUS com vistas a promoção da Saúde Mental;</p> <p>2. Garantir o financiamento tripartite para serviços de base territorial e comunitária, não manicomial como CAPS tipo I, II, III, AD, AD III e infantojuvenil, com ênfase em CAPS III e CAPS AD III, de forma a fortalecer e ampliar o cuidado em saúde mental de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e da Lei Federal Nº 10.216 de 2001.</p> <p>3. Destinar incentivo e recursos financeiros para a produção de hortas, farmácias vivas, PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) nos serviços da Rede de Saúde Mental, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), residências terapêuticas nas UBS (Unidades Básica de Saúde) e incentivar a população na manutenção das hortas.</p> |

É preciso considerar que a própria Conferência e as propostas daí resultantes se assentam num contexto político conturbado e envolvendo mudanças conflituosas, com importante manifestação das organizações sociais. Além disso, importa destacar as mudanças nas coordenações e pastas que compõem o Ministério da Saúde, o que aponta para desencontro nas informações e incertezas acerca do debate.

O ano de 2019 foi marcado por diversas mudanças na conjuntura política do Brasil. Um grande avanço na agenda liberal se apresenta de forma

antidemocrática, restrição de direitos e, sobretudo, retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas. As mudanças relacionadas a tais políticas aconteceram sem a participação social, garantida através da Lei 8080/90 e 8142/90.

O modelo de seguridade social adotado pelo País prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas<sup>2</sup>. No entanto, diversos modelos de atenção à saúde marcada pela exclusão de grandes contingentes da população já predominaram no Brasil<sup>22</sup>, como é o caso da Nova Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, instituída em 2017 e a Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída também em 2017, que defende um modelo de saúde higienista e o encarceramento da população com transtornos mentais.

No atual bojo da crise política e institucional, os eixos da conferência apresentam propostas que resgatam a relação da saúde como princípio da democracia garantida constitucionalmente. Dentre as propostas, podemos destacar as que visam revogar a Nota Técnica N° 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS a qual explicita mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas. A nota em questão apresenta retrocessos de forma sumária a Reforma Psiquiátrica Brasileira, reconhecida mundialmente, pois recoloca o hospital psiquiátrico no centro do cuidado em saúde mental e como lugar de restrição de liberdade e violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Essa situação contaria a proposta de uma rede de dispositivos substitutivos que ofereçam cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar, tais como: hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência e oficinas terapêuticas em consonância com a Reforma Psiquiátrica<sup>14</sup>.

Além disso, a lógica biomédica sobrepõe o modelo de clínica ampliada e não considera a ampliação do sofrimento em suas determinantes sociais, políticas e econômicas. A nota propõe a volta do tratamento da eletroconvulsoterapia (ECT) como um aparato terapêutico de alta eficiência e tecnologia, já questionada em

sua eficácia, tendo em vista os efeitos adversos causados em longo prazo a pessoa em sofrimento psíquico. A medida ainda defende a internação de crianças e adolescentes retirando-as do seio familiar e comunitário, por meio da privação de liberdade e tomada de direitos fundamentais como saúde, educação, esporte, lazer.

Outro ponto que se tornou emblemático foi a abstinência como modelo de tratamento à pessoa que faz uso problemático de substâncias psicoativas. Tal fato desconsidera a Portaria 1.028/2005 que dispõe sobre as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

Essa terapêutica culpabiliza o sujeito e coloca a responsabilidade de forma unilateral, o que contraria a lógica da Redução de Danos que defende o direito de escolha do sujeito para a garantia do seu bem-estar através do suporte de uma equipe multiprofissional capaz de conduzi-lo a um uso menos problemático. Contudo, o entendimento mais razoável é que o cuidado deve ser efetivado em liberdade nos serviços de base comunitária e no território de forma a seguir a lógica da Atenção Psicossocial respeitando, sobretudo a garantia dos Direitos Humanos.<sup>15</sup>

Nas propostas foi possível observar a cobrança pela ampliação dos serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, atendendo aos critérios populacionais para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) previstas em lei. A revogação do Decreto nº 9761 de 2019 que apresenta uma nova política sobre drogas e ataca a Política de Redução de Danos, também surge como proposta.

Essa mudança começou a ocorrer desde 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política resultando em processos de mudanças estruturais que conduziram a política de saúde mental ao retrocesso<sup>16</sup>. Nesse cenário, a Comissão Intergestores Tripartite<sup>17</sup> aprovou a resolução em dezembro de 2017 que resgata o modelo de cuidado em saúde mental manicomial e dá início a um processo de desmonte da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Prosseguindo com os retrocessos, que vem intensificando o desmonte da Reforma Psiquiátrica, a portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 ainda determina o reajuste no valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de hospitais psiquiátricos “segundo seu tamanho”, o que vai à contramão das recomendações internacionais e do próprio percurso da Reforma Psiquiátrica<sup>18</sup>.

Desde 2006, o Brasil inverteu o gasto em saúde mental através dos serviços comunitários, demonstrando que os hospitais psiquiátricos receberam menos recursos e demonstrando um tímido investimento na RAPS. Importante destacar que esse crescimento nos serviços comunitários começou a estancar após 2011 e que não se sabe dados fidedignos após 2015. Essa mudança revela uma perda de transparência dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde<sup>18</sup>

As propostas também apontam para reforçar que o cuidado às pessoas com transtornos mentais seja efetivado em liberdade e em serviços comunitários. Apesar de essa deliberação ter sido discutida e aprovada no relatório final, os serviços comunitários apresentam uma fragilidade institucional e financiamento insuficiente para atender a demanda da atenção psicossocial. Contudo, alguns estudos apontam a consistência de suporte de uma rede de serviços bem articulada e a redução do número de internações e medicamentos após a vinculação aos serviços comunitários<sup>18,19</sup>.

