

DOCUMENTO ORIENTADOR DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (5ª CNSM)

TEMA CENTRAL

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO DIREITO: PELA DEFESA DO CUIDADO EM LIBERDADE, RUMO A AVANÇOS E GARANTIA DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUS

INTRODUÇÃO

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – 5ª CNSM (convocada pela Resolução CNS nº 652 de 14 de dezembro de 2020), a ser realizada de 17 a 20 de maio de 2022, se inscreve em um dos períodos mais complexos e tristes da história recente de nosso país, marcado por crises nos âmbitos sanitário, político, social e econômico, colocando um conjunto de desafios a todos os coletivos, instituições e pessoas que lutam, intransigentemente, em defesa da democracia, dos direitos humanos e da exigência de superação das profundas desigualdades sociais.

Torna-se fundamental ressaltar que as Conferências – e todo processo que envolve as etapas municipais, estaduais e nacional – constituem momentos ímpares de mobilização, reflexão e debate para a análise, avaliação e formulação de políticas públicas, de modo que, no contexto atual, são ainda mais relevantes, por se configurarem como uma das práticas coletivas concretas de consolidação da democracia e da efetiva participação cidadã na construção de uma sociedade democrática, justa, diversa e solidária.

No contexto de comemoração de 20 anos da Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), uma mirada à trajetória de três décadas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), com destaque ao movimento social vinculado à Luta Antimanicomial e implementação e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PNSMAD) no Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia a complexidade da transformação proposta pelos princípios e diretrizes da superação do paradigma asilar, da construção de redes substitutivas, fundadas na defesa do cuidado em liberdade e de apoio nos territórios, da promoção de direitos humanos e da construção de novos lugares sociais para as pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. Tal transformação, tecida em um sistema público, universal, equânime e com controle social, expressa, de forma inequívoca, a indissociabilidade entre saúde mental, garantia de direitos, participação, justiça social e democracia.

Em meio aos graves ataques e retrocessos na PNSMAD na atualidade, por vezes caracterizados como contrarreforma psiquiátrica, reconhecer e

debater, coletivamente, as conquistas, os avanços, os desafios das práticas, os pontos críticos, as exigências ainda não contempladas, as principais barreiras e as inovações a serem produzidas, em diálogo com a multidimensionalidade das necessidades das pessoas, dos coletivos, dos territórios compõem este processo de análise e de construção de proposições na perspectiva de retomar e avançar o processo de RPB que vinha em curso no país. Esse direcionamento se alinha justamente com o tema central da 5ª CNSM – “A política de saúde mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS” – e seu eixo principal – “Fortalecer e garantir políticas públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos direitos humanos”, definidos pela Resolução CNS nº 660, de 05 de agosto de 2021.

O propósito deste documento é contribuir com o amplo conjunto de atores participantes das etapas municipais e/ou macrorregionais, estaduais e/ou distrital e preparatória, dispondo textos para provocar reflexões e debates nos contextos locais. Neste sentido, seguem elementos de contextualização do Eixo Principal e dos 4 Eixos, que englobam os 20 temas correlacionados, indicados no regimento da 5ª CNSM (Resolução CNS nº 660 de 05 de agosto de 2021).

Certamente as temáticas são múltiplas e multifacetadas, de modo que se buscou, então, apresentar subsídios primordiais e, distante da pretensão de esgotar todas as dimensões presentes em cada tema, buscou-se, sobretudo, reafirmar o compromisso ético-técnico-político com o SUS, que engloba o imperativo ético de “uma sociedade sem manicômios”, e, em particular, reforçar o convite ao necessário e potente debate coletivo e democrático que apenas a realização das conferências, em suas diferentes etapas, com ampla participação, poderá efetivar.

EIXO PRINCIPAL

FORTALECER E GARANTIR POLÍTICAS PÚBLICAS: O SUS, O CUIDADO DE SAÚDE MENTAL EM LIBERDADE E O RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS

1) CONTEXTO HISTÓRICO ATUAL MAIS AMPLO: A CRISE POLÍTICA, ECONÔMICA E SANITÁRIA

Desde a crise econômica internacional de 2008, estamos vivendo, no mundo, uma radicalização do projeto neoliberal, que já vinha acontecendo desde a década de 1980, com crescente desinvestimento e sucateamento das políticas sociais, deterioração das condições de trabalho e de vida para a maioria da

população, com aumento da desigualdade social e da miséria. No entanto, na década de 2010, essa radicalização no plano econômico e social ganhou um novo ingrediente: forças políticas e governos de ultradireita, com características autoritárias, ganharam o poder ou aumentaram sua influência em muitos países, tendo, como exemplos mais significativos, os governos dos Estados Unidos, na gestão Donald Trump, e outros países como a Polônia, a Hungria, Israel e as Filipinas. No contexto brasileiro, tentou-se resistir a essas tendências até meados da década de 2010 mas, depois do golpe midiático-jurídico de 2016, que destituiu a presidente eleita democraticamente pela maioria da população em 2014, essas forças ultradireitistas também atingiram o país, particularmente a partir do atual governo.

Trata-se de governos e forças políticas que se inspiram em estratégias similares às experiências do nazismo e do fascismo do século XX, centralizando o poder em lideranças carismáticas, cujas atrocidades levaram à Segunda Guerra Mundial e à morte ou ao genocídio de milhões de pessoas. No entanto, agora temos um novo componente importante: sistemas computacionais superpotentes e redes sociais controladas por algumas instituições estatais e, particularmente, por empresas multinacionais quase sem controle, capazes de espionar e se apropriar de dados de cada usuário/a das redes sociais e das instituições públicas, gerar mecanismos massivos de manipulação, valorizando o negacionismo das ciências e desinformação (*fake news*), estimular a polarização ideológica e política e a formação de bolhas de comunicação, além de minar os mecanismos democráticos de eleições e do debate e gestão pública, que devem se sustentar em informações baseadas nas ciências e em mídias sérias e investigativas.

Há um relativo consenso entre analistas críticos de que o projeto político dessas forças em vários países e, particularmente, no Brasil, tem os seguintes objetivos: destruir os pilares da democracia; centralizar poder; desestruturar e reduzir radicalmente o financiamento das políticas públicas ambientais, de direitos humanos, da seguridade social, da ciência e tecnologia, da educação e da cultura etc., com ataques aos direitos sociais; desestruturar as conquistas históricas dos direitos trabalhistas e dar completa liberdade para os atores econômicos e políticos que visam ampliar a exploração econômica da população trabalhadora e dos recursos naturais, sem qualquer preocupação com a preservação do meio ambiente e com a crise do aquecimento global; estimular o livre acesso às armas para a população civil e milícias; promover política genocida em relação à população negra, indígena, favelada, mulheres, migrantes e refugiados, a pessoas com deficiências e com sexualidade e identidades de gênero diferenciadas da heterocisnormatividade e, em geral, aos mais pobres. Nesse contexto, destacam-se programas fundados na *necropolítica*, incluindo segregação radical, políticas negacionistas no enfrentamento de crises sanitárias, como a COVID-19, ou mesmo de extermínio via ações militares violentas, com características típicas de barbárie;

aprofundamento da militarização da vida e da política; legitimação do machismo, do fundamentalismo religioso, do preconceito contra a população LGBTI+ e a população em situação de rua, do racismo, com perdas significativas de conquistas civilizatórias e total desrespeito aos direitos associados a essas populações e à autenticação da diversidade que marca a vida social.

No Brasil, este projeto em curso, como não poderia deixar de acontecer, atingiu em cheio as políticas de saúde e, particularmente, de saúde mental, com muitos retrocessos na PNSMAD construída no seio da RPB, afetando a expansão ou mesmo a manutenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste campo, a partir de 2016, os dois governos federais fizeram questão de colocar na gestão no Ministério da Saúde (MS) – além de estimular que ocorresse o mesmo em alguns estados e municípios –, representantes das alas mais conservadoras da psiquiatria e da medicina que, a partir da década de 2000, foram se tornando cada vez mais corporativistas, privatistas e manicomiais, em posicionamento contrário ao próprio projeto do SUS como um todo.

Na PNSMAD, tivemos inúmeros retrocessos desde 2016, impostos de forma vertical, sem consulta aos principais atores políticos do campo da saúde mental, com invisibilidade de dados, abandonando todas as prioridades definidas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental e com total desrespeito às instâncias de participação e Controle Social do SUS e às principais diretrizes de organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU), a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e também da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD). Como exemplo, temos o forte desinvestimento nos serviços e dispositivos da RAPS nos territórios e deslocamento maciço de recursos para unidades privadas e filantrópicas, incluindo Hospitais Psiquiátricos (HP) conveniados com o SUS e, particularmente, Comunidades Terapêuticas (CT), destinadas a usuários/as com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que funcionam com uma única abordagem de abstinência absoluta e internações médias e longas, e que possuem um histórico comprovado de inúmeras violações de direitos.

Todos estes dispositivos não possuem vínculos com territórios do SUS e com a RAPS, e essa mesma característica marca tentativas de implementação de outras iniciativas, como as unidades ambulatoriais chamadas de Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental - EMAESM e os CAPS AD IV, introduzidos pela Portaria GM/MS nº 3.588/2017. Outro exemplo de medidas contrárias à RPB está na desmobilização das numerosas iniciativas de discussão, decisões compartilhadas, formação e educação permanente de trabalhadores/as e de avaliação e qualificação da rede, que foram tão importantes para promover a troca de experiências e a democratização das decisões em todos os pontos de atenção da rede.

No entanto, esse quadro tem sido objeto da resistência dos movimentos

de RPB e antimanicomial, como nas várias iniciativas de formação de frentes parlamentares antimanicomiais no nível nacional, estadual e municipal, de oposição ao financiamento público das CT, e já em 2020, após noticiada a ameaça de revogação em bloco de portarias ministeriais que sustentam a RAPS, o campo rapidamente se articulou para barrar sua consolidação, com sucesso, em movimento nacional que ficou marcado como “Não ao Revogação”.

É importante também lembrar que no plano internacional e mesmo nacional, há muitas contradições e processos em marcha, exatamente na direção contrária dos projetos políticos de ultradireita e de seus governos. Vários destes últimos estão perdendo legitimidade internacional e em sua própria população, enfrentando manifestações e mobilizações populares, como no Brasil, ou perdem eleições, como no caso de Trump nos Estados Unidos. As consequências da gestão desastrosa do meio ambiente cobram seu preço, com eventos climáticos cada vez mais severos, com inúmeras consequências já visíveis, como a recente crise hídrica. O enfrentamento equivocado da pandemia de COVID-19 elevou o número de mortes evitáveis, aumentando o sofrimento da população e gerando descontentamento com tais governos. A gestão caótica da economia gera taxas elevadas de estagnação, desemprego, desigualdade social, inflação, miséria e insegurança alimentar, com aumento da fome. Nesse contexto, nos últimos anos, houve uma ampliação significativa da organização e das mobilizações de importantes movimentos sociais populares antirracistas, femininos e feministas, de população em situação de rua, de diferentes identidades sexuais, de populações indígenas e comunidades tradicionais etc.

Outros desses processos contraditórios estão nos posicionamentos e documentos cada vez mais críticos da ONU, da OMS e de sua subsidiária, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em defesa de políticas de direitos humanos, da saúde pública e de RPB para seus países membros. Na ONU, a CDPD, de 2006, estabeleceu uma série de novos direitos, que também incluem as pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, tendo sido adotada no Brasil como emenda constitucional, ou seja, com o mesmo status jurídico da Constituição, e, depois, regulamentada pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI), Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estas referências legais abrem inúmeras brechas para resistir e lutar por esses direitos no país. Em paralelo, em decorrência da CDPD, há vários documentos da OMS e da OPAS dos últimos anos que precisam ser conhecidos, uma vez que detalham esses direitos, enfatizando o protagonismo de usuários/as e familiares e conclamando os países membros a implementá-los. Um exemplo importante é o documento divulgado pela OMS em junho de 2021, intitulado *Diretrizes para serviços comunitários de saúde mental: promovendo abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*, no qual se reconhece a experiência brasileira de RPB das últimas décadas como um exemplo para outros países.

É preciso também destacar o processo de enfrentamento da pandemia de COVID-19 a partir de 2020 pelo atual governo, como revelado pela CPI do

Senado Federal sobre o tema. Esta tem demonstrado não só o negacionismo das ciências, inúmeras formas de corrupção e iniciativas nítidas de necropolítica, mas também desconhecimento e indiferença em relação aos inúmeros aspectos da crise sanitária e da saúde mental da população em decorrência da pandemia, que devem ser reconhecidos pelas forças democráticas do campo da saúde e da saúde mental, no sentido de propor programas e políticas para minorar o sofrimento dos grupos atingidos. Aqui, é importante destacar:

a) as milhares de mortes trágicas, muitas evitáveis, e, em torno de cada uma destas perdas, um contingente muito maior de parentes e amigos/as, a maioria sem poder realizar os rituais mínimos de luto e despedida de seus entes queridos, aumentando a incidência de diferentes formas de sofrimento mental. Talvez o grupo mais vulnerável seja o das crianças e adolescentes que perderam um ou até os dois genitores;

b) a recessão e crise econômica grave, com aumento do desemprego, desigualdade social, miséria, insegurança alimentar e fome, que atingem principalmente a população pobre e negra, as mulheres e todos/as aqueles/as que vivem do trabalho informal, que, no Brasil, é praticamente quase metade da força de trabalho;

c) o alto custo e, nos picos de incidência, o colapso dos sistemas funerários e de saúde pública, com inúmeras consequências para os/as trabalhadores/as de saúde, que mostraram alto nível de esgotamento e exaustão, sem falar no alto risco e medo de contágio deles/as próprios/as e de seus familiares e das numerosas perdas de colegas;

d) o sofrimento das pessoas que, sendo internadas, relatam experiências traumáticas, de proximidade da morte e de serem testemunhas da morte de outros/as internados/as; além disso, a doença provoca diversos outros efeitos colaterais de curto, médio e longo prazo, significando uma enorme demanda adicional na área de reabilitação física e psicossocial nos próximos anos;

e) as medidas de distanciamento físico e social geraram enorme sofrimento difuso na sociedade, particularmente nos/as moradores/as de habitações precárias e reduzidas, ou quando são obrigados/as a sair para o trabalho em sistemas de transporte superlotados; este quadro aumentou, na sociedade em geral, o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas; a incidência de violência doméstica (abuso infantil e agressões às mulheres e às pessoas idosas) e, pela interrupção das aulas presenciais em todos os níveis de ensino, houve perdas na interação, sociabilidade e atraso no processo de aprendizagem, chegando até ao abandono da escola para parcela significativa de alunos/as, particularmente da população mais pauperizada e sem acesso adequado à internet.