No que tange ao financiamento adequado e as políticas de saúde mental, as deliberações visam aperfeiçoar os gastos com a saúde e adequar e efetivar o financiamento nas três esferas de governo nos equipamentos de atenção psicossocial. Após duas décadas da Emenda Constitucional 29 (2000), como uma importante conquista da sociedade brasileira para a ampliação do sistema de saúde e reforçando o protagonismo da participação social nos processos decisórios, não se observa sinais significativos de mudanças no cenário da política de saúde mental. Na contramão desses avanços, em 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 95, implementando o congelamento de gastos com a saúde até 2036 e confirmando os fortes ataques sofridos pelo SUS.

No campo da saúde mental, o desfinanciamento ao longo dos anos e os investimentos atuais estão muito abaixo do necessário para comportar sua carga para a saúde pública, segundo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O baixo investimento nesse campo revela uma fragilidade nos pontos de apoio que oferecem cuidados psicossociais. Podem-se apontar desafios importantes que explicam o financiamento (in) adequado dos serviços de saúde mental, como por exemplo: a falta de vontade política; inconsistências nos dados acerca dos investimentos em saúde mental e a subnotificação dos dados sobre os transtornos mentais.

De acordo com o “Atlas de Saúde Mental” (20017), da Organização Mundial da Saúde (OMS), embora alguns países tenham feito progressos na formulação e no planejamento de políticas de saúde mental, ainda há escassez de profissionais de saúde qualificados nessa área, assim como é insuficiente os investimentos em instalações de saúde mental baseadas nas necessidades e demandas da comunidade.

A partir de 2019, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com serviços de base territorial e comunitária que substitui o modelo hospitalocêntrico e manicomial pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) teve um aumento de 100% do número de serviços habilitados comparando com os investimentos em 2018, segundo dados do Ministério da Saúde. Contudo, o financiamento também autoriza a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, o que contraria a lógica da RAPS e vai de encontro ao Plano de Ação Abrangente da OMS para a saúde mental 2013-2010, adotado na 66ª Assembleia Mundial de Saúde.

Vale destacar que o relatório da conferência defende, de forma intransigente, a Lei da Reforma Psiquiátrica que institui a Política Nacional de Saúde Mental, bem como seus critérios para internações compulsórias e involuntárias de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, preservando a autonomia do indivíduo. Igualmente, os participantes ainda defendem a implantação de Serviços Especializados de Atenção em Saúde Mental nas regiões de saúde, com ampliação dos investimentos em políticas

voltadas para a promoção de saúde mental e para o tratamento da dependência química e outros transtornos mentais.

Por conseguinte, o relatório ainda apresenta como recomendações: incentivo a capacitação dos profissionais para atuar na saúde mental; ampliação do número de leitos de psiquiatria nos hospitais gerais e serviços de urgência e emergência; viabilização dos consultórios de rua, ainda que por meio de consórcios intermunicipais e ampliação dos CAPS.

Esses serviços são estratégicos para organização da Rede de Atenção Psicossocial no território e consolidação da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a portaria de incremento às políticas de financiamento e qualificação assistencial<sup>20</sup> subsidiaram uma expansão significativa de serviços importantes, a partir de 2011, com destaque para a população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Entre as propostas para a consolidação do sistema de saúde, os conselheiros reivindicam o cumprimento a Lei nº 10.216 e a garantia da implementação da Política Nacional de Saúde Mental em todos os níveis. A saúde mental no Brasil é uma área cronicamente subfinanciada como mostra um estudo em 2017 sobre governança e mecanismos de avaliação. Esse estudo discute que o foco da política parece arcaico em relação aos preceitos do modelo psicossocial e conclui que os mecanismos de avaliação precisam ser ampliados.<sup>21</sup>

Além das propostas aprovadas no relatório final da conferência no campo da saúde mental, os delegados também rejeitaram propostas, principalmente dos eixos relacionados ao financiamento do SUS, como foi o caso da que pedia a revogação da lei que aprovou a entrada do capital estrangeiro na saúde, aprovada em 2015 e outra foi a que inscreve no texto constitucional o piso salarial dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde.

Os delegados também rejeitaram a proposta que defendia o fortalecimento e capilarização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a implantação e financiamento dos desenhos de RAPS regionais, qualificação profissional e ampliação da sua atuação conjunta com os pontos da atenção básica. Essa

rejeição pode representar discussão insuficiente acerca dessa pauta que representa um problema crônico no sistema de saúde brasileiro.

A RAPS foi prejudicada com a *Portaria nº 3.588*<sup>22</sup>, de 21 de dezembro de 2017, que reintroduziu a figura do Hospital Dia, centralizador do cuidado a partir de intervenções biomédicas em detrimento das práticas psicossociais, e abrindo a possibilidade para práticas ambulatoriais desarticuladas. Desse modo, percebe-se uma inclinação do campo para a hegemonia das práticas biomédicas, desde que a adequada instauração de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) desse conta da articulação entre níveis de atenção, como mostraram alguns estudos recentes<sup>23</sup>.