A partir destas constatações, os estudos realizados no Brasil e em vários outros países americanos e sistematizados recentemente pela OPAS mostraram que a pandemia provocou uma piora significativa do quadro de saúde mental da

população e a deterioração de quadros severos já existentes. Além disso, é importante reconhecer que a pandemia também gerou fortes limitações para as atividades presenciais, redução do número de trabalhadores/as e de atendimentos na rede de saúde mental, mesmo com o grande esforço de muitos trabalhadores/as para garantir o cuidado à população. Há uma enorme demanda reprimida, que deverá ser enfrentada pelos sistemas de saúde e saúde mental a partir do aumento das taxas de vacinação e da regularização de atividades presenciais na vida social e nos serviços.

Mais recentemente, em 2021, testemunhamos muitas iniciativas solidárias na base da sociedade, de suporte social e de enfrentamento da fome, particularmente nas favelas e populações mais vulneráveis. Nas redes de saúde mental, foram criados dispositivos de atenção *on-line*, como acompanhamento individual e familiar, grupos de ajuda e suporte mútuos, oficinas de arte e cultura, demonstrando que poderão permanecer e complementar as atividades presenciais na rede de saúde mental após a pandemia. Para isso, será fundamental que os serviços da RAPS, seus profissionais, usuários/as e familiares possam contar com pleno acesso à internet e capacitação para lidar com esses dispositivos, em um processo amplo de inclusão digital.

2) CAMINHOS PERCORRIDOS NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM LIBERDADE E PROMOÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

No início da década de 1970, no contexto da luta contra a ditadura civil-militar instalada no Brasil, no período de 1964-1985, nasce o movimento da Reforma Sanitária. O movimento propunha mudanças e transformações na área da saúde que incluíam a melhoria das condições de vida da população. O chamado “movimento sanitário” representava a organização de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como o que deu corpo às teses que sustentaram o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e as propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS.

As respostas às necessidades de mudanças, na área de saúde mental, iniciaram-se no final da década de 1970 com um movimento ancorado na Reforma Sanitária, pela RPB, formulado por diversos atores entre instituições, entidades, movimentos e militância que sistematizaram as primeiras denúncias de violências, ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social e outras. Embora tenha relação com o movimento sanitário na defesa de um sistema único de saúde e da redemocratização do país, a RPB constrói e define o seu próprio processo de transformação da assistência em saúde mental, seguindo um percurso próprio na busca de transformação do sistema de Saúde Mental por meio da desinstitucionalização/desconstrução/construção no

cotidiano das instituições de uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico.

De acordo com *Documento à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, apresentado pelo Ministério da Saúde, o processo de RPB tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado no final dos anos 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos “pacientes psiquiátricos”, o processo da RPB constitui um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas usuários e usuárias e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da RPB avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios¹.

De acordo com os documentos já citados, e outros, incluindo as normativas do Ministério da saúde, pode-se acompanhar a construção no Brasil do processo da Reforma. O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos/as Trabalhadores/as em Saúde Mental (MTSM) movimento plural formado por trabalhadores/as integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge naquele ano e assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a “questão psiquiátrica”, e passa a protagonizar e a construir, a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência.

A violência das instituições psiquiátricas foi apresentada à sociedade civil: cenas impressionantes dos grandes manicômios do Brasil, como o Juqueri, no Estado de São Paulo, a Colônia Juliano Moreira, no Estado do Rio de Janeiro, e o Hospital de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, foram veiculadas pelos meios de comunicação. Iniciou-se naquele período a sistematização dos questionamentos sobre os saberes e as práticas psiquiátricas. A experiência

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas.

Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da atenção em saúde mental, na época reduzida ao viés psiquiátrico, tendo sido realizadas iniciativas de mudança em alguns estados. As políticas daquele período buscavam formular e operar propostas progressistas de intervenção, com ênfase nas orientações preventivistas e comunitárias, então difundidas pela OPAS. Dentre elas, destacam-se as experiências em São Paulo e Rio Grande do Sul que enfatizavam a construção da rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental, com a expansão de ambulatórios e equipes de saúde mental na atenção básica, como uma alternativa ao modelo asilar.

Nesse contexto de ideias, realizou-se o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru - São Paulo, em 1987, que marcou o início de uma nova discussão a partir da explicitação de um campo ético-político para o projeto de transformação da atenção em saúde mental: o direito de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. Neste congresso nasce o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, instituindo o 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial e assumindo a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”. O paradigma psiquiátrico é colocado em questão e a crítica e o enfrentamento à existência do manicômio torna-se prioritária para a RPB.

Neste mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental estruturada em três temas básicos: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental².

Neste período, seguiram-se vários embates para a constituição do SUS, revelando proposições e projetos político-institucionais diferentes. No complexo percurso de construção concreta do SUS, foram criados e desenvolvidos programas municipais e novos serviços de atenção em saúde mental. São de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao HP. São implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, projetos de trabalho, a cooperativa, a residência para os egressos do hospital e a associação. A experiência do município de Santos

² BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1988. 40p.

passa a ser um marco no processo de RPB.

Com a Constituição de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder do controle social. No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas antimanicomiais nos campos legislativo e normativo. A apresentação desse projeto potencializou o debate em todo o país e estimulou a criação de projetos de orientação semelhante em vários estados. Nos anos seguintes, foram aprovadas diversas leis de acordo com as diretrizes da reforma nos estados. O Projeto de Lei nº 3.657/1989 passou por um longo processo de tramitação no Senado Federal, atravessando toda a década de 1990 e, após aprovação de um substitutivo, a Lei nº 10.216, aprovada em 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da reforma psiquiátrica, foi sancionada pelo Presidente da República.

Na década de 1990, o Brasil participou ativamente da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada pela OPAS/OMS e ocorrida em Caracas, Venezuela (em 1990), na qual foi produzida a Declaração de Caracas. A partir da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, e tem como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários/as na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunas livres. Esta participação foi responsável pelo surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes. Os grandes temas sobre os quais se centraram as deliberações dos/as delegados/as e dos/as participantes da II Conferência Nacional de Saúde Mental foram: A rede de atenção em saúde mental; A transformação e cumprimento de leis; O direito à atenção e direito à cidadania³.

No período compreendido entre 1999 e 2000, realizaram-se diversos encontros promovidos por organizações do campo da reforma e do movimento social que visavam, sobretudo, discutir e avaliar o processo da reforma e buscar

³ Conferência Nacional de Saúde Mental (2.: Brasília: 1992). **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental.

caminhos que viabilizassem a superação do momento que, na avaliação de alguns atores, em particular do então MNLA, configurava-se como de estagnação. Essas mobilizações apontaram para a necessidade de convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Assim, foi convocada a III Conferência realizada em dezembro de 2001, intitulada “Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. O eixo temático central da Conferência foi definido como “Reorientação do modelo assistencial”, demonstrando os princípios e objetivos que a animavam⁴.

De acordo com os textos já citados, a III Conferência consolida a RPB como política de Estado, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da RPB. Neste período, o Movimento Antimanicomial passou a se organizar em duas principais tendências, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (4 CNSM-I) teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010. Mesmo com pouco tempo para sua organização, tendo em vista a amplitude de uma Conferência de Saúde Mental, que foi, pela primeira vez, intersetorial, houve grande participação de usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as do campo da saúde e de outros setores.

O relatório da 4 CNSM-I⁵ aponta que a conjuntura política e social e o campo da saúde mental tornaram-se mais complexos nos últimos anos, o que teve forte incidência no processo de organização da 4 CNSM-I, expressando-se em desafios específicos. Foi intenso o debate com o Conselho Nacional de Saúde e com conselheiros de saúde em todo o país, sobre a necessidade da realização de uma conferência de saúde mental intersetorial, quando conferências temáticas específicas dentro do campo da saúde vinham sendo desestimuladas. Neste sentido, foi decisiva a atuação de delegação de usuários/as, familiares, profissionais e representantes de entidades, realizando a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da 4 CNSM-I em 2010.

A ampla participação e representação democrática consolidou as conferências nacionais como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos e com ampla

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental. Caderno Informativo**. Brasília, DF, 2001. 85p.

⁵ SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.

participação popular. O tema da IV Conferência foi “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. A convocação da intersectorialidade, de fato, foi um avanço em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos.

Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro lado, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersectorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção para consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário.

Desde a 4 CNSM-I, novas organizações surgiram no cenário da RPB. No atual contexto político socio sanitário, se destacam o Movimento Psiquiatria, Democracia e Cuidado em Liberdade e a Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental (FASM), a qual realizou a 1ª Conferência Popular Nacional de Saúde Mental Antimanicomial entre os dias 9 a 12 de outubro de 2021, com transmissão pelas redes sociais da Frente e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Conferência, etapa preparatória para a 5 CNSM teve como tema “+ Liberdade + Diversidade + Direitos = Democracia”.

3) PARTICIPAÇÃO E PROTAGONISMOS DE USUÁRIAS, USUÁRIOS E FAMILIARES

No contexto das experiências locais, foram criadas, no início dos anos 1990, as associações de usuárias/os, familiares, profissionais e amigos do campo. O protagonismo de usuárias/os e familiares que então se iniciava constitui uma das ricas e potentes singularidades do processo da RPB e da luta antimanicomial brasileiras. Nos anos seguintes, as associações se difundiram e este protagonismo se fortaleceu, com expressiva participação de usuárias/os e familiares nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, conforme mencionado, nas diversas instâncias de controle social do SUS e de políticas públicas setoriais e intersectoriais, nos três níveis de gestão, assim como em seminários, congressos e demais eventos. Ao mesmo tempo, é fundamental destacar a centralidade desta participação na prática cotidiana do cuidado e no desenvolvimento de diversas estratégias como, por exemplo, assembleias, conselhos gestores, fóruns locais, compreendidas como direito e validação.

Dentre os diversos e múltiplos marcos desta trajetória, no que se refere à articulação regional latinoamericana, cabe destacar a realização da I Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares convocada pela OPAS/OMS e MS, em 2013, da qual participaram representantes de associações e organizações de usuários/as dos serviços de saúde mental e familiares de países da região. Tendo como referência documentos internacionais de saúde

mental e de direitos humanos, dentre os quais a Convenção, a reunião objetivou *“(i) promover o intercâmbio de experiências pessoais e institucionais sobre a autonomia e protagonismo dos usuários e familiares da região das Américas, para favorecer a sua organização social e sua participação nas decisões relacionadas às políticas de saúde mental, dando continuidade aos compromissos firmados ao nível regional; (ii) promover a discussão e reflexão sobre a política pública de saúde mental da região, em particular a em desenvolvimento no Brasil e (iii) empoderar familiares e usuários para avaliação da qualidade e da garantia dos direitos humanos nos serviços”* e deliberou um conjunto de propostas fundamentais (Consenso de Brasília, 2013).

Ressalte-se, ainda, no período recente, a relevância da participação de usuáries/os e familiares nas diversas manifestações e lutas locais, estaduais e nacionais em defesa da continuidade das políticas públicas orientadas pelas diretrizes da RPB e pela Lei 10.216/2001, e contrárias ao processo de contrarreforma. Possivelmente passos ainda mais largos em direção ao desmonte no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial teriam sido dados não fosse a existência permanente de uma mobilização antimanicomial no país.

Dentre as ações mais recentes, destaca-se a resistência operada na “Ocupação Fora Valencius”, em 2016, permanecendo por 121 dias na sala da CGMAD/MS, em oposição à nomeação de um representante da lógica manicomial para o cargo, e o “Encontro de Bauru: 30 anos de luta ‘Por uma sociedade sem manicômios’ em dezembro de 2017, envolvendo uma articulação nacional de diversos coletivos da Luta Antimanicomial e entidades de apoio.

Outro destaque revela a potência dessa articulação no país: a partir da publicação das “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”, pela Associação Brasileira de Psiquiatria, seguido do vazamento de um plano do MS que previa a revogação seriada das principais portarias que garantem os direitos humanos dos usuáries/as do SUS, no atual modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil, brotou o que ficou conhecido como “Não ao Revogação”, com mobilização intensa de Norte a Sul do país, fortalecimento e protagonismo crescente das entidades antimanicomais existentes e criação de novas frentes e estratégias. Do ponto de vista das iniciativas encaminhadas pela PNSNAD, os relatórios de gestão, desde 2003, assinalam numerosas ações de estímulo ao protagonismo e autonomização de usuáries/os de serviços de saúde mental e seus familiares. As bases jurídicas e legais para este estímulo partiram da Lei 10.216/2001; mas também da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU (CDPD, 2006/2009), e a LBI, que reforçaram e ampliaram ainda mais essa perspectiva, além do estímulo direto dos movimentos da Luta Antimanicomial, para que as gestões nacional, estaduais e municipais implementassem essas iniciativas.

As principais linhas de ações e iniciativas desde 2003 foram as seguintes:

- a) Projetos e ações de economia solidária: buscam a reinserção social

e econômica das pessoas com sofrimento mental ou com uso problemático de álcool e outras drogas, por meio de projetos de geração de trabalho e renda, que serão descritos mais adiante.

b) *Projetos e atividades culturais e artísticas*: visam a inserção de usuáries/os em atividades culturais e artísticas diversas, também a serem apresentadas adiante neste texto.

c) *Chamadas de Seleção e Projetos de Reabilitação Psicossocial e de Protagonismo Social de Usuários e Familiares da RAPS*: chamadas para seleção e repasse de recursos, em 2012 e 2013, para projetos e ações diversas. Serão descritas mais adiante.

d) *Grupos de ajuda e suporte mútuos*: o Ministério da Saúde repassou, entre 2010 e 2014, recursos para projetos piloto de grupos de ajuda e suporte mútuos para usuáries/os e familiares, adaptando-os para a realidade social e cultural brasileira, e concomitante avaliação, sistematização⁶ e produção de manuais e cartilhas a partir dessa sistematização. Em 2021, há vários municípios que já implantaram esses grupos. São facilitados por lideranças de usuáries/os ou familiares, acolhem emocionalmente e valorizam a troca de experiências de lidar; promovem esperança e autoestima; estimulam atividades de suporte mútuo e a luta por direitos e o protagonismo nos serviços, no Movimento Antimanicomial e na sociedade. E constituem a forma mais comum de inclusão de trabalhadoras/es de suporte de pares na rede de saúde mental, com a contratação de lideranças de usuáries/os e familiares para desenvolverem esses projetos, como existe hoje em inúmeros países, e no Brasil, no município do Rio de Janeiro.