Pode-se destacar que seis propostas fazem uma defesa irrestrita da Lei Federal nº.10.216/2001 salvaguardando os princípios de um cuidado em liberdade para os usuários dos serviços de saúde mental, princípios de redução de danos como orientador do tratamento e assegurando qualificação das equipes que ofertam esse cuidado.

Frente ao cenário da 16ª Conferência Nacional de Saúde, os movimentos sociais e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) submeteram e aprovaram com 94,3% de aprovação o texto Moção para convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental como forma de resistência aos retrocessos da chamada nova política de saúde mental, que vai na contramão dos avanços dos 30 anos da Carta de Bauru em 1987 que defendia uma sociedade sem manicômios e quase duas décadas da Lei da Reforma Psiquiátrica.

A expectativa é que a realização da 5ª Conferência de Saúde Mental possibilitará um amplo debate com todas as forças antimanicomiais e a favor da atenção e cuidado em liberdade, em base territorial e comunitária. A participação da sociedade em processos democráticos em um país é fundamental para a os avanços da política de saúde mental e da democracia brasileira e é através da dessa participação que a sociedade será capaz de transformar e consolidar o SUS como princípio e como direito inalienável do cidadão brasileiro.

Sintetizando as propostas, em todos os eixos da conferência, no que se refere ao campo da saúde mental, nota-se a égide do fortalecimento da política de

cuidado de atenção integral e intersetorial ao usuário de álcool e outras drogas, pautado na Política de Redução de Danos, na garantia do direito à saúde e o respeito a Declaração Universal dos Direitos Humanos. É possível considerar que o conjunto das propostas, defendem uma política de saúde mental que não azila as subjetividades das pessoas, mas que defende de forma irrestrita o cuidado em liberdade com direito de ir e vir nos serviços substitutivos de base territorial e comunitária.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse artigo não produz explicações, mas possibilita reflexões e interpretações que ampliam o nosso olhar para este objeto de estudo. A 16ª Conferência Nacional de Saúde se configurou como um cenário político importante para o debate da política de saúde mental e para o SUS. A arena de disputas ideológicas colocam os princípios da universalidade, integralidade e equidade contrariando a política de austeridade e confrontando com as forças neoliberais, o sucateamento e a insuficiência financeira que agrava a crise democrática da saúde como direito.

Essa conjuntura política de ameaça à democracia se iniciou com os cortes no orçamento da 16ª CNS que foi um terço em relação a última conferência, o que coloca o desafio de assegurar, portanto, a participação social efetiva, prevista na Lei 8142/1990. Entretanto, mesmo frente aos desafios e em um contexto de graves ameaças a saúde, as propostas apresentadas no relatório final da 16ª CNS revelam um projeto societário contra-hegemônico, pois registram uma defesa contra a expansão do neoliberalismo e do corporativismo, bem como a defesa irrestrita dos determinantes sociais da saúde.

Nesse sentido, nota-se que o fortalecimento da participação social é imprescindível como constituição de novos sujeitos sociais com vistas a desenvolver uma consciência coletiva sanitária e crítica que ultrapasse a proposta da conferência como um ato meramente político e pontual, mas que acima de



tudo, atenda e cumpra o que está previsto na Lei nº 8142/1990 que assegura a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde.

Nos últimos cinco (5) anos, desde o impedimento da continuidade do mandato de Dilma Rousseff (2015), o Brasil vem enfrentando diversos retrocessos na política de saúde mental, especialmente no que tange as restrições da participação social nos processos decisórios, na contrarreforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e o modelo hospitalocêntrico e outros retrocessos de ordem ideológica.

No cenário da saúde mental, pode-se destacar a nova política de drogas, que possibilita a internação involuntária de usuários e prioriza as comunidades terapêuticas e a abstinência como do tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas, deixando de lado o tratamento focado em redução de danos e os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As propostas para a política de saúde mental apresentadas no relatório final da 16ª CNS fundamentam –se nos pressupostos da RSB e nos preceitos da seguridade social. Essas proposições e reivindicações devem servir como um importante fio condutor para serem contempladas no Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 e para a ampliação do SUS, contudo, os conselhos de saúde não devem abrir mão de diálogos permanentes, assim como de análises conjunturais para avaliar correlações de forças existentes no respeito às deliberações e na luta pela saúde como direito.

## REFERÊNCIAS

1. Paim, J. S.; Almeida-Filho, N. de(orgs.). Saúde coletiva: teoria e prática 1.ed.. 2014. Medbook, Rio de Janeiro: 720pp.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

3. \_\_\_\_\_. Lei 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, Brasília, DF, 19 set. 1990 a. Seção 1. Disponível em: . [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_confmundo/docs/l8142.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/l8142.pdf) Acesso em: 11 de Jun. 2020.
4. \_\_\_\_\_. Lei 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, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_confmundo/docs/l8142.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/l8142.pdf). Acesso em: 11 de Jun. 2020.
5. Bobbio, Norberto, 1909- Dicionário de política I Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et al.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. - Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1ª ed., 2016.
6. Gohn, m.g. História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Loyola, 2014.
7. 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.
8. Côrtes, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias, Porto Alegre , n. 7, p. 18-49, June 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222002000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100002&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222002000100002>.
9. Vianna, M. L. T. W; Cavalcanti, M. L; Cabral, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? Sociologias, Porto Alegre, n. 21, jun. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222009000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100010&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222009000100010>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.
11. MAY, Tim. Pesquisa Social: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

12. Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Amarante Paulo, Nunes Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 June [cited 2020 June 12] ; 23( 6 ): 2067-2074. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria n. 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 de jun. 2020a, Seção 1, p. 59.
16. Onocko-Campos Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2020 June 12] ; 35( 11 ): e00156119. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en). Epub Oct 31, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.
17. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução ° 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 dez.
18. Campos Rosana Teresa Onocko, Furtado Juarez Pereira, Passos Eduardo, Ferrer Ana Luiza, Miranda Lilian, Gama Carlos Alberto Pegolo da. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev. Saúde Pública, 2009.
19. Tomasi Elaine, Facchini Luiz Augusto, Piccini Roberto Xavier, Thumé Elaine, Silva Ricardo Azevedo da, Gonçalves Helen et al . Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cad. Saúde Pública.
20. Ministério da Saúde. Relatório de gestão de saúde mental: 2003-2006. Brasília (DF); 2007.
21. Trapé TL, Onocko-Campos R. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. Rev Saúde Pública 2017; 51:19.

- 22.**Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2017; 22 dez.
- 23.**Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface (Botucatu) 2019; 23:e180617.

#### 4. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Ao longo desta caminhada intrincada e cheia de desafios, procurei produzir um conhecimento científico sensível e alinhado às demandas da sociedade, não apenas como um campo crítico e racional, mas, sobretudo, afetivo para conferir materialidade a luta social e política.

Esta dissertação de mestrado em cujo objetivo primordial procurou analisar a participação social em saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019) teve como produto final dois manuscritos intitulados: 1. Revisão de literatura sobre a participação social e saúde mental pós Reforma Psiquiátrica no Brasil e 2. Vozes da participação social em Saúde Mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde.

O estudo da participação social em saúde mental na 16ª Conferência Nacional de Saúde reflete sobre a Reforma Psiquiátrica como um fenômeno social complexo e que está em constante dinâmica, com avanços e retrocessos, com a abertura e o fechamento das grades que privam a liberdade das subjetividades em manicômios e instituições psiquiátricas, ou numa perspectiva crítica mais radical, indústrias da loucura.

A epistemologia se encarrega, através do sujeito social da pesquisa, em produzir conhecimentos através de uma análise crítica, fundamentada e baseada em métodos e resultados no encontro entre o sujeito e fenômeno a ser investigado, entretanto, não pode estar distante do elemento político que atravessa todas as estruturas sociais e principalmente da saúde que é o campo de estudo desta aposta.

Espera-se que este estudo contribua de forma significativa para pensar os caminhos da participação social em saúde mental no Brasil, pois os espaços de participação configuram-se como elementos da democracia e representa inovação nas políticas públicas pós-ditadura civil militar com avanços para que todo cidadão possa controlar as ações governamentais inclusive com poder decisório.

Este estudo possibilitou reflexões acerca da pouca visibilidade da importância da participação social em saúde mental, pela escassez de propostas no relatório final da conferência e esse fator deve ratificar a necessidade de divulgação ampla das agendas e reuniões dos conselhos como determina a Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre sua estrutura e organização.

Além disso, pode-se inferir que a baixa representação pode ter influenciado na construção de propostas e diretrizes, bem como a burocratização e a baixa informação e qualificação dos conselheiros. Ademais, as mudanças na gestão do Ministério da Saúde e a falta de respeito à Lei 8142/90 no ano da conferência tomada por ações políticas e interesses pessoais de determinados grupos políticos em detrimento dos interesses coletivos comuns.

Epistemologicamente, a escolha desse objeto também é uma decisão política com a tarefa de produzir uma ciência como um elemento político para a produção do conhecimento científico pautado não apenas na racionalidade, mas no compromisso ético e com a transformação social.

As análises das propostas tendo como material base o Relatório Final da Conferência, reconhece este espaço como protagonista que delega, analisa e aponta significativas transformações para o campo da saúde mental enquanto demandas e necessidades.

A sistematização das propostas demonstra que sem a participação social efetiva, os princípios da Reforma Psiquiátrica em desenvolvimento não serão consolidados, tendo em vista a crescente força ameaçadora de retorno da lógica manicomial e a medicalização da vida. A Luta Antimanicomial só terá capacidade de interferir na agenda do Estado se ampliar o protagonismo dos sujeitos na saúde mental para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo enfrentando o retorno de uma política de cuidado pautado no eletrochoque com financiamento público e o retorno da lógica que privilegia o modelo manicomial em direção equivocada aos avanços da Política Nacional de Saúde Mental.

A materialização do Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde demonstra que as propostas para a política de saúde mental fundamentam-se nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e essas proposições e reivindicações devem servir como um importante fio condutor para serem contempladas no Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 e para a ampliação do SUS, contudo, os conselhos de saúde não devem abrir mão de diálogos permanentes, assim como de análises conjunturais para avaliar correlações de forças existentes no respeito às deliberações e na luta pela saúde como direito.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados e os resultados apontam uma carência de estudos científicos no cenário nacional com uma escassez de estudos publicados em base de dados que são imprescindíveis para nortear ações da política brasileira de saúde mental e demonstra que a partir das análises do Relatório Final da Conferência, levando em consideração o debate da saúde mental a partir dos eixos temáticos da conferência, apontaram a perspectiva da medicalização excessiva, a revogação da Nota Técnica (nº 11/2019) intitulada “Nova Política de Saúde Mental”, e do Decreto nº 9.761/2019 intitulada Nova Política Nacional sobre Drogas reconhecendo-se como um debate presente dentro da conferência.