Além dos projetos e ações promovidas pela PNSMAD, várias outras iniciativas foram criadas pelos atores políticos da saúde mental, tais como trabalhadores/as, professores/as e pesquisadores/as, e pelos/as próprios/as usuáries/as e familiares, na maioria delas inspiradas em experiências de outros países:

a) *Grupos de ajuda mútua de ouvidores de vozes*: constituem uma rede de grupos e coletivos de ajuda e suporte mútuos (Rede de Ouvidores de Vozes) fundada na Holanda em 1987, mas se expandiram para mais de 30 países, inclusive no Brasil, nos quais trocam experiências sobre suas vozes e criam várias estratégias cotidianas de lidar melhor com elas.

b) *Gestão Autônoma da Medicação (GAM)*: o movimento internacional de usuáries/os em saúde mental vem questionando desde a década de 1990 a prescrição indiscriminada e desinformada de psicofármacos, e seus múltiplos

⁶ Estas publicações estão disponíveis na internet para download, bastando colocar o título no site de buscas:

Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental, publicado em 2013; *Cartilha de ajuda e suporte mútuos em saúde mental para participantes*, publicado em 2013; e *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*, publicado em 2014.

efeitos indesejáveis. Montaram várias estratégias de empoderamento e de capacitação, construindo guias de orientação para usuáries/os, valorizando sua experiência e seu saber, fomentando o seu protagonismo na gestão do tratamento, e outras formas de cuidado além do medicamentoso. No Brasil, pesquisadores criaram a partir de 2010 um projeto piloto do GAM, adaptando-o para a realidade brasileira, produzindo um guia disponível que vem sendo apropriado por numerosas iniciativas no restante do país.

c) *Narrativas pessoais de vida com o sofrimento mental*: são histórias pessoais de vida e convivência com o sofrimento mental, narradas por usuáries/os ou familiares, escritas em primeira pessoa do singular (“eu fiz isso e aquilo, etc “...”). Constituem uma forma de integrar e dar novos sentidos às experiências mais difíceis em um conjunto mais compreensível de eventos; uma estratégia de troca de experiências com os/as demais usuáries/as e familiares; e uma voz autêntica e instrumento de mudança social, cultural e institucional na sociedade, para se fazer denúncias. Várias dessas narrativas têm trechos lidos em oficinas, assembleias, grupos de discussão, e algumas acabaram sendo encenadas em filmes, com forte impacto. Além disso, têm colaborado para uma forma mais humanizada de estudo sobre psicopatologia.

d) *Comunidade de Fala*: esse programa forma grupos de usuáries/os para fazer apresentações para públicos diversos, como estudantes, profissionais e cidadãos comuns, falando abertamente sobre a vida de convivência com o sofrimento mental. Têm um papel importante na luta contra a discriminação e o estigma.

e) *Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar e Recovery em Saúde Mental (WRAP)*: foi desenvolvido por lideranças de usuáries dos Estados Unidos em 2002, e no Brasil vem sendo utilizado desde 2014, estimulando a autonomia e estratégias simples no dia a dia, para promover o bem-estar e lidar preventivamente com os sinais de maior sofrimento mental.⁷

f) *Diretivas antecipadas e planos/cartões de crise*: as Diretivas Antecipadas (DA) constituem um dispositivo do campo da saúde, pelo qual uma/o usuária/o expressa previamente por escrito sua vontade e preferências sobre quais tratamentos de saúde quer ou não se submeter, caso no futuro for incapaz de expressá-lo; para escolher um representante pessoal para decidir em seu nome nestas situações; e outros detalhes importantes para o seu bem-estar. Este dispositivo foi apropriado no campo da saúde mental para os momentos de crise, e foi ampliado, passando a ser conhecido como *plano e cartão de crise*. No Brasil, as DA foram regulamentadas na área médica em geral pela Resolução 1.995 de 30/08/2012 do Conselho Federal de Medicina, mas se sustentam também nos direitos expressos na CDPD e LBI. Já tivemos projetos piloto no

⁷ *Cartilha de ajuda e suporte mútuos em saúde mental para participantes*, publicado em 2013; e *Manual de direitos e deveres dos usuáries e familiares em saúde mental e drogas*, publicado em 2014.

Brasil a partir de 2007⁸.

4) CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM LIBERDADE E PROMOÇÃO DE DIREITOS HUMANOS: BREVE SÍNTESE DOS CAMINHOS PERCORRIDOS NA PNSMAD

No início dos anos 1990 teve início a implementação da PNSMAD no contexto do SUS como assinalado anteriormente, e, até 2015, identifica-se “a construção de instrumentos para a indução da implantação do modelo de atenção à saúde mental de base comunitária, orientado para a defesa e promoção dos direitos humanos das pessoas com necessidades decorrentes de sofrimento psíquico e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (Brasil, 2016, p. 1).

Em 2001, a promulgação da Lei nº 10.216/2001 definiu uma nova institucionalidade para a implementação desta política, como política pública do Estado brasileiro e seu desenvolvimento se insere nos avanços e desafios da consolidação do SUS, atravessando diferentes contextos institucionais, sociais, econômicos e políticos.

Fundamental destacar a relevância da construção participativa nesta trajetória de acordo com o princípio de controle social do SUS, com contínua mobilização, em particular dos diversos atores do movimento social da luta antimanicomial, especialmente usuárias/os e familiares, expressa nas II, III e 4 CNSM-I como citado anteriormente (Brasil, 1994; SUS/CNS, 2002; 2010).

A implementação e o desenvolvimento da política nacional de saúde mental do SUS não constitui uma trajetória linear e sem tensões e conflitos: a superação do modelo asilar, garantindo o direito ao cuidado em liberdade com a construção de serviços, projetos e redes substitutivas nos territórios, a efetiva promoção de direitos, e a produção de um novo lugar social de reconhecimento da validação das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental é um processo complexo.

A 4 CNSM-I “reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc” (SUS/CNS, 2010, p. 9)⁹.

⁸ Relatório Encontro de Bauru.

⁹ SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.

Neste processo, pautado nas diretrizes da RPB, foram diversas as normativas da política nacional de saúde mental, no período de 2003 a 2015, visando à redução gradual, pactuada e planejada de leitos de HP. De acordo com os Relatórios de Gestão do período de 2003 a 2015¹⁰, cabe destacar o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH) e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). Com a implementação desse conjunto de medidas verifica-se a redução significativa de leitos e de número de HP: dados de 2002 a 2020 indicam que *“foram reduzidos 37.464 leitos SUS em psiquiatria [...] e desde 2002, 48 hospitais foram fechados ou tiveram seus leitos SUS descredenciados, com base nos resultados do PNASH/Psiquiatria”* (Desinstitute, 2021, p. 10)¹¹. Em 2011, a Portaria 3088/2011, que instituiu a RAPS, republicada em 2013, apresentava o componente “Estratégias de Desinstitucionalização” e indicava a necessidade de expansão da RAPS para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em HP, não considerados como pontos de atenção (Brasil, 2013; 2016)¹². Em 2014, foi criado o Programa de Desinstitucionalização que visava *“intensificar os processos de desinstitucionalização dos usuários em situação de internação de longa permanência, a partir do financiamento de equipes multiprofissionais focadas exclusivamente nestes processos nos territórios”*; entretanto as Portarias subsequentes necessárias não foram publicadas (Brasil, 2016, p. 67)¹³.

Não obstante estas medidas, as violações de direitos humanos permanecem, conforme registrado, recentemente, no documento “Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional”¹⁴. Vale ressaltar, também,

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da RPB. **Relatório de Gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.; e Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

¹¹ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021.

¹² MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria 3088/2011**, republicada em 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/alerta_legis/alerta_legis_4sem_mai13_n40.html; e Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da RPB. **Relatório de Gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

¹⁴ Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Relatório de inspeções: 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas**. — 1. ed. — Brasília: CFP, 2019. 128 p.; 21 cm.

que o PNASH/Psiquiatria foi realizado pela última vez entre os anos de 2012 e 2014, e os nove HP indicados para descredenciamento, em 2016, seguem abertos (Desinstitute, 2021, p. 10). Nesta 5 CNSM, é fundamental o debate sobre este cenário assim como sobre os retrocessos da Portaria 3588/2017, aprovada na CIT, sem diálogo com os principais atores da RPB. Como já sinalizado, dentre os retrocessos destaca-se a inclusão de HP, ambulatórios especializados, CAPS AD IV e hospital-dia na RAPS, distorcendo a leitura da Lei nº 10.216/2001, cuja epígrafe "redireciona o modelo assistencial em saúde mental", no sentido de privilegiar um cuidado em serviços comunitários e que ocorra "pela inserção na família, no trabalho e na comunidade" (Art. 2, inciso II).

Neste mesmo período de 2003 a 2015, também foram diversas as normativas da política nacional de saúde mental do SUS para a construção de uma rede de atenção psicossocial de base comunitária, territorial, substitutiva, diversificada, ampliando efetivamente o acesso ao cuidado em liberdade orientado para a promoção de autonomia e de direitos. Assim, foi criado, processualmente, um amplo conjunto de serviços e projetos: atenção básica, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), consultório na rua, centros de convivência e cultura, CAPS I, II, III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS infantojuvenil, Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil, Serviço Hospitalar de Referência em HG, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta hoje com: 2.742 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 793 SRT; 61 Unidades de Acolhimento (Adulto e Infantojuvenil); 1.884 Serviço Hospitalar de Referência (SHR) em Hospitais Gerais.

No complexo percurso da RPB e de efetivação da Lei 10.216/2001, é essencial destacar a promulgação da Lei 10.708 de 2003 que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pessoas egressas de longas internações em HP, o Programa de Volta para Casa (PVC), e a criação, em 2000, dos SRT sendo, posteriormente, em 2011, estabelecidas duas modalidades (SRT I e II) (Brasil, 2016). Conforme assinalado nos Relatórios de Gestão do período de 2003 a 2015, o PVC e os SRT têm sido fundamentais para a implementação da diretriz de superação do modelo asilar, viabilizando os processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e assegurando o direito a morar e viver em liberdade nas cidades (Brasil, 2005; 2016).

Por outro lado, são ainda presentes diversos desafios e dificuldades, dentre os quais: expansão dos serviços e fortalecimento da articulação na comunidade; acesso à documentação das pessoas com histórico de longas internações; ampliação de inscritos no Programa; reajuste anual do PVC; e aprimoramento contínuo das práticas cotidianas, tendo em vista a complexidade dos processos de promoção do habitar e da apropriação do SRT e PVC, na perspectiva de exercício de direitos, de fortalecimento do poder de contratualidade, e de inserção e participação social (Brasil, 2005; 2011 2016).

Ressalte-se, ainda, como indicado no Relatório da 4 CNSM-I, a relevância de realização de censos nos hospitais psiquiátricos, assim como em outras instituições asilares (SUS/CNS, 2010, p.79).

Em relação à garantia e promoção de direitos, no que se refere aos desafios de inserção no mundo do trabalho, a partir dos anos 2000, e tendo como referência experiências locais então em curso, teve início a articulação entre as políticas nacionais de economia solidária e de saúde mental compartilhando princípios fundamentais. A economia solidária, crítica da lógica capitalista, compreendida como *“movimento de luta contra a exclusão social e econômica”, promotora da construção de “empreendimentos coletivos e autogestionários como resposta à exclusão do mercado”* apresenta-se como parceiro “natural” para o enfrentamento da exclusão de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental do mercado de trabalho¹⁵ (Brasil, 2005a, p. 36-7). Com base nos Relatórios de Gestão do período de 2003 a 2015, a partir da criação do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, instituído pela Portaria Interministerial 353 em 2005, desenvolveram-se, nos anos que se seguiram, diversas iniciativas, dentre as quais: incentivo financeiro; investimento em cursos de capacitação; encontros e fóruns; editais (Brasil, 2005a; 2005b; 2007; 2011; 2016).

Considerando os princípios da Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, é importante destacar a realização, em 2010, da “I Conferência Temática de Cooperativismo Social: Trabalho e Direitos: Cooperativismo Social como Compromisso Social, Ético e Político”, convocada pela Secretaria Geral da Presidência da República, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria Especial de Direitos Humanos e representantes da sociedade civil. Nesta Conferência foi formulado um conjunto de propostas para subsidiar tanto a II Conferência Nacional de Economia Solidária, como a 4 CNSM-I, ambas realizadas naquele mesmo ano. (Brasil, 2011; CTCS, 2010).

Como fruto desta trajetória, a proposta de criação de um Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social ganhou força (Brasil, 2011, p. 73), e, em dezembro de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (PRONACOOOP SOCIAL) com o Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013, com a “finalidade de planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais” (Brasil, 2013). Entretanto, no contexto dos atuais retrocessos, este decreto foi revogado em 2019 (Decreto nº 10.087, de 05 de novembro de 2019).

¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Considerando os Relatórios de Gestão do período de 2003 a 2015, identifica-se que o percurso desenvolvido propiciou a efetiva inclusão desta temática na política nacional de saúde mental do SUS, a constituição e expansão de um conjunto de experiências locais, diversas, desenvolvidas em diferentes contextos institucionais e socioculturais, com distintas formas de articulação e inserção nos territórios e nas cidades, que tem demonstrado, apesar dos diversos obstáculos, a relevância e potência dessas iniciativas no contexto dos complexos processos de efetivação de direitos, de promoção de contratualidade e validação, e de construção de um novo lugar social para com sofrimento psíquico (Brasil, 2007; 2011; 2016). Ao mesmo tempo, é fundamental reconhecer que são múltiplos os desafios a serem enfrentados para efetivamente promover a criação, o fortalecimento e a sustentabilidade de empreendimentos econômicos solidários sociais, desafios que se inscrevem no campo da saúde mental e nos cenários da economia solidária e do cooperativismo.

Importante ressaltar que no percurso da RPB desenvolvido no SUS, identifica-se a criação, em experiências locais, de centros de convivência e cultura, integrantes de redes substitutivas e territoriais, que operam nas interfaces saúde, arte, cultura; de acordo com Relatório de Gestão de 2005, essas iniciativas propiciam *“espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade [...] espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais”* (Brasil, 2005, p. 38).

Com base nos Relatórios de Gestão do período de 2003 a 2015, pode-se destacar a proposição, em 2008, de edital da criação de Pontos de Cultura para a saúde mental - Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cultura - que apresenta a *“possibilidade de reconhecer dispositivos da saúde mental [...] como Pontos de Cultura [...] componentes do Programa Cultura Viva do Ministério da Cultura”*, tendo sido registrado que alguns CAPS e Centros de Convivência implantaram Pontos de Cultura¹⁶ (Brasil, 2011, p. 80). Destaca-se, também, a parceria entre o Ministério da Saúde e o Centro do Teatro do Oprimido (CTO) com a capacitação de trabalhadores/as de CAPS de diversos municípios na perspectiva de multiplicadores¹⁷ (Brasil, 2011, p. 80).

Também de acordo com os referidos Relatórios, foram realizadas Chamadas de: Projetos de Arte, Cultura e Renda (contemplando projetos desenvolvidos em CAPS, Centros de Convivência e Cultura, na Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, nas Associações de Usuários/as, Familiares e nas Unidades Básicas de Saúde); Projetos de Reabilitação psicossocial (por exemplo: projetos relacionados à economia solidária e geração de trabalho e renda, à alfabetização, à inclusão digital e à cultura), e de

¹⁶ Plano Nacional de Cultura (Lei nº 12.343/2010).