Este manuscrito final de dissertação, antes mesmo de apresentar uma análise acerca da participação social em saúde mental através do Relatório Final, traduz um posicionamento político em defesa da política de saúde mental e reafirma a necessidade de garantir voz às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, bem como os trabalhadores que também devem ser protagonistas desse processo.

Sendo assim, o Relatório Final da Conferência, materializa o protagonismo e reafirma a importância da participação social para pensar e fazer política pública de saúde no País em defesa da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária Brasileira em curso e que vem sofrendo diversos ataques no sentido de desmontar o papel da democracia do Sistema Único de Saúde para um modelo privatista e de mercantilização da saúde.

Em meio a diversos posicionamentos contrários as alterações na política de saúde mental, não foi possível frear a aprovação de diversos pontos críticos que vão de encontro a Lei 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. Esse fato demonstra como a participação social, garantida através da Constituição Federal vem perdendo forças no cenário das políticas públicas do país.

A Psicologia exerce um papel fundamental na luta pela defesa da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica e pela superação dos muros dos manicômios, inclusive com protagonismo político na mudança da assistência em saúde mental há mais de duas décadas no cuidado em saúde pautado na cidadania. A partir do seu Código de Ética Profissional, o (a) Psicólogo (a) deve assumir o compromisso social em defesa da liberdade, da promoção da autonomia dos usuários e familiares de saúde mental no sentido de não reproduzir praticas manicomiais hegemônicas.

Finalmente, o estudo apresenta algumas limitações teórico-metodológicas que devem ser mais bem aprofundadas, pois lançou mão apenas de pesquisa documental de instrumento produzido no âmbito da conferência, contudo, outras metodologias e técnicas poderiam ser utilizadas para elucidar melhor os resultados, como por exemplo, um estudo etnográfico e observação não participante para coleta de dados.

Os achados apontam para a necessidade urgente de articulação do conselho de saúde com outros conselhos para lutar e assegurar o direito a participação e ao controle social previsto na Constituição. Importa destacar a necessidade de uma agenda de lutas e mobilizações por todo o País para formação de uma consciência sanitária e política que defenda o papel da democracia em todas as esferas da sociedade para enfrentar a atual crise estrutural acomete principalmente as políticas de saúde e educação com o aprofundamento da Emenda Constitucional 95 (EC-95) que congela os pisos de custeio para esses setores.

Espera-se que essa reflexão possa trazer luz ao debate sobre a participação social em saúde mental e reafirmar o papel do controle social na



transformação da realidade social a partir de uma vontade coletiva contra hegemonia para a construção de um novo projeto societário.

## 5. REFERÊNCIAS

BISOL CA. **Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais.** Estud Psicol (Campinas) 2012; 29:719-26

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Coleção para entender a gestão do SUS. **O processo de implantação do SUS. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p. 52-118

RESSEL LB, BECK CLC, GUALDA DMR, HOFFMANN IC, SILVA RM, SEHNEM GD. **O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa.** Texto & Contexto Enferm 2008; 17:779-86.

SOUZA, H. J. **Como se faz análise de conjuntura.** 26ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

TRAD LAB. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde.** Physis (Rio J.) 2009; 19:777-96.

TESTA, M. *Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? Y ¿Porqué?* Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 247-257, set./dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300003)>. Acesso em: 2 fev. 2017. [ Links ]

FLEURY E LENAURA (organizadoras) **Participação, Democracia e Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia Científica.** 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento

de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 26 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web:

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. 2019. p. 18.

DINIZ, E. **Reflexões sobre análise de conjuntura**. In Cadernos de Conjuntura, 36, 1-8 IUPERJ, 1991

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario testa**. (dissertação de mestrado) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1989.

Gramsci, A. **Maquiavel. a política e o Estado moderno**. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 1980

MARX, Karl. **O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte**. São Paulo: Centauro, 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 2, e00129616, 2017 . .

SOUZA, Herbert José de. **Como se Faz Análise de Conjuntura**. Petrópolis: Vozes, 1984.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

VIANNA LW. **Ator, tempo e processos de longa duração em análises de conjuntura**. In Cadernos de Conjuntura, IUPERJ, 36, 1991.

TESTA, M. *Decidir en Salud: ¿Quén?, ¿Cómo? Y ¿Porqué?* Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 247-257, set./dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300003)>. Acesso em: 2 fev. 2017.

AMARANTE, Paulo. LOUCOS PELA VIDA: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). PESQUISA SOCIAL. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

ESCOREL S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 323-64. [ [Links](#) ]



## APÊNDICES



**APÊNDICE A** - Ficha para classificação e análise do material bibliográfico segundo critérios de pertinência ao objeto analisado

**ANO DE PUBLICAÇÃO:**

**TIPO DE DOCUMENTO:**

**PERIÓDICO:**

---

**Ano de publicação**

( ) Antes de 2001 **EXCLUÍDO**

( ) Até 2020

---

**Estudo realizado no Brasil ou referente ao contexto?**

( ) Sim

( ) Não **EXCLUÍDO**

---

**Idioma**

( ) Português; ( ) Inglês; ( ) Espanhol

( ) Outro idioma **EXCLUÍDO**

---

**Texto na íntegra**

( ) Sim

( ) Não **EXCLUÍDO**

---

**Tipo de texto**

( ) Artigo; ( ) Tese; ( ) Dissertação

( ) Outro **EXCLUÍDO**

---

**Revisados por pares**

( ) Sim

( ) Não **EXCLUÍDO**

---

**Estudo com pertinência ao objeto investigado**

( ) Sim

( ) Não **EXCLUÍDO**

---

**APÊNDICE B:** Instrumento de coleta de dados (validado por Ursi, 2005).

| 1. IDENTIFICAÇÃO                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título da publicação                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Base de dados                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Título do periódico                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Autores                                  | Nome:<br>Afiliação:<br>Grau de titulação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Idioma                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ano de publicação                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tipo de publicação                       | <input type="checkbox"/> Tese<br><input type="checkbox"/> Dissertação<br><input type="checkbox"/> Artigo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2. INTRODUÇÃO E S                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2.1 Introdução                           | <input type="checkbox"/> define o objeto de investigação<br><input type="checkbox"/> justifica a relevância do estudo<br><input type="checkbox"/> apresenta revisão de literatura relacionada ao tema de estudo<br><input type="checkbox"/> o quadro teórico representa o conteúdo do estudo                                                                                                                                                                  |
| 2.2 (s)                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2.3 Questão (s) de investigação          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 3. CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                          | 3.1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> análise de discurso<br><input type="checkbox"/> descritiva <input type="checkbox"/> estudo de caso<br><input type="checkbox"/> exploratória <input type="checkbox"/> etnometodologia<br><input type="checkbox"/> pesquisa convergente <input type="checkbox"/> hermenêutica<br>assistencial <input type="checkbox"/> etnociência<br><input type="checkbox"/> etnografia <input type="checkbox"/> psicologia ecológica |

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 Tipo de publicação/<br>delineamento da pesquisa                                      | <div> <input type="checkbox"/> etologia <input type="checkbox"/> histórica </div> <div> <input type="checkbox"/> fenomenologia <input type="checkbox"/> pesquisa-ação </div> <div> <input type="checkbox"/> teoria fundamentada em dados <input type="checkbox"/> pesquisa documental </div> <div> <input type="checkbox"/> história de vida </div> <div> 3.1.2 Pesquisa teórica <input type="checkbox"/> revisão sistemática </div> <div> <input type="checkbox"/> revisão integrativa <input type="checkbox"/> Metanálise </div> <div> <input type="checkbox"/> relato de experiência <input type="checkbox"/> meta-síntese qualitativa </div> <div> <input type="checkbox"/> narrativa </div> <div> Outros: _____ </div> |
| 3.2 Grupo estudado                                                                       | 3.2.1 População estudada:<br>3.2.2 Características:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3.3 Cenário de estudo/ Local de coleta dos dados/ Local a que se refere o estudo teórico | Local:<br>Cenário:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3.4 Técnica de coleta de dados                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3.5 Tratamento e análise dos dados                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>4. IMPLICÇÕES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL</b>                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4.1 Aspectos da organização das conferências                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4.2 Pautas                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>5. CONCLUSÕES</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5.1 Contribuições para a PNSM                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5.2 Limitação do estudo                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## APÊNDICES

### APÊNDICE C - Análise do corpus documental com base em Cellard (2008)

| 1. MATRIZ PARA ANÁLISE DOCUMENTAL           |  |
|---------------------------------------------|--|
| Descrição do documento                      |  |
| Contexto histórico                          |  |
| Autores                                     |  |
| Autenticidade e confiabilidade do documento |  |
| Natureza do texto                           |  |
| Conceitos-Chave                             |  |

## APÊNDICES

**APÊNDICE D** – Diretrizes e propostas relacionadas a Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do relatório final da 16ª Conferência Nacional de Saúde

### LEGENDA IDENTIFICAÇÃO DAS DIRETRIZES E PROPOSTAS

|                                                            |                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIRETRIZ EIXO TRANSVERSAL –<br>DEMOCRACIA E SAÚDE          | -----                                                                                                                    |
| Propostas Eixo Transversal – Democracia e Saúde            | (SEE0P3)<br>(RNE0P3)<br>(SEE0P5)                                                                                         |
| DIRETRIZ EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO                       | -----                                                                                                                    |
| Propostas Eixo I – Saúde como Direito                      | (ALE1P4/1)<br>(CEE1P2)<br>(DFE1P1)<br>(MGE1P4)<br>(RJE1P2)<br>(SPE1P2)<br>(ALE1P5)<br>(SPE1P1/1)<br>(MTE1P5)<br>(ACE1P1) |
| DIRETRIZES DO EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS | PIE2D0,                                                                                                                  |



|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Propostas Eixo II – Consolidação dos Princípios do SUS</p>             | <p>(GOE2P3)<br/>(GOE2P4)<br/>(MTE2P5)<br/>(RJE2P5)<br/>(RSE2P1)<br/>(SEE2P2/)<br/>(DFE2P5)<br/>(RJE2P5)<br/>(RSE2P1)<br/>(SEE2P2)<br/>(PBE2P2)<br/>(PEE2P1)<br/>(PEE2P4)<br/>(MGE2P4/7)<br/>(GOE2P1)<br/>(CEE2P1)<br/>(DFE2P2)<br/>(GOE2P4)<br/>(PBE2P2)<br/>(PEE2P1)<br/>(PEE2P4)<br/>(PIE2P1)<br/>(PIE2P4)<br/>(MGE2P4/6)<br/>(DFE2P5)<br/>(MSE2P2<br/>AME2P1)<br/>(ESE2P3)<br/>(BAE2P4/2)</p> |
| <p>DIRETRIZ EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS</p> | <p>-----</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                     |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Propostas Eixo III – Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS | (CEE3P2)<br>(GOE3P1)<br>(SPE3P1)<br>(ESE3P2)<br>(PRE3P2)<br>(SEE3P3)<br>(RSE3P5) |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