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental. Caderno Informativo**. Brasília, DF, 2001. 85p.

Protagonismo de usuários/as e familiares da RAPS (contemplando projetos com temas, dentre outros, de fortalecimento do controle social, inclusão social, criação e fortalecimento de associações de usuários/as e familiares, atividades comunitárias, acesso à cultura)¹⁸ (Brasil, 2011; 2016). Em 2011, com a publicação da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a RAPS, republicada em 2013, os centros de convivência e cultura constituem pontos de atenção do componente da atenção básica.

Não obstante a realização dessas importantes iniciativas e o reconhecimento da potência das experiências locais, é fundamental construir as referências normativas para os Centros de Convivência e Cultura (CECO), promover a articulação intersetorial, garantir adequado financiamento e sustentabilidade, e, efetivamente, propiciar sua expansão.

• ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS

As crianças e adolescentes com sofrimento psíquico ou transtorno mental foram incluídas tardiamente na agenda da saúde pública no Brasil. As lacunas do Estado em relação a políticas públicas de saúde mental para esse grupo favoreceram a criação, no decorrer do século passado, de dispositivos com forte componente tutelar, sustentados pela filantropia, instituições privadas, associações de familiares ou pela assistência social, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para “deficientes mentais” e clínicas para “autistas”. No contexto da RPB, apenas a partir da 3 CNSM, em 2001, é que esse campo passou a ter maior protagonismo, tendo como pautas principais a proposta de uma rede de atenção integral de saúde mental infantojuvenil, tendo nos CAPS infantojuvenil os equipamentos estratégicos, e a construção de articulações intersetoriais entre a saúde mental e outros setores envolvidos com a proteção integral à infância e adolescência, sob a égide do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como a saúde da criança, educação, assistência social, justiça e direitos.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004), com a finalidade de construir, coletiva e intersetorialmente, a política pública de saúde mental dirigida a este segmento. Em 2005, o Fórum divulgou o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental InfantoJuvenil”, com os princípios e diretrizes para esses/as usuários/as. Em 2006, na V Reunião Ordinária do Fórum, foi divulgada a “Carta de Salvador”, cuja “Recomendação 03” instituiu um Grupo Técnico de Acompanhamento para os CAPS infantojuvenil

¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do MS (Brasil, 2007). O nono e último encontro do Fórum ocorreu em 2012, e em conformidade com suas recomendações, aconteceram em 2013 os Fóruns descentralizados, em quatro das cinco regiões do Brasil. Em 2014 foi lançado o documento que compila as recomendações realizadas entre 2005 a 2012 (“Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – recomendações 2005 a 2012”) (Brasil, 2016).

Outros pontos que merecem ser ressaltados, tendo como referência os Relatórios de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas são: I) a realização da I Oficina sobre Promoção de Saúde e Prevenção do Uso abusivo de álcool e outras drogas na população Infanto Juvenil, resultado da parceria entre as áreas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, ocorrida em maio de 2010; II) o lançamento pelo MS da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (Brasil, 2011); III) o Plano Juventude Viva, coordenado pela Secretaria Nacional da Juventude (SNJ), que articulou junto a onze Ministérios ações de prevenção para reduzir a vulnerabilidade de jovens negros a situações de violência física e simbólica, a partir da criação de oportunidades de inclusão social e autonomia para os jovens entre 15 e 29 anos. No contexto desse plano, foi lançado em 2013 o primeiro edital “Viva Jovem” do Ministério da Saúde, e em 2014, em parceria com a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça, o segundo edital, para apoiar projetos de promoção da saúde e prevenção do abuso de drogas e da violência; IV) o Grupo de Trabalho sobre criança e adolescente em situação de rua, composto por 03 Secretarias, diversos departamentos e áreas técnicas do Ministério da Saúde, que gerou a Nota Técnica 01/2006/MDS/MS, sobre a garantia de direitos e atenção integral às mães adolescentes em situação de rua e usuárias de álcool e/ou outras drogas e seus filhos recém-nascidos¹⁹ (Brasil, 2016); e V) o lançamento, em 2014, do documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos”, elaborado para os profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, promotores/as de justiça, defensores/as públicos, juízes, gestores/as e profissionais de saúde, especialmente os da RAPS (Brasil, 2016).

É importante também ressaltar o lançamento, em 2013, no I Congresso Brasileiro de CAPS infantojuvenil (CONCAPSi), do documento “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único De Saúde”, fruto de um Grupo de Trabalho constituído no final de 2011, composto por representantes de universidades, da sociedade civil, gestores/as e profissionais de RAPS locais do SUS, coordenado pela CGMAD. Embora abrangendo não

¹⁹ SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

apenas a faixa infantil e juvenil, mas todo o ciclo de vida, a Linha de Cuidado é um documento importante para a orientação a gestores/as e profissionais da RAPS e para contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias” (Brasil, 2016). Ainda no ano de 2013, em conjunto com a Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência, houve a publicação da Portaria GM/MS nº 962/2013, que instituiu o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde.

Desde 2002 há um avanço contínuo, mas lento e insuficiente, da rede de CAPS infantojuvenil no país – dentre toda a Rede CAPS, foram os que menos cresceram, ainda havendo muitos vazios assistenciais para crianças e adolescentes com sofrimento psíquico ou transtorno mental no país. O número de tais serviços credenciados junto ao Ministério da Saúde, que era de 32 em 2002, passou para 128 em 2010 e chegou a 231 em 2016. Assim como ocorreu com toda a Rede CAPS, houve significativa redução em seu incremento anual entre 2017 e 2019 (Desinstitute, 2021).

Em 2004, a partir de reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (Portaria 1.608/2004), buscou-se um diálogo com o campo do Direito tendo em vista a construção de soluções pela via da intersetorialidade (Recomendação 02/2005). O debate sobre o problema da população de jovens vivendo em situação de privação de liberdade “nas inúmeras instituições existentes para este fim” ensejou a construção um projeto-piloto em parceria com o município de Curitiba envolvendo a construção de redes de apoio e atenção em saúde mental. Como resposta à temática da violência e da exposição de crianças e adolescentes a situações de risco, especificamente a dos/as meninos/as trabalhadores/as do tráfico, foi elaborado um projeto, em parceria com a CUFA (Central Única das Favelas – RJ) contendo estratégias de implicação e protagonismo de jovens de comunidade. (Brasil, 2007, p. 45-46). Em 2007 a situação da atenção em saúde mental aos adolescentes e jovens privados de liberdade compareceu na VI Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, com o tema “Redes de cuidado na perspectiva da Intersetorialidade, e na “Oficina de Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens: caminhos para a atenção aos adolescentes com sofrimento psíquico ou transtorno mental em medidas de internação e internação provisória” – este último numa parceria entre MS, Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SES-PR) e Instituto de Ação social do Paraná (Brasil, 2011, p. 69).

No período de 2007-2010, foi desenvolvido o “mapeamento de crianças e adolescentes abrigados e em regime de internação com medidas socioeducativas e com necessidade de atenção em saúde mental”, em parceria entre o MS e Fiocruz. Atendendo a convite do Conselho Nacional dos Direitos

da Criança e do Adolescente (CONANDA) e da Associação Brasileira de Magistrados e Promotores (ABMP), foi realizada a Oficina de Fluxos em Belo Horizonte/MG, com foco na construção de rede de cuidados em saúde mental. O MS também contribui com o texto do Projeto de Lei nº 1.627, que dispõe sobre os sistemas de atendimento socioeducativo e altera dispositivos da Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, tendo em perspectiva garantir a atenção integral em saúde mental nos dispositivos da RAPS. (Brasil, 2011, p.70-71).

Mais tarde, em 2014, o MS lançou a Portaria GM/MS nº 1082/2014, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Um aspecto chave desta política é o acionamento da AB do lado de fora das unidades, e partir disso a organização do cuidado em rede com atuação estratégica dos CAPS e matriciamento em saúde mental (Brasil, 2016, p. 104).

A fim de qualificar a atenção a crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, a Coordenação Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem e a CGMAD iniciaram uma pesquisa sobre medicalização nas Unidades do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). A pesquisa foi iniciada em Unidades de internação nos estados do Rio Grande do Sul (Porto Alegre e Novo Hamburgo), Minas Gerais (Belo Horizonte) e Pernambuco (Recife).

• CUIDADO DE PESSOAS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Na origem da elaboração de uma linha de cuidados para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas está a vulnerabilidade social, podendo inclusive estar associada a condições de moradia precária. A pauta tem uma inserção tardia na PNSMAD. O asilamento e medicalização aparecem associados à ausência de respostas governamentais (Brasil, 2007) e também à disputa por recursos públicos para financiamento de instituições asilares privadas, as CT, tendo como pano de fundo a importação da lógica de “guerra às drogas” e criminalização do uso de substâncias psicoativas.

A redução de danos (RD) é um modo de conceber que guia a elaboração de estratégias de cuidado no SUS e figura na PNSMAD como diretriz para desenho e progressiva implantação de serviços da RAPS que funcionem com respostas efetivas e que comparece nos três relatórios de gestão (Brasil, 2007, 2011 e 2016). A RD à saúde decorrente do ‘uso, abuso e dependência de

drogas', baseia-se em ações que valorizem o diálogo e exercício da contratualidade, a coesão social, e favorece a ampliação do acesso aos serviços de saúde, na perspectiva da "baixa exigência", na medida em que admite a disponibilidade para o contato com o/a usuário/a sem impor condições como a abstinência.

A RD ganha ênfase em eventos e publicação de iniciativa do MS. Dentre os eventos estão: o I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviços de Saúde, em Santo André/SP (2006); o I Seminário Integrado de Redução de Danos no SUS (2007); o "I Simpósio Internacional Sobre Drogas: da Coesão à Coerção", com parcerias interministeriais. Em 2004, o MS organizou a tradução e publicação em português do livro "Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição" (Brasil, 2007, p. 41) e em 2015 publicou o Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD, que ofereceu a diferentes públicos elementos para a discussão sobre o tema no contexto da RAPS e abordou temas importantes como PTS, Redução de Danos e Judicialização da Saúde (Brasil, 2015, p. 86).

A pauta AD é atravessada pelo Plano Álcool e o Programa "Crack, é possível vencer", que são relatados como marcas de governo que enfatizam a agenda com tônicas diferentes. O histórico de arranjos governamentais no contexto do Plano Álcool em 2003 terminou por favorecer o debate sobre RD no âmbito nacional e internacional.

No ano de 2003 foi criado o Grupo Interministerial para a Política sobre Bebidas Alcoólicas, e no âmbito do MS, o Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas (GAOD), que elaborou a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. No ano seguinte é publicado o Relatório sobre Neurociência e Uso e Dependência de Álcool e outras Drogas em parceria com a OMS²⁰ (Brasil, 2007, p.39).

Em 2005, mesmo ano em que foi publicada a primeira norma sobre RD no Brasil, implantou-se o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool, sob coordenação do MS, Ministério da Justiça (MJ), SENAD e Frente Nacional de Prefeitos. Motivado por evidências de que o álcool é a droga que mais impacto causa na saúde da população mundial, o programa definiu recomendações para restrição da propaganda de bebidas alcoólicas.

Um marco legal para Política de Drogas e para a consolidação da linha de cuidado AD é Lei sobre drogas (Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006), que traz a supressão da pena de prisão para os "usuários de drogas". Ainda neste

²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

Ano, a RD foi levada para debate internacional com a aprovação pela Comissão de Entorpecentes (CND) da ONU de resolução proposta pelo Brasil (Brasil, 2007, p.42). Posteriormente foi criada a Escolas de Redutores de Danos, do Comitê de Assessoramento às Políticas de Redução de Danos, e Comissão Consultiva das Escolas de Redução de Danos do SUS, tendo como motivação qualificar ações dos CAPS AD.

O CAPS AD é a principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas e utilizando as estratégias de redução de danos como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde e a qualificação deste serviço motivou a organização do I Encontro Nacional de CAPS AD em Santo André, SP (2004). As modalidades 24 horas (CAPS AD III e CAPS III) fortaleceram a RAPS e ampliaram também as respostas às situações de crise em saúde mental. O MS buscou induzir a implantação de Leitos em Hospitais Gerais, tendo encontrado inicialmente impasses na relação com as demais esferas de gestão, associados aos estigmas no atendimento a usuários/as (Brasil, 2011).

Outro serviço importante na agenda AD, o consultório consultórios na rua, passou por uma transição, uma vez que inicialmente surge como estratégia de redução de danos no uso de álcool e outras drogas, porém em 2012 passam a ser voltados para atenção integral. Assim, em 2013, foi realização do I Seminário Nacional sobre Consultórios na Rua e Saúde Mental na Atenção Básica.

Em 2009 o MS financiou uma pesquisa para identificar o perfil dos/as usuários/as de crack no Rio de Janeiro, Macaé e Salvador, investigação desenvolvida por pesquisadores das Universidades Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Bahia (UFBA) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e conta a participação de pesquisadores canadenses. Também, em 2010, lançado Edital – “Saúde Mental III” (Edital MCT/CNPq - SCTIE - Decit/CT Saúde no. 41/2010).

O programa “Crack é possível vencer” foi instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 para fortalecer a RAPS e diminuir as consequências negativas que o crack e outras drogas, incluindo o álcool, podem causar. O programa decorreu de esforço de articulação intersetorial e interfederativo e todos os estados aderiram ao programa além de 118 municípios com mais de 200 mil habitantes, o que corresponde a mais de 80% dos municípios desse porte no Brasil (Brasil, 2017, p.42).

Além dos CAPS AD e AD III, o programa passou a agregar em 2012 as Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), modalidade de serviço residencial inspirada em experiências pontuais de alguns municípios as “casas de acolhimento”, articuladas com os demais serviços do SUS e do SUAS (Brasil, 2011 e 2017). Também em 2012 a Portaria GM/MS define critérios para o custeio de Serviço Hospitalar de Referência (SHR). Foi criado também o Protocolo SAMU (Serviço

de Atendimento Móvel de Urgência) de atenção à crise em saúde mental na linha AD, junto com a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

O Programa “Crack, é possível vencer” é caracterizado pela intersectorialidade marca o Programa, e destacam-se compromissos pactuados pelo Ministério da Justiça através do “PROGRAMA 2085 - Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social”, com objetivos ligados a prevenção do uso de AD e qualificação da rede de cuidado. No mesmo período o MS em cooperação com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) contratou equipe específica para implantação intersectorial - envolvendo saúde, educação e assistência - de três programas de prevenção: Programa Elos, #Tamojunto e Fortalecendo Famílias. A iniciativa demandou a adaptação cultural e avaliação dos programas e promoveu a formação de multiplicadores.

Dentre as iniciativas estaduais o relatório de gestão de 2017 aponta Programa “De Braços Abertos” em São Paulo (SP) e Atitude em Recife (PE)”, ambas motivadas pelo reconhecimento da necessidade de amplo acesso a direitos sociais e inspiradas em experiências internacionais de “*Housing First*”, que coloca o acesso à moradia como base para as demais ofertas de serviços.

Depois de toda evolução de uma linha de cuidado pautada na RD, o relatório de gestão de 2017 anuncia um retrocesso na linha de cuidado de álcool e outras drogas na média em que a própria PPA deixa a temática subsumida um objetivo amplo e bem menos específico do que no período anterior: “No PPA 2012-2015 há um objetivo específico do Ministério da Saúde relacionado ao fortalecimento da RAPS, com ênfase nas necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e previsão de articulação intersectorial. Enquanto no PPA 2016-2019 a RAPS está circunscrita ao objetivo comum às demais Redes de Atenção à Saúde, focando na expansão serviços e qualificação da rede” (Brasil, 2017). O debate sobre redução de danos hoje envolve a disputa por financiamento público para garantir serviços cujo projeto técnico guarde afinidade com a atenção psicossocial e o cuidado em liberdade e os princípios de direitos humanos.

• ATENÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

O Relatório de gestão de 2007 aponta avanços na discussão da **mudança dos paradigmas jurídicos e assistenciais em relação às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental submetidas ao cumprimento de medidas de segurança**, no sentido da garantia do acesso à saúde na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental. Dentre as medidas gerenciadas pelo MS estão o PVC, cuja lei de criação beneficia também os egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e

Política de Saúde no Sistema Penitenciário, instituída pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que prevê a implantação de ações e serviços de atenção básica nos estabelecimentos prisionais brasileiros, incluindo os HCTP. A realização de censos clínicos, jurídicos e psicossociais das pessoas internadas em HCTP (2003 e 2004) com apoio do MS deu visibilidade a pessoas privadas não só de liberdade como de acesso ao cuidado no SUS. No mesmo período, as Resoluções nº 3 e nº 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (2004), que recomendaram a adoção do Programa “De volta para Casa” para as Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional, e a adoção de Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº10.216).

Um marco importante para o campo é a Portaria Interministerial nº 1.055/2006, que institui grupo de trabalho destinado a desenvolver mecanismos de monitoramento das instituições que lidam com pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. Neste período foram desenvolvidas experiências bem-sucedidas como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário/ PAI-PJ, de Minas Gerais, que põem em questão aplicação da “cessação de periculosidade” enquanto critério para desinstitucionalização. No Estado de Goiás estava já em funcionamento, com o apoio financeiro e técnico do Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI (Brasil, 2007, p. 54-55).

Após alguns avanços o processo de desinstitucionalização de “pacientes de HCTP” foi firmada como pauta permanente na PNSMAD, tendo sido abordada no I e no II Encontro Nacional sobre o Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança. E no mesmo ano o MS foi convidado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a colaborar no mutirão carcerário dos HCTP com vistas a dar celeridade à análise de execução de medidas de segurança no país, tendo como resultado o Acordo de Cooperação Técnica firmado entre CNJ, MS, Ministério da Justiça (MJ) e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil, 2011, p. 38).

O Relatório de Gestão de 2016 identifica como condição fundamental para o estabelecimento de ações intersetoriais o entendimento de que os HCTP “são instituições do Ministério da Justiça, sendo deste a responsabilidade integral pela instituição, incluindo a avaliação.” O PNASH/Psiquiatria, portanto, não é aplicado aos HCTP. No período de 2011-2015 a Área Técnica da Saúde no Sistema Prisional, com colaboração da CGMAD, coordena a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Sistema Único de Saúde. O MS instituiu também o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Portaria GM nº 94/2014) (Brasil, 2016, p. 86).

As condições dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (“Inspeção aos manicômios” CFP, 2015) e a orientação de prioridade de cuidado

em serviços comunitários pressupostos na Lei nº 10.216/2001, torna fundamental a reorientação das determinações vigentes para sua adequação a legislação sobre o tema e assim considerar iniciativas de cuidado em liberdade para a clientela portadora de transtorno mental e/ou usuários/as problemáticos/as de álcool e outras drogas. É fundamental que este debate seja retomado na 5 CNSM (...) ²¹.

- **SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA**

Assim, o Relatório de Gestão 2003-2006 ²² destaca que a Coordenação Geral de Saúde Mental passou a compor, ao final de 2005, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, coordenado pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. O Comitê foi criado, em 2004, após a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e o reconhecimento pelo Ministério da Saúde das desigualdades raciais em saúde. O Comitê teve como principal objetivo a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e desenvolveram-se diretrizes específicas na Política para o campo da saúde mental na atenção à população negra; no entanto, o Relatório não explicita ações concretas para a construção de uma política transversal dirigida à população negra.

Após a 4 CNSM-I, o relatório de gestão do período 2007-2011 ²³ retoma as diretrizes da PNSIPN, reconhecendo a necessidade de fortalecimento da atenção à saúde mental da população negra e afirma que o tema da raça e dos efeitos psicossociais do racismo, no entanto, ainda é pouco discutido e apreendido pelo campo da saúde mental.

Em que pese as propostas aprovadas pela 4 CNSM-I, indicando o que os atores do campo e da intersectorialidade apontavam para medidas estruturantes, tais como, a construção de indicadores de saúde mental da população negra, a realização de pesquisas sobre o impacto do racismo na subjetividade, a inclusão do quesito raça/cor e etnia nos instrumentos de informação dos serviços de saúde mental, tais medidas, não foram implementadas.

Sob o título Populações em vulnerabilidade e a equidade no acesso à saúde mental, o Relatório de Gestão do período relativo a 2011-2015 ²⁴ informa

²¹ Referência: CNDH, Resolução nº8, de 14 de agosto de 2019.

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

²³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da RPB*. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

²⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa*

que no ano de 2011, a OMS publicou documento técnico com orientações para o desenvolvimento de políticas de combate às iniquidades em saúde através da ação sobre os determinantes sociais e que a implementação de ações deve implicar no reconhecimento de determinantes estruturais tais como classe, gênero, orientação sexual, raça/etnia, entre outros. Além disso, muitas das populações em vulnerabilidade no país sofrem de violência institucional por parte dos serviços do SUS, pois a discriminação contra aqueles que não se enquadram em um padrão historicamente construído gera sofrimento e agravos em saúde mental.

O relatório menciona o Grupo de Trabalho sobre Racismo e Saúde Mental, instituído em abril de 2014 pelo Ministério da Saúde, por meio da parceria da CGMAD com o Departamento de Gestão Estratégica e Participativa - DAGEP/SGEP, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES/SGTES, Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS e com a Política Nacional de Humanização/SAS. Além de representantes do Ministério da Saúde, compuseram este grupo representantes das universidades e da sociedade civil organizada vinculada ao tema da questão racial e Saúde Mental. Ainda, destaca desafios para o enfrentamento do racismo e, entre eles, a adoção de propostas intersetoriais no campo da promoção da saúde, bem como o aumento da visibilidade da questão no contexto de construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, considerando o pertencimento étnico e identitário do/ usuário/a, e seus impactos psicossociais. Assume que lidar com a temática racial é ainda um desafio da RAPS e que há pouco acúmulo e reflexão que tangencia o tema étnico-racial.

- **SAÚDE MENTAL DOS POVOS INDÍGENAS**

O Relatório de Gestão do período 2007 a 2010 apresenta, inicialmente, que *“nos últimos anos entrou em atuação o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas [...] em contato com a recente Secretaria Especial de Saúde Indígena, SESAI, criada no âmbito do Ministério da Saúde para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo o território nacional”* (Brasil, 2011, p. 10). Destaca que **o tema da saúde mental indígena** é complexo e sua abordagem, no campo da saúde pública, requer *“reflexões sistemáticas, sejam elas teóricas, éticas, práticas ou políticas. Tratar deste tema no cenário da Reforma Psiquiátrica é algo ainda mais desafiador”*. Assinala que a partir dos conceitos de protagonismo, autonomia, rede e território, compreendidos como *“verdadeiros referenciais teóricos, éticos e políticos”*, foram construídas as primeiras diretrizes

de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

para a atenção à saúde mental indígena, Portaria 2759 de 2007 (Brasil, 2011, p. 74-5).

De acordo com o referido Relatório, essas diretrizes buscaram assegurar *“a participação de lideranças e representações dos povos indígenas, em toda a sua diversidade cultural, na construção de soluções para os problemas de saúde de sua comunidade”*, enfatizando que: *“Não basta respeitar a diversidade cultural destes povos; é preciso também respeitar a capacidade de cada comunidade de identificar seus problemas e mobilizar seus recursos para criar alternativas para a construção de soluções”* (Brasil, 2011, p.75).

Ressaltando que *“não há produção de saúde sem o protagonismo das comunidades indígenas”*, e que é esta a direção que a Portaria 2.759/07 busca indicar, o Relatório aponta que *“são muitos os desafios para a construção coletiva de uma política integral”* na perspectiva de *“garantir atenção específica à saúde mental desses povos”* (Brasil, 2011, p.75).

O Relatório de Gestão do período 2011 a 2015 assinala que as *“estratégias relacionadas à atenção psicossocial para povos indígenas e povos tradicionais foram construídas de modo gradativo, intersetorial, reforçando-se a importância do diálogo com povos e grupos indígenas e tradicionais e da contextualização sociocultural de cada comunidade indígena, e compreensão os condicionantes e determinantes sociais relacionados aos problemas enfrentados”*. Dentre os marcos normativos destaca *“a definição de Povos e Comunidades Tradicionais como grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007)”* (Brasil, 2016, p. 79).

Destaca, ainda que é possível identificar a intensificação da necessidade de estratégias e ações tendo em vista que *“ao longo do processo histórico de colonização, e em função de condições econômicas e fundiárias conflituosas, os povos indígenas e tradicionais brasileiros têm sofrido fortes impactos sociais, culturais e econômicos em seus territórios e sobre seus modos de vida, o que tem gerado aprofundamento de situações de sofrimento, e de problemas em saúde mental e decorrentes do abuso de álcool e outras drogas)”* (Brasil, 2016, p. 79). Assim, é fundamental a perspectiva de uma política de saúde que não se limite à dimensão individual e à perspectiva biomédica, e ressalta que a *“noção de ‘bem viver’ propicia “que se considerem formas e projetos próprios de cada comunidade para buscar a felicidade ou o bem-estar coletivos”* (Brasil, 2016, p. 79).

O referido Relatório descreve que foram realizadas diferentes ações gerais e ações em regiões prioritárias, sendo, em sua grande maioria, voltadas a povos indígenas. As regiões definidas como prioritárias configuram *“cenários de grande complexidade sociocultural, econômica e política, que reúnem*

diversos povos indígenas, configurando espaços intensos de relações interétnicas, trocas interculturais, e conflitos de diversas ordens”, a saber:

“a) Dourados, no Estado do Mato Grosso do Sul, próximo à fronteira Brasil -Paraguai; b) Tabatinga, no estado do Amazonas, região do Alto Solimões na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru; c) São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas, na fronteira com a Venezuela e a Colômbia, e d) Ilha do Bananal, maior ilha fluvial do mundo, situada no estado do Tocantins, e na divisa com os estados do Mato Grosso e Goiás” (Brasil, 2016, p. 81).

• **FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DA RAPS**

A análise dos investimentos feitos no âmbito da PNSMAD permite identificar outra linha de ação estratégica ao longo dos anos – a formação voltada ao campo da Atenção Psicossocial – tendo-se construído um mosaico de experiências muito potentes. O Relatório de Gestão de 2003-2006 aponta o desenvolvimento, desde 2002, do então chamado “Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica”, com enfoque na implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública. Ali já se indica a potência de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, responsável pela formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente em Saúde (EPS) dos/as trabalhadores/as nos níveis técnico e superior do SUS. Na Gestão de 2007-2010, enfrentou-se o desafio de alinhar o programa de formação para a RPB à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (Portaria GM/MS nº 198/2004 e Portaria GM/MS nº 1.996/2007).

Nesse processo, cabe um destaque à importante iniciativa na formação no nível de graduação, pela articulação junto ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), da SGTES, com 181 projetos relacionados a saúde mental aprovados e desenvolvidos de 2011 a 2015 (Edital Conjunto nº 27/2010 - PET-Saúde/Saúde Mental; Edital nº 24/2011 - Pró-Saúde/PET-Saúde; Edital nº 14/2013 - PET-Redes). Fundamental ressaltar, ainda, o investimento em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, a partir de 2007, e de residências em psiquiatria integradas a um modelo comunitário de atenção. A partir de 2012, houve uma articulação da SGTES com a CGMAD e Ministério da Educação (MEC), visando intensificar o financiamento de vagas em residências nos diversos pontos de atenção da RAPS, alinhadas com a direção de superação do modelo manicomial. De 2010 a 2015, aponta-se o investimento em residências de psiquiatria da infância e adolescência, uma área que requer atenção particular, tendo em vista o crescente processo de patologização no âmbito do cuidado a esse segmento.

No que tange à qualificação do trabalho nas redes, ressalta-se o estímulo à supervisão clínico-institucional dos CAPS (PT GM 1174/2005) e à formação continuada de supervisores/as. No período 2007-2010, o Programa de Qualificação contemplou serviços e redes, tendo sido financiados 665 Projetos de Qualificação/Supervisão de CAPS e/ou projetos de Qualificação/Supervisão de Redes (álcool e outras drogas). A criação e apoio às Escolas de Supervisores Clínico--Institucionais e das Escolas de Redutores de Danos do SUS – ERD foram iniciativas fundamentais para potencializar a produção de cuidado nos territórios.

A lógica da EPS guiou o planejamento e execução de ações profícuas, a exemplo do Projeto “Percursos Formativos na RAPS”, baseado na troca de experiências e aprofundamento de conhecimentos entre redes, lançado em 2013, com o foco inicial em seis linhas de ação estratégicas para as proposições formativas: saúde mental na atenção básica; atenção à crise e urgência em saúde mental; saúde mental infantojuvenil; demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Até 2015, suas ações beneficiaram cerca de 1.600 profissionais, com realização de 82 oficinas de integração sobre o processo de cuidado, contemplando cerca de 4.500 pessoas, entre usuários/as, familiares, trabalhadores/as e gestores/as.

Cabe realçar a execução de diversos cursos de atualização a distância, para profissionais de nível médio e superior, abarcando, como temas prioritários, demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; saúde mental infantojuvenil e atenção à crise e urgência em saúde mental, além de cursos de especialização, particularmente pela parceria com universidades públicas. As estratégias formativas foram delineadas e executadas contando com a participação de profissionais do campo da RPB, inseridos nas redes, o que confere uma sintonia com as necessidades no amplo espectro da formação apresentadas no cotidiano da produção de cuidado psicossocial.