**Estado – Eixo – Nº diretriz ( por exemplo: BAE0D )**

**Estado – Eixo – Nº proposta ( por exemplo: MAE1P3 )**

- 1 47 (SPE1P2) - Fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada do SUS com a ampliação das RAS (Redes de Atenção à Saúde) em todas as linhas de cuidado. Em especial, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), conforme a reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) para garantir e fortalecer as conquistas e avanços advindos da luta antimanicomial por meio da revogação da Nota Técnica (nº 11/2019) intitulada “Nova Política de Saúde Mental”, e do Decreto nº 9.761/2019 intitulada “Nova Política Nacional sobre drogas” e assegurar a Política de Redução de Danos, para que o cuidado seja efetivado em liberdade nos serviços de base comunitária e no território de forma a seguir a lógica da Atenção Psicossocial Antimanicomial com implantação de CAPS e suas variadas modalidades, serviços de residência terapêutica, trabalho e geração de renda, consultório na rua, ampliação de leitos psiquiátricos em hospital geral, ações de apoio matricial na Atenção Básica – NASF, entre outros, ampliando assim o acesso em todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, é preciso adequar e efetivar o financiamento nas três esferas de governo.

- 2 55 (ALE1P4/1, CEE1P2, DFE1P1, MGE1P4, RJE1P2) - Garantir a efetivação da política de saúde mental, sem retrocessos e contra a política de internações de longa permanência, mantendo os princípios contidos na lei nº 10.216, ('Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), baseada na manutenção, ampliação e fortalecimento dos dispositivos territoriais substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPS Tipo III, CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) e CAPSI (infantil) , assim como os Centros de Convivência e Cultura, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, assegurando a desinstitucionalização e fechamento dos manicômios e ampliando as Equipes Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com obrigatoriedade da participação de profissional de saúde mental.
- 3 56 (ACE1P1) - Fortalecer as ações de saúde mental com a implantação de novos CAPS considerando as especificidades da região amazônica.
- 4 57 (SEE0P3) - Revogar a Nota Técnica Nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS a qual explicita mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas.
- 5 86 (MTE1P5) Garantir a Realização da Conferência de Saúde Mental nas três esferas de governo.
- 6 (GOE2P1, PIE2D0, CEE2P1) - Ampliação e otimização do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade, com justiça social, respeitando as diversidades pessoais e coletivas, ambientais, sociais e sanitárias das regiões, com acessibilidade plena e respeito a diversidade de gênero, buscando reduzir as mortes e morbidades evitáveis, melhorando as condições de vida das pessoas e aprimorando a política de Atenção Primária, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, fortalecendo o processo de

regionalização-descentralização, ampliando o acesso a atendimentos de especialidades de média e alta complexidade, em tempo oportuno, com investimento das três esferas de governo, respeitando os princípios do SUS, a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS regionais e integrais, incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada.

- 7 19 (GOE2P3) - Implantar políticas de saúde integradas com outras políticas públicas (educação, habitação, assistência social) de promoção da saúde mental desde a primeira infância, que envolvam os diversos níveis de atenção (planejamento familiar, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, dentre outros) com ações que previnam violências, promovam saúde e a cultura de paz, práticas de cuidado e socialização compatíveis com o desenvolvimento infantil, que fortaleçam os vínculos parentais, conforme evidências e documentos da Organização Mundial de Saúde.
- 8 60 (GOE2P4, MTE2P5) - Garantir que a implementação da política nacional de saúde mental seja efetivada em todos os níveis, estruturando espaços especializados para atender pessoas com doenças do neurodesenvolvimento, incluindo a avaliação neuropsicológica nos procedimentos financiados pelo SUS, obedecendo às definições da Lei Federal nº 10.216/2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental, bem como seus critérios para internações compulsória e involuntárias de dependentes químicos, preservando assim a autonomia do indivíduo, implantando/implementando Serviço Especializado de Atenção em Saúde Mental nas regiões de saúde, com ampliação dos investimentos em políticas voltadas para a promoção de saúde mental e para o tratamento da dependência química e outros transtornos mentais, incentivando a

capacitação dos profissionais para lidar com saúde mental mantendo equipes qualificadas para atendimento na rede, ampliando o número de leitos de psiquiatria nos hospitais gerais e serviços de urgência e emergência, viabilizando os consultórios de rua, ainda que por meio de consórcios intermunicipais.

- 9 61 (PBE2P2, PEE2P1, PEE2P4, MGE2P4/7) - Revogar a Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 11/2019, as Portarias GM/MS nº 3.588/2017 e nº 3.659/2018 e arquivar o PL nº 37/2019, fortalecendo a política de atenção integral à saúde mental dos brasileiros e 48 brasileiras, assegurando acesso e continuidade no atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial, na iniciativa de redução de danos e outros serviços na lógica antimanicomial, não financiando as comunidades terapêuticas e outros serviços que se opõem à lógica da política vigente.
- 10 62 (PBE2P2, PEE2P1, PEE2P4, PIE2P1, PIE2P4) - Garantir e fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde Mental, respeitando as conquistas da Reforma Psiquiátrica e efetivando as propostas das Conferências de Saúde Anteriores, inclusive a redução de danos por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ações intersetoriais que visem à reinserção social.
- 11 63 (DFE2P2, GOE2P4, PBE2P2, PEE2P1, PEE2P4, PIE2P1, PIE2P4, MGE2P4/6) - Fortalecer e capilarizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a implantação e financiamento dos desenhos das RAPS regionais, qualificação profissional e ampliação da sua atuação conjunta com os pontos da Atenção Básica e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando: a) a conclusão de obras e ampliação do número de unidades de CAPS, CAPS AD III, ADI e CER IV; b) a ampliação do número de centros de convivência, GERARTE, Consultórios de Rua e CAPS III nas capitais e interior dos Estados, de acordo com a demanda e necessidade de atendimento regionalizado; c) a garantia de equipes multiprofissionais,

estrutura física e equipamentos adequados para atender todas as regiões, com atendimento 24 h; d) a inclusão no protocolo de implantação dos CAPS, de veículo e motorista à disposição da unidade; e) ampliação dos serviços: de atenção à saúde mental infanto-juvenil (CAPSi), CAPSAD, CAPS I, CAPS II, CAPS III 24h e leitos integrais em hospitais gerais; f) Unidades de acolhimento transitório e infanto-juvenil; g) a supressão da obrigatoriedade de equipes de psiquiatria para os serviços de saúde mental.

12 64 (ALE1P5) - Garantir na Rede Atenção Psicossocial a implantação de um programa de reabilitação com oficinas estruturadas na perspectiva do direito formal e informal (Economia Solidária e emprego apoiado), englobando a capacitação, produção, divulgação e comercialização.

13 65 (RJE2P5/, RSE2P1/, SEE2P2/) - Assegurar o cuidado em liberdade para os usuários dos dispositivos de saúde mental, direcionando 100% dos recursos do SUS da saúde mental para rede de atenção psicossocial, garantindo a política de redução de danos como 49 orientadora do tratamento em saúde mental, sem nenhum retrocesso aos princípios da Lei Federal nº.10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), e assegurando atenção qualificada aos usuários na Estratégia Saúde da Família (ESF), qualificando a comunicação entre as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ampliação do matriciamento sistemático e o trabalho em rede

14 66 (DFE2P5/, RJE2P5/, RSE2P1/, SEE2P2/) - Garantir a implementação da reforma antimanicomial com o cuidado em liberdade para todos os usuários, através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental,

consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território), da implementação da política nos diferentes pontos da Atenção Básica e a execução da Política Nacional referente à saúde mental no sistema prisional. Reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas.

- 15 67 (DFE2P5/, MSE2P2, RNE0P3, SEE0P5, AME2P1) - Ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, revendo os parâmetros populacionais para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em municípios com menor número de habitantes e os territórios dos povos indígenas, considerando as necessidades de cada um e a partir da demanda fundamentada em estudos epidemiológicos e sócio demográficos.
- 16 86 (ESE2P3, BAE2P4/2) - Implementar e fortalecer os serviços da Política de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS) nos serviços da RAPS da Política Nacional de Saúde Mental, como forma de promover o cuidado centrado no sujeito, na busca de melhoria, de qualidade de vida, e de sua autonomia, modificando assim a cultura de cuidado baseada na lógica medicalizante e segregatória.
- 17 34 (ESE3P2,PRE3P2,RSE3P5) - Garantir o financiamento tripartite para serviços de base territorial e comunitária, não manicomial como CAPS tipo I, II, III, AD, AD III e infantojuvenil, com ênfase em CAPS III e CAPS AD III, de forma a fortalecer e ampliar o cuidado em saúde mental de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e da Lei Federal Nº 10.216 de 2001, fortalecendo a política de cuidado de Atenção Integral e Intersetorial ao usuário de álcool e outras drogas, pautado na Política de Redução de Danos, garantindo o direito à saúde e à vida, respeitando a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o caráter não-asilar, fomentando o

cuidado em serviços substitutivos de base territorial e recomendando ao Governo Federal que atualize e incremente o valor de custeio mensal dos CAPS, que permanece inalterado desde 2008.

18 51 (SEE3P3) - Destinar incentivo e recursos financeiros para a produção de hortas, farmácias vivas, PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) nas Unidades de Saúde da Família e nos serviços da Rede de Saúde Mental, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), residências terapêuticas nas UBS (Unidades Básica de Saúde) e incentivar a população na manutenção das hortas.

19 74 (CEE3P2,GOE3P1,SPE1P1/1,SPE3P1) - Otimizar os gastos em saúde, ampliando o financiamento tripartite para garantir financiamento estável e sustentável do SUS, fortalecendo e ampliando o investimento na Atenção Primária em Saúde como ordenadora do cuidado, revogando a PNAB 2017, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família, o número de equipes e de profissionais nos NASFs, Saúde Bucal, Promoção de Saúde, Saúde Mental e no atendimento de média complexidade e investindo nos processos de educação permanente em saúde dos trabalhadores (as) em gestão pública de saúde.



## ANEXO



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180<sup>o</sup> da Independência e 113<sup>o</sup> da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001