Outro marco foi o Projeto “Caminhos no Cuidado”, que consistiu na formação em saúde mental de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe de Saúde da Família (eSF), com ênfase nas necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, na perspectiva da Redução de Danos. Foi um grande investimento em formação, atingindo ao final de 2015, um total de 237.175 profissionais formados/as.

Na 4 CNSM-I, a importância e caráter estratégico do tema da formação foram reafirmados, apontando-se ações interministeriais, principalmente entre as áreas da saúde e da educação, com proposições que contemplam os âmbitos da gestão, atenção, educação e controle social, de modo articulado. Reafirmou-se a EPS como lógica formativa, a necessidade de mudanças curriculares, além do reconhecimento da diversidade e pluralidade dos conhecimentos e das práticas, sendo, portanto, fundamental retomar e aprofundar tal debate na 5 CMSM.

- **FINANCIAMENTO DA SAÚDE MENTAL**

A OMS (que recomenda expressamente o desenvolvimento de uma política de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, baseada na comunidade) alerta seus países membros para o perigo da perda de recursos da política durante a transição entre um cuidado centrado na atenção hospitalar para o cuidado comunitário. De fato, entender historicamente o porte dos recursos da política (quanto é gasto?) assim como a direção da sua aplicação (onde é gasto?) é crucial para o acompanhamento da transição e consolidação de uma política de saúde mental alinhada aos pressupostos do cuidado em liberdade.

Pesquisa realizada entre 2001 e 2019 (1) indica que os gastos do governo federal com a PNSMAD, já considerada a inflação, chegaram a quase R\$3,2 bilhões de reais em 2012 (valor em reais de 2019). Estes gastos – que vinham crescendo decididamente desde 2005 – sofreram uma perda importante, de 15%, entre os anos de 2015 e 2016. Entre 2016 e 2019, estes gastos seguem estáveis, crescendo apenas o suficiente para vencer a inflação.

O cálculo do per capita gasto pela Política Nacional de Álcool e Outras Drogas nos dá uma informação mais completa, nesta pesquisa, sobre o cenário do financiamento federal. Aqui considera-se não somente o movimento inflacionário, mas o crescimento da população brasileira entre 2001 e 2019. De fato, os gastos do programa atingem o seu ápice no ano de 2012 – quando se gastou 16,9 reais por pessoa – e começa a perder recursos especialmente a partir de 2016, quando se passa a gastar 12,9 reais por pessoa. Nos anos 2017, 2018 e 2019, os gastos se estabilizaram em um patamar próximo a 12,5 reais per capita, mesmo patamar do ano de 2007. Isto significa dizer que, nos últimos anos, os gastos federais do MS com o Programa de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas caíram e se estabilizaram, apenas acompanhando a inflação e o crescimento populacional.

Ao produzir uma série histórica comparando os gastos federais do Programa de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas aos gastos do MS com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), a pesquisa apurou que se em 2013 eles representavam 2,8% dos gastos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), em 2019 o montante foi reduzido a apenas 2,1% dos gastos do FNS com ASPS. Este investimento é considerado baixo pela OMS e desproporcional em relação ao impacto de (sofrimento psíquico ou transtorno mental) nos indivíduos, famílias e comunidades.

No campo da saúde mental, é conhecido o fenômeno da “inversão de gastos” no ano de 2006. Neste ano, o Programa de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas passou a gastar mais com ações consideradas extra-hospitalares do que com ações consideradas hospitalares. No início da série histórica, em 2001, 80% dos recursos da pasta eram gastos em ações hospitalares. Em 2017, 2018 e 2019, 88% dos recursos da pasta são gastos em ações consideradas

extra-hospitalares, ainda que os hospitais psiquiátricos tenham tido recomposição do valor da diária em 2017 (PT MS 3.588/17).

Este dado, que busca responder à importante questão – onde é gasto o recurso? – orientou o campo da atenção psicossocial até agora e indica processos de consolidação da transição do cuidado no Brasil na direção da atenção comunitária. A leitura deste dado promete se tornar mais complexa nos próximos anos, no entanto. Com a recente entrada, na RAPS, de estruturas que, apesar de ambulatoriais, não se alinham com a lógica da atenção psicossocial, como é o caso, por exemplo, das chamadas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental – lembrando que essas estruturas podem vir a receber recursos maiores do que os CAPS I –, a metodologia de cálculo deste indicador deverá ser revista, uma vez que investir em tais Equipes pode significar retirar recursos das ações extra-hospitalares de base comunitária.

Pesquisas mostram que o MS não realizou, até o ano de 2019, gastos com as chamadas Comunidades Terapêuticas²⁵. Contudo, é crucial atentar ao fato de que o governo federal vem realizando repasses para estas estruturas a partir do Fundo Nacional Antidrogas, através da contratação de leitos por meio de editais, hoje publicados sobretudo pelo Ministério da Cidadania. Em 2019, o Ministério da Cidadania repassou cerca de 70 milhões de reais para estas estruturas; em 2018, o repasse foi de 124 milhões de reais (todos os valores em reais de 2019) (3).

Frequentemente denunciadas por violações aos direitos humanos e pelo isolamento de usuários/as, as CT vêm recebendo recursos federais via Ministério da Cidadania. Isto ocorre em um cenário conhecido de contingenciamento de gastos na área de saúde, com perda evidente de recursos na pasta da PNSMAD. Outro aspecto fundamental a considerar é que, no âmbito de estados e municípios, já existem repasses de recursos públicos para CT. Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre as CT, em 2017, mostra que, dentre aquelas pesquisadas, 56% referem receber financiamento de ao menos duas esferas de Governo²⁶.

A Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), adotada em 2016, prevê que, durante 20 anos, as despesas primárias do orçamento público ficarão limitadas à variação da inflação. Isso, na prática, não é apenas congelamento, mas perda de recursos. Se há crescimento populacional, há, neste cenário, redução anual

²⁵ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras (Brasília: IPEA, 2017), https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

²⁶ IPEA. CUNHA, Alexandre dos Santos, RIBEIRO, Camila Callegario, PONTES, Karine Vargas, MATTOS, Pâmela Vieira; ALMEIDA, Raquel da Silva. Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal – 2005 a 2019. (2021). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210510_analise_das_politicas_publicas_sobre_drogras_no_orcamento_federa_2005_a_2019.pdf.

dos gastos sociais per capita. Este tema é de crucial importância para o SUS e atinge o coração de todas as suas políticas.

Tomando como referência os primeiros anos da década de 1990, identifica-se, por um lado, a radical transformação do cenário da atenção pública em saúde mental no SUS, com diversos avanços significativos; por outro lado, são presentes lacunas e desafios e segue sendo fundamental a continuidade da expansão e qualificação do cuidado em liberdade nas RAPS comunitárias/territoriais, pautadas nos direitos humanos, de portas abertas, substitutivas. São múltiplos os desafios para a consolidação das RAPS, em diálogo com as redes comunitárias e os coletivos dos territórios, com efetivo protagonismo de usuárias/os e familiares e promotoras de autonomia, de fortalecimento de poder, de direitos, de novos projetos e possibilidades de vida, e de novos modos de conviver com as diferenças.

É fundamental, também, garantir os recursos necessários para a saúde mental no contexto do SUS, dar continuidade ao processo de “inversão dos gastos”, assegurar o devido financiamento dos serviços, e garantir o conjunto de condições e de recursos necessários para as redes.

Ao mesmo tempo, a qualificação e consolidação das redes de atenção psicossocial e suas articulações intersetoriais implica, necessariamente, valorizar os/as trabalhadores/as, reconhecer a multiprofissionalidade inerente ao campo da atenção psicossocial, exigir condições dignas de trabalho e de gestão democrática dos serviços e dos processos de trabalho. Dentre os vários aspectos centrais para análise e formulação de proposições nesta 5 CNSM pode-se destacar, no contexto atual, a necessidade de enfrentamento das formas de precarização, privatização e terceirização do trabalho no SUS.

No percurso desenvolvido é de fundamental relevância a ampliação de atores e a realização de articulações e parcerias institucionais, especialmente no que se refere às instituições dos campos de defesa de direitos, da economia solidária e da cultura.

Por outro lado, conforme já indicado na 4 CNSM-I, a complexidade de, efetivamente, ampliar o acesso e garantir os direitos das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, certamente exige a construção de ampla articulação do conjunto de políticas públicas intersetoriais e segue sendo um dos principais desafios da RPB.

Constitui desafio fundamental, também, por um lado, o reconhecimento das determinações sociais e o aprofundamento da compreensão das experiências de sofrimento produzidas nos contextos das desigualdades sociais e das diferentes formas de discriminação e opressão de classe social, raça/etnia, gênero, orientação sexual, idade, deficiências. Por outro, é necessário a constante reflexão e crítica às respostas simplificadoras, individualizantes, patologizantes e medicalizantes na perspectiva de assegurar, efetivamente, o cuidado em liberdade e a promoção de direitos humanos nas redes de atenção psicossocial do SUS.

EIXO I - CUIDADO EM LIBERDADE COMO GARANTIA DE DIREITO À CIDADANIA:

O cuidado em liberdade está seriamente ameaçado com o retrocesso da política de Saúde Mental desde 2016, quando se volta a defender hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, financiando-as como estratégias preferenciais de cuidados aos que sofrem com problemas mentais e uso de uso de substâncias psicoativas.

A exitosa RPB fechou leitos e hospitais psiquiátricos manicomiais e criou uma Rede de Atenção Psicossocial comunitária que atingiu quase todo território nacional, apesar de ainda insuficiente para atender a toda demanda, que, na pandemia de COVID-19, só fez aumentar. Precisamos lutar para expandir essa rede de atenção com Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, Cooperativas de Trabalho, Serviços Residenciais - SRT, Programa De Volta pra Casa e mais toda sorte de dispositivos que sejam necessários para a reversão da política manicomial que o atual governo busca reativar.

A RPB introduz a figura do “louco cidadão”, da pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental e, ao mesmo tempo, com garantia de direitos e proteção legal contra discriminações e abusos de toda ordem. Esta concepção exige uma revisão dos pré-conceitos que ordenam a ideia liberal de cidadão estabelecida desde o século XVII, na qual o ser humano nasce já indivíduo, se conduz pela razão e é detentor de livre arbítrio. Hoje sabemos que dependemos da vida social para nos tornar humanos, que nossos afetos guiam nossas ações racionais e é na vida em sociedade que vivemos um processo de contínua individuação. Tudo isso atesta que a garantia de direitos das pessoas supõe a promoção da participação na vida comunitária, que deve envolver a garantia das condições materiais concretas para a dignidade da pessoa, como segurança habitacional, alimentar, laboral, dentre outras.

A concepção liberal de cidadão se apoia na ideia da separação da mente e corpo. Esta visão dualista serviu como base para outras divisões que hierarquizam o valor das pessoas: masculino (mental e racional) /feminino (corporal e emocional); brancos/coloridos; ocidental/não ocidental; senhor/escravo; nobres/plebeus; ricos/pobres; são/loucos; sóbrios/drogados. Esta classificação serve como uma justificativa divina ou natural para a dominação de uns sobre outros e para o uso da força para garanti-la.

O louco cidadão exige a ruptura com todas essas dicotomias, afirmando a necessidade de uma vida social que tenha como pressuposto a validade de todos os humanos. Esta vida incluyente demanda uma mudança de regime afetivo – aceitação e validação do outro como outro legítimo e disposição para o consenso coletivo. O reconhecimento do louco como cidadão muda a própria perspectiva do cuidado em saúde mental, na medida em que implica o

reconhecimento do protagonismo dos/as usuários/as, transformando as relações de poder e colocando em xeque outra dicotomia, a de cuidador/cuidado.

A Lei Federal nº 10.216/2001, ao reafirmar os direitos constitucionais das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental contra qualquer ato discriminatório, preserva sua condição de cidadão de modo integral; em seu artigo segundo, inclui como direito da pessoa o acesso ao tratamento e o objetivo de sua reinserção na família, no trabalho e na comunidade, apontando os serviços comunitários como local do cuidado por excelência.

Estes itens têm dois efeitos. Em primeiro lugar, que um transtorno mental não suprime a condição de cidadão pleno de direitos; em segundo lugar, que a condição de pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental é fundamento para a garantia de tratamento e proteção contra todas as formas de abuso e exploração. Como observamos, esta condição de cidadão pleno e portador de transtorno mental é uma ruptura com a concepção liberal histórica que ligava a condição de cidadania e de direitos à condição de exercício da razão. Agora, a condição de cidadão pleno não pressupõe que a pessoa esteja no exercício da razão, mas assume seus direitos como anteriores a esta condição. Em consequência, o tratamento em liberdade se torna ligado de modo indissociável ao estatuto de cidadão, pois só nesse registro é possível atender às garantias de uma atenção integral, humanizada e participativa.

Esses direitos, para terem efeitos concretos na vida dos/as usuários/as dos serviços, devem se encarnar em políticas públicas de Estado, incluindo o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos estratégicos da RAPS para levar os princípios e práticas da RPB a todas as regiões do país, em articulação permanente com a Estratégia de Saúde da Família. Dado que o cuidado em liberdade é um pressuposto fundamental no marco da atenção psicossocial, é também urgente estarmos atentos à continuidade da lógica manicomial, nem sempre sob o formato tradicional do hospital psiquiátrico, mas sob a forma de neo-institucionalizações em abrigos, “casas de repouso”, “moradias coletivas” ou comunidades terapêuticas. É necessário dar seguimento ao processo de fechamento de hospitais psiquiátricos e de garantia de moradia digna e de transferência de renda, por meio das Residências Terapêuticas e do Programa de Volta para Casa.

No caso das crianças, adolescentes e jovens, o estatuto de cidadãos também parece paradoxal, se for tomado como resultado do exercício absoluto e autônomo da razão. Nesse campo, a figura do “menor” como objeto de tutela do Estado - apesar de eliminada da vida democrática brasileira em favor da noção de sujeito de direitos, alvo de proteção integral no Estatuto da Criança e do Adolescente - ainda resiste em alguns nichos da sociedade. A institucionalização em abrigos filantrópicos ou da Assistência Social, a defesa da internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e a Resolução CONAD nº 03/2020 que regulamenta a internação de adolescentes em Comunidades Terapêuticas são exemplos da persistência da lógica da

segregação nessa faixa etária. Nesse sentido, é preciso reafirmar que o exercício da cidadania na infância e adolescência implica não apenas a garantia de escuta e participação no processo de cuidado no território, mas também o direito a usufruir da vida familiar e do pertencimento a uma comunidade, mesmo quando a criança ou jovem for atravessado por formas intensas de sofrimento e obstáculos a seu pleno desenvolvimento.

Dentre os principais desafios no campo da atenção psicossocial infantil e juvenil, estão a efetiva incorporação do cuidado a crianças e adolescentes na RAPS - por meio da ampliação do número de CAPS infantojuvenil, especialmente em áreas de baixa cobertura, e da real efetivação de seu mandato clínico e territorial, envolvendo o trabalho integrado e matriciador com a atenção primária -, a qualificação de outros pontos das RAS (como a ESF, CAPS I, RUE) para o atendimento a essa faixa etária e o estímulo aos espaços de gestão colegiada, como os Fóruns Intersetoriais, em nível municipal, estadual e nacional. É também necessário avançar nas estratégias de desinstitucionalização, dentro e fora do setor saúde; ao mesmo tempo, deve-se buscar ampliar e qualificar a atenção à crise, garantindo que a internação de crianças e adolescentes por problemas de saúde mental ou relacionadas ao uso de álcool e outras drogas ocorra, quando necessária, em leitos de atenção integral em hospitais pediátricos, em CAPS III ou em UAI.

Além disso, há pautas atuais que precisam ser contempladas: no caso das crianças e adolescentes com Transtornos do Espectro Autista (TEA), além da superação das barreiras ao seu cuidado na RAPS e da articulação permanente com as políticas para pessoas com deficiências, é preciso incluir de forma efetiva seus familiares nos Projetos Terapêuticos Singulares e fomentar sua organização no contexto da RAPS, além de estreitar o diálogo com suas associações já existentes. É também importante incluir na agenda o tema da medicalização de problemas infantis, que incide de forma mais aguda no ambiente escolar, combatendo a prescrição indiscriminada de psicofármacos, na direção das “Recomendações para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”, publicadas pelo MS em 2015, da Recomendação nº 19/2015 do CNS, de “promoção de práticas não medicalizantes por profissionais e serviços de saúde, bem como recomenda a publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para prescrição de metilfenidato, de modo a prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”; e a Resolução nº 177/2015 do CONANDA, que “dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, em especial no que concerne às questões de aprendizagem, comportamento e disciplina”.

O contexto da pandemia e pós-pandemia de COVID-19 reforça a importância da atenção psicossocial de crianças e adolescentes estreitar seus laços com a educação, dado o impacto psicossocial da própria pandemia e de

medidas como o (necessário) fechamento das escolas durante parte deste período. Neste sentido, é fundamental haver um trabalho de corresponsabilização entre profissionais da saúde e educação, visando ações de promoção de saúde no ambiente escolar, sem negligenciar o cuidado daquelas crianças e jovens com formas mais graves de sofrimento, mas buscando entender essas experiências como formas de sofrimento social, evitando sua medicalização e a ênfase individual em diagnósticos psiquiátricos.

Os direitos também devem ser assegurados às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, em todas as faixas etárias, e que precisam de apoio e de estratégias de cuidado adequadas às necessidades de cada um e que tenham como eixo ético e terapêutico as políticas de reafirmação de direitos básicos de dignidade, moradia, educação, trabalho e saúde, sob a diretriz de redução de danos. Nesse sentido, o campo da atenção psicossocial precisa gerar ações concretas que viabilizem o cuidado dos/as usuários/as e que sejam alternativas às CT, que são modelo de instituição asilar, que apostam em uma doutrinação moral ou de cunho religioso pautado apenas na abstinência e com frequentes denúncias de violações de direitos humanos.

Nessa perspectiva, a orientação das políticas de saúde mental necessidades de saúde relacionadas ao uso de álcool e outras drogas deve se centrar na implementação de políticas públicas envolvendo a garantia de direitos sociais dos/as usuários/as. Logo, a assistência em saúde mental e seus serviços devem garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, ou que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma. Além disso, a perspectiva dos direitos humanos exige que a assistência no campo da saúde mental e cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas seja plenamente integrada intersetorialmente com as demais políticas sociais. Para viabilizar isso, a política de saúde mental, álcool e outras drogas deve garantir e valorizar a plena participação das (os) usuárias (os) e familiares em todas as decisões que envolvem seu tratamento, a dinâmica dos serviços e da própria assistência e da política nacional, pelos seus dispositivos de controle social. No caso de crianças e adolescentes, é preciso sempre garantir que as estratégias sejam adequadas às vicissitudes desse período da vida e estejam em consonância com o ECA.

Destaca-se também que as equipes para cuidado em AD devem seguir as diretrizes da atenção psicossocial e dos direitos humanos, evitando intervenções com violência e internações desnecessárias e sempre em articulação permanente com os serviços territoriais de referência, preservando seus vínculos comunitários e levando em consideração o projeto terapêutico singular da(o) usuária(o). Para tanto, no que tange ao manejo em situações de crise, problemas associados ao uso de álcool e outras drogas não devem ser

considerados por si só indicativos de internação em hospitais gerais, sem que sejam avaliados seu contexto clínico, recursos disponíveis e vínculos sociais. Dentre os recursos criados no âmbito da política de saúde mental, devem constituir os dispositivos de referência para o cuidado no campo AD, incluindo a atenção à crise: os CAPS AD III, os Leitos de Serviço Hospitalar de Referência em Hospitais Gerais (SHR), Unidades de Acolhimento e Consultório na Rua. Importante ressaltar que as Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) caracterizam-se como um dispositivo aberto que permite o acolhimento de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade e vinculado à rede de atenção psicossocial, permitindo permanência por período superior a 30 dias e inferior a 180 dias. Para o atendimento de crianças e adolescentes o CAPS infantojuvenil é um dispositivo estratégico também na pauta AD.

Além disso, é necessário na 5 CNSM incluir o debate sobre a criminalização dos/as usuários/as pelo consumo e porte de qualquer substância ilícita e suas intersecções de raça, gênero e classe. É urgente avançar em ações de saúde integral/saúde mental no sistema prisional e nas unidades de internação para cumprimento de medida socioeducativa, garantindo às pessoas em privação de liberdade o direito de assistência de acordo com os princípios da Lei nº. 10.216/2001. É também preciso elaborar de modo intersetorial um plano nacional de Extinção do Sistema de Hospital de Custódia, como apontado no relatório final da 4 CNSM-I, promovendo processos de desinstitucionalização e cuidado na RAPS, incluindo os SRT.

A Portaria GM/MS nº 95/2014, que instituiu as equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) foi um avanço importante para garantir acesso à saúde e mitigar os efeitos do cumprimento de medida de segurança em HCTP, por meio de ação intersetorial envolvendo avaliação psicossocial e elaboração de Projeto Terapêutico Singular. Sua revogação com a publicação da Portaria GM/MS n. 1.325/2020 foi um ato autocrático, alvo de manifestações contrárias por parte da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). Após estes posicionamentos, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 1.754/2020, cujo texto afirma que “fica revogada a Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020”. Assim a Portaria GM/MS nº 95/2014 volta a estar vigente, e são mantidas as EAP na rede. De modo mais amplo, é preciso incorporar na agenda da RPB a denúncia da criminalização e encarceramento como formas de exclusão e violência estatal dirigida predominantemente às populações negras, moradoras das periferias dos grandes centros urbanos e população em situação de rua.

O tema da violência e opressão precisa ser compreendido em seu caráter multidimensional, demandando ações intersetoriais e parcerias com uma diversidade de atores sociais e políticos, envolvendo a sociedade no debate

sobre a cultura da paz e não-violência. É preciso destacar, nesse ponto, as estratégias de combate à violência baseada nas diversas formas de racismo, de preconceito de gênero, de identidade de gênero e contra orientações sexuais LGBTI+, tendo como pano de fundo as formas de opressão historicamente ligadas às diferenças de classe social.

É preciso enfrentar o tema do suicídio, com ênfase tanto em sua prevenção quanto na pós-venção, exigindo a articulação entre a AB e as redes de saúde - com destaque para a RAPS e a RUE - e iniciativas intersetoriais, dadas a forte relação do suicídio com determinantes sociais de saúde. As taxas de suicídio são altas entre os grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; povos indígenas; pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexuais (LGBTI+); e pessoas no sistema prisional.

SUBEIXOS:

- a) Desinstitucionalização: Residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa;
- b) Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- c) Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária;
- d) Saúde mental no sistema prisional na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e encarceramento das periferias;
- e) Diversas formas de violência, opressão e cuidado em Saúde Mental;
- f) Prevenção e pós-venção do suicídio e integralidade no cuidado.

EIXO II - GESTÃO, FINANCIAMENTO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Como reafirmado na 4 CNSM-I, o avanço do processo de RPB que vinha em curso no país depende da garantia do caráter estatal das políticas relacionadas ao campo da saúde mental e atenção psicossocial, o que inclui investimento em serviços substitutivos exclusivamente públicos. Para tanto, faz-se fundamental o fortalecimento de mecanismos que ampliem a participação e o envolvimento da sociedade tanto na formulação quanto na efetivação das políticas voltadas à inclusão de usuários/as da RAPS nas diversas esferas do convívio social.

A partir desse horizonte, destaca-se como prioridade o fortalecimento do protagonismo de usuários/as e familiares na produção de cuidado no cotidiano dos serviços, demandando-se a ampliação de espaços de participação cidadã,

por meio de estratégias diversificadas, como a realização de assembleias, a instituição de conselhos gestores e a proposição de fóruns locais. Por vias como estas, sustenta-se a validação das narrativas produzidas por quem usa a RAPS, na perspectiva de materialização do direito ao cuidado psicossocial, conforme as necessidades apresentadas, instituindo-se redes de conversa entre todos os/as envolvidos/as.

Nesse contexto, devem também ganhar maior expressão dispositivos que assegurem a participação de usuários/as na condução dos seus processos de cuidado, no cotidiano das práticas de cuidado, a exemplo do seu envolvimento na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), grupos da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), grupos de ajuda e suporte mútuo e grupos de ajuda mútua de ouvidores/as de vozes, para destacar apenas algumas dentre tantas outras experiências fecundas. A perspectiva deve ser a de reposicionar o caráter hierárquico que costuma guiar as relações de poder nas ofertas terapêuticas, de modo geral ainda centradas no modelo médico hegemônico e na supervalorização dos saberes ditos “especialistas”.

Um enfrentamento necessário no campo da Atenção Psicossocial é a ampliação de apoio a familiares/cuidadores, que também precisam de dispositivos específicos para garantir sua participação nos processos de cuidado, sendo reconhecidas suas necessidades específicas decorrentes da função de cuidador/as, além da importância de sua inserção nas estratégias de fortalecimento do protagonismo, em especial pela forte necessidade de combate ao estigma que persiste no imaginário social com relação à pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental.

Fortalecer o protagonismo e autonomia de usuários/as, tomando-os como guias – ou seja, reconhecendo sua centralidade nos processos de cuidado, de gestão e de investimento de recursos no âmbito da PNSMAD – e de familiares/cuidadores é uma diretriz que requer o investimento em estratégias de formação política, incluindo o tema “direitos humanos e saúde mental”, como uma das vias principais. Tais estratégias formativas precisam produzir visibilidade ao processo histórico de construção do país, atravessado por um brutal processo colonizador, em constante atualização, de que decorre o autoritarismo tantas vezes presente nas práticas de cuidado e na definição e gestão das políticas.

Nessa trilha compreensiva, torna-se fundamental reconhecer, legitimar e fortalecer os movimentos sociais organizados da Luta Antimanicomial, protagonistas axiais da RPB e interlocutores da PNSMAD. As estratégias voltadas ao fomento de associações e movimentos de saúde mental devem ser multiplicadas e divulgadas. Do mesmo modo, os canais de diálogo sistemáticos destes com gestores/as federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal devem ser garantidos, sob pena de imposição de mudanças legislativas que vão na contramão das conquistas do processo da RPB e da luta pela superação do modelo manicomial.

A aprovação da Portaria GM/MS nº 3.588/2017, que representa um retrocesso no campo da Atenção Psicossocial, por exemplo, foi um ato “de ofício”, estranho ao controle social e de legalidade questionável à luz da Lei Federal 10.216/2001, que define a implantação de rede substitutiva à lógica manicomial e, portanto, ao HP, instituição de caráter asilar que, historicamente e na atualidade, é diretamente associada a violações de direitos, como denunciado no documento intitulado Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional - CFP | CFP). Desse modo, o CNS recomenda ao MS sua revogação que “as manifestações da área técnica de saúde mental se fundamentem nos princípios da RPB Brasileira, na Lei nº 10.216/2001 e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde” (Recomendação nº 005 - Ao MS sobre a Nota Técnica 11-2019 - Política de Saúde Mental)²⁷.

Enfim, seguem sendo necessárias articulações em inúmeras frentes para a retomada da consolidação da PNSMAD, orientada pela Atenção Psicossocial, construída no seio da RPB, fundamentada na desinstitucionalização, na Lei nº. 10.216/2001, na redução de danos, na convivência familiar e comunitária, no cuidado em liberdade, no caráter substitutivo da lógica manicomial, centrada no modelo médico hegemônico. Reafirma-se, portanto, o horizonte de uma substituição radical do paradigma psiquiátrico- hospitalocêntrico-medicalizador na direção de um cuidado psicossocial.

Assim, em atenção ao firmado na Lei nº. 8142, 28 de dezembro de 1990, que operacionaliza o controle social, a 5 CNSM precisa assegurar a importância de dispositivos de formação na relação com o projeto de uma “sociedade sem manicômios”, como contundentemente marcado pela mobilização antimanicomial no país, na perspectiva de orientar a atuação dos/as mais variados/as atores/atrizes políticos/as, nas diversas realidades locais desse imenso e multifacetado Brasil – conselheiros/as, trabalhadores/as, gestores/as e, sobretudo, usuários/as e familiares das RAPS – em conexões múltiplas a este horizonte.

Nesse contexto, evidencia-se outra prioridade, por seu caráter estratégico: o investimento em uma formação acadêmica, no nível das graduações em saúde, que tome a Saúde Mental e Atenção Psicossocial, em seu caráter transversal, também como eixo orientador dos processos de ensino-aprendizagem. Esse debate decorre do reconhecimento da necessidade de mudanças curriculares, que precisam incidir na caracterização dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), já em sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde (DCN/Saúde). De acordo com a Resolução CNS nº 569, de 8 de dezembro de 2017, que, em seu artigo 1º, reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos/as

²⁷ SESC FLORÊNCIO DE ABREU. Glossário Antiracista: História da Disputa. São Paulo: SESC, 2021. Disponível em: <https://m.sescsp.org.br/glossario-antirracista/>.

trabalhadores/as da área da saúde, fica aprovado o Parecer Técnico 300/2017, que estabelece princípios Gerais para as DCN/Saúde, dentre os quais, destacam-se: defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde – e, portanto comprometida com a superação das iniquidades que causam o adoecimento dos indivíduos e das coletividades; atendimento às necessidades sociais em saúde – que demanda a abordagem do processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos de determinação; integração ensino-serviço-gestão-comunidade – em caráter prático e presencial nos contextos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e trabalho interprofissional – ressaltando-se a potência do trabalho colaborativo.

Neste ponto, evidencia-se, ainda, a necessidade da retomada e ampliação de investimento de recursos públicos em parcerias diversas com universidades, por meio de dispositivos formativos como o PET-Saúde/Saúde Mental, cujo objetivo é fortalecer a integração universidade-serviços-comunidade, como instrumento de qualificação de profissionais e formação de estudantes de graduação na área da saúde/saúde mental, e das Residências em Saúde, dispositivos de pós-graduação lato sensu caracterizados pela formação em serviço, para fortalecer a produção de cuidado psicossocial, tanto intra como intersetorialmente.

Além da formação em nível acadêmico, é crucial atentar aos cursos técnicos. Sendo o SUS uma rede escola, muitas experimentações podem ocorrer na potencialização de processos formativos, nos diversos níveis e por meio de estratégias diversas, com priorização da lógica da EPS, que toma os desafios do cotidiano como fonte para um aprimoramento da atuação profissional e, tendo virado política de Estado (Portaria GM/MS nº 1.996/2007), foi reafirmada na 4 CNSM-I como importante e necessária.

Por fim, importa defender a retomada de projetos legitimados pela população e deliberados nas conferências anteriores de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. As conquistas legais precisam ser preservadas e reafirmadas, bem como devem ser criados outros mecanismos de participação social, assentados na transparência, monitoramento e controle social da RAPS. Com isso, destaca-se a garantia do compromisso tripartite, em particular dos governos federal e estaduais na articulação com os Conselhos de Saúde na ampliação e fiscalização de recursos para execução dos serviços e ações de Saúde Mental públicos, consoantes com o cuidado territorial e em liberdade, aspectos inegociáveis na consolidação da produção de cuidado nos diversos pontos de atenção da RAPS.

Seguramente, os pontos Gestão e Financiamento se potencializam na relação com o fortalecimento do controle social, que se respalda e demanda investimento financeiro em múltiplos processos formativos, como acima indicados, e depende da transparência na destinação dos recursos, envolvendo compromisso das três esferas de governo e Distrito Federal. Uma discussão mais intensa precisa ser feita no que tange à importância de cofinanciamento da

PNSMAD pelos estados, como via necessária para o avanço da RPB.

A publicação de relatórios de gestão, incluindo atualização periódica dos dados da RAPS e dos diversos indicadores de saúde mental, além de ser uma obrigação legal das Secretarias de Saúde, municipais e estaduais, e do MS, são imprescindíveis na garantia dessa transparência e acompanhamento. O último Relatório de Gestão publicado pela CMAD/MS corresponde ao período de 2011-2015²⁸.

O compromisso com a disponibilização destas informações é indispensável para que a sociedade civil acompanhe e pautar a continuidade da implantação da PNSMAD. A Gestão e o Financiamento dão base à condução da política de acordo com direcionamentos definidos pelos Conselhos de Saúde, que precisam ser compatíveis com a orientação de fortalecer e ampliar de uma rede substitutiva, de base territorial, com custeio de serviços, fomento de estratégias de formação – sobretudo EPS –, estímulo a programas e projetos de reabilitação psicossocial, dentre outros.

Destaca-se que o aprimoramento da Gestão dos diversos pontos de atenção da RAPS abarca desafios importantes e urgentes, como a formação de gestores/as, que necessariamente contemplam a demanda de conhecimento de sistemas de informação, visando aprimorar registros e qualificação do monitoramento e avaliação do trabalho cotidiano. Outro desafio, inclusive entre técnicos/as das Secretarias e Conselhos de Saúde, é qualificar o conhecimento sobre indicadores da saúde mental, que são a chave para análise e crítica dos relatórios de gestão, visando a condução dos investimentos na direção do fortalecimento do cuidado de base territorial.

Os CAPS, em suas diferentes modalidades, constituem serviços estratégicos, pelo caráter de organização da rede e pela função de ofertar atenção a pessoas em situação de crise no território, incluindo ações de matriciamento e cuidado compartilhado na APS. O recurso financeiro é imprescindível para a ampliação do quantitativo destes serviços, além de manutenção e qualificação das equipes, garantia de infraestrutura para ações territoriais, com competência para a Atenção Psicossocial. É insuficiente o quantitativo atualmente existente, especialmente de CAPS III, CAPS AD III e CAPS infantojuvenil.

O investimento em Unidades de Acolhimento (UA) também se destaca como urgente, considerando a demanda de adequação da rede à necessidade de oferta de serviços para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Neste ponto, cabe uma ênfase, pois, além de todos os retrocessos imputados pelo atual governo na PNSMAD, com total desrespeito a participação da sociedade, às instâncias do controle social e às deliberações construídas nas Conferências Nacionais de

²⁸ Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>.

Saúde Mental, foi instituída a Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, que dentre outros temas prevê a institucionalização da população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas em CT, cadastradas junto à SENAPRED do Ministério da Cidadania, em articulação com a RAPS. Isso vai na contramão da diretriz de investimento de recursos públicos no cuidado em liberdade e implantação da rede de base territorial, à luz dos princípios dos direitos humanos, como vem sendo enfatizado.

Importante manter atenção crítica e vigilância ao investimento de recursos públicos para o financiamento de instituições estranhas ao campo da Atenção Psicossocial, sendo exemplo também emblemático a abertura de editais para custeio de leitos em CT, o que representa também o avanço no projeto de projeto de privatização do SUS, pela ação de outras pastas que não a Saúde.

Na discussão em torno do financiamento, cabe destacar a importância de garantir um contingente suficiente e qualificado de trabalhadores/as para cada ponto de atenção RAPS, enfrentando-se o crítico problema da precarização dos vínculos trabalhistas, pondo-se em debate a garantia e efetivação de concursos públicos, planos de cargos, carreiras e salário, na perspectiva de garantir estabilidade e permanência das equipes da Atenção Psicossocial, aspecto fundamental para a produção de vínculo e acolhimento a usuários/as e familiares.

A título de arremate, ressalta-se que o quarteto Gestão, Financiamento, Formação e Participação Social deve ser objeto de intensas reflexões, pelas relações íntimas que tecem entre si cada uma das pontas e pelo caráter definidor que engendra na consolidação do cuidado ofertado nos pontos de atenção da RAPS.

Garantia de financiamento público para a manutenção e ampliação da política pública de saúde mental.

SUBEIXOS

- a) Formação acadêmica, profissional e desenvolvimento curricular, compatíveis à RAPS;
- b) Controle social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
- c) Educação continuada e permanente para os/as trabalhadores/as de saúde mental;
- d) Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da política de saúde mental;
- e) Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental;
- f) Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das

ações de saúde mental;

g) Terceirização, rotatividade, perda de direitos e condições de trabalho na rede de saúde mental.

EIXO III - POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS PRINCÍPIOS DO SUS: UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE

A política nacional de saúde mental, vanguardista na garantia de direitos e produção de tecnologias de cuidado, seguindo os marcos de participação e emancipação social estabelecidos pelas reformas sanitária e psiquiátrica, se baseia e dialoga com princípios do SUS.

Com a o advento da Reforma Sanitária e instituição do SUS a Atenção Básica passa a ser norteadora do cuidado e funciona como principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estando também articulada às redes temáticas e linhas de cuidado. A Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que institui a RAPS inclui a AB e seus dispositivos na rede, de modo que não se pode falar em avanços na PNSMAD sem a estruturação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O desmonte da PNAB no atual contexto de crises no país é por si só uma grande barreira de acesso à saúde e atinge diretamente a PNSMAD, uma vez que os dispositivos da Atenção Básicas são o elo fundamental para viabilizar estratégias de cuidado para pessoas em situação de vulnerabilidade como as privadas de liberdade, em situação de rua, e aquelas atingidas pelas várias formas de violência.

Desta forma, é importante refletir sobre que o processo de formação do Brasil é atravessado por violências estruturais como o racismo, o machismo, homofobia e que se caracterizam por diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as diversas formas de submissão e exploração. A violência de Estado atinge de modo mais contundente as parcelas mais vulneráveis da população, exatamente aquelas que devem ser protegidas por meio de políticas públicas. A militarização do Estado opera o extermínio da população negra e o discurso de ódio proferido pelos representantes do governo propaga-se no tecido social e estimula formas extremas de violência como o feminicídio, “justiçamentos”, atentados contra a vida da população em situação de rua e LGBTI+²⁹.

O Brasil tem a maior população negra fora da África. O domínio europeu no continente africano, promoveu o sequestro de aproximadamente 11 milhões de pessoas para o trabalho escravo nas Américas durante 5 séculos, sendo que

²⁹ Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil - 2020: Relatório da Acontece Arte e Política LGBTI+ e Grupo Gay da Bahia; /Alexandre Bogas Fraga Gastaldi; Luiz Mott; José Marcelo Domingos de Oliveira; Carla Simara Luciana da Silva Ayres; Wilians Ventura Ferreira Souza; Kayque Virgens Cordeiro da Silva; (Orgs). – 1. ed. – Florianópolis: Editora Acontece Arte e Política LGBTI+, 2021. 79 p. Disponível em: [2020 \(observatoriomortesviolentaslgbtibrasil.org\)](https://observatoriomortesviolentaslgbtibrasil.org).

5 milhões de africanas e africanos, foram enviados em condições desumana para o Brasil durante 3 séculos. É a maior diáspora já registrada na história. Esta herança cruel se reflete até os dias de hoje, pelo abandono do Estado Brasileiro para enfrentamento das iniquidades em saúde, resultantes do racismo como estruturante nas desigualdades sociais, de raça, gênero, identidade de gênero, sexo e idade³⁰.

A luta constante do movimento negro para construção e efetivação de políticas públicas que promovam o acesso à qualidade de vida, para superação dos condicionantes e determinantes sociais de saúde, é inviabilizada pelo racismo institucional que opera na estruturação das instituições públicas, promovendo violações de direitos humanos e perpetuando condições desiguais de vida, com impactos negativos nas trajetórias familiares e individuais³¹.

Incluir o combate ao racismo como pauta prioritária nas políticas de atenção à saúde mental, é urgente e necessário, caso contrário a resposta ao adoecimento e sofrimento psíquico tenderá a ser medicalizante e medicamentozante. A atenção à saúde de negras e negros deve considerar os fatores históricos e culturais que envolvem esta população. Sua organização, sua religiosidade ancestral, sua estética, o reconhecimento e posse definitivas dos quilombos rurais e urbanos, o reconhecimento de saberes milenares e sobretudo a sua enorme contribuição à construção do Brasil, possibilitando assim a plenitude das vidas de negras e negros com saúde mental de qualidade³².

As violências contra a mulher, sobretudo negra, pobre, em situação de rua, que faz uso prejudicial de AD termina por afetar também seus filhos. Exemplo disso são as intervenções do Estado que têm como desfecho o afastamento de crianças e adolescentes da convivência familiar e comunitária. É necessário a escuta e o estudo para garantir as possibilidades de vínculo entre a criança e adolescente e seu contexto familiar e cultural. A pobreza enquanto condição de vulnerabilidade social das famílias não é admitida pela Saúde como negligência ou motivação para intervenção do Estado que resulte no afastamento de crianças e adolescentes de suas famílias³³.

³⁰ SESC FLORÊNCIO DE ABREU. Glossário Antirracista: História da Disputa. São Paulo: SESC, 2021. Disponível em: <https://m.sescsp.org.br/glossario-antirracista/>.

³¹ BRASIL. Presidência da República Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como Determinante Social de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude>.

³² Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/errata-livro-uso-de-medicamentos-e-medicalizacao-da-vida.pdf>.

³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças,

Além disso, o Brasil hoje é um dos países com maior número de casos de violência, perseguições e mortes de pessoas LGBTI+, principalmente Travestis e Transexuais. É o que evidencia o relatório do Observatório das Mortes Violentas De LGBTI+ No Brasil – 2020: “A cada 36 horas um LGBTI+ brasileiro é vítima de homicídio ou suicídio”³⁴. Os dados refletem a marginalização histórica e diversas situações degradantes que promovem contínuo sofrimento para essa população. Ao mesmo tempo, o engendramento do fundamentalismo religioso no atual governo brasileiro expressa mais uma forma de violência de Estado com a pregação da assim chamada “cura gay”, que não tem qualquer respaldo técnico.

Este cenário de violações aponta para a necessidade de traçar uma articulação entre as políticas do SUS e tecnologias jurídicas mais recentes de promoção e garantia dos direitos humanos, como é o caso dos 38 princípios de Yogyakarta, reconhecidos e aplicados em diversos países no mundo³⁵. Em 2006, um grupo de especialistas em direitos humanos se reuniu em Yogyakarta, Indonésia, para delinear um conjunto de princípios internacionais relacionados à orientação sexual e identidade de gênero. Em 2017, esses princípios foram aprofundados, e contextualizam e atualizam as noções de orientação sexual, identidade e expressão de gênero, assim como as demais características da diversidade sexual. No Brasil, em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos republicou o documento na ocasião da 1ª Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais³⁶.

A partir da perspectiva de SM pautada por Determinantes Sociais de Saúde (DSS), incluindo nuances mais recentemente debatidas nos últimos anos pela RPB, é importante aprofundar a reflexão sobre os desafios para efetivação:

adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

³⁴ Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil - 2020: Relatório da Acontece Arte e Política LGBTI+ e Grupo Gay da Bahia; /Alexandre Bogas Fraga Gastaldi; Luiz Mott; José Marcelo Domingos de Oliveira; Carla Simara Luciana da Silva Ayres; Wilians Ventura Ferreira Souza; Kayque Virgens Cordeiro da Silva; (Orgs). – 1. ed. – Florianópolis: Editora Acontece Arte e Política LGBTI+, 2021. 79 p. Disponível em: [2020 \(observatoriomortesviolentaslgbtibrasil.org\)](https://observatoriomortesviolentaslgbtibrasil.org/).

³⁵ Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS: o caminho para garantir a cidadania GLBT. Brasília: Presidência da República, 2008. Disponível em: Document converted with www.koolwire.com (mppr.mp.br). Yogyakartaprinciples.org – The Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity.

³⁶ Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS: o caminho para garantir a cidadania GLBT. Brasília: Presidência da República, 2008. Disponível em: [Document converted with www.koolwire.com \(mppr.mp.br\)](http://Document%20converted%20with%20www.koolwire.com%20(mppr.mp.br)Yogyakartaprinciples.org) Yogyakartaprinciples.org – The Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity.

a) da Universalidade na garantia do acesso universal em saúde mental, como direito humano, que deva alcançar as populações e vários grupos que compõem o tecido social em todos os pontos de atenção da RAPS.

b) da Integralidade, com articulação intra e intersetorial de políticas e serviços, com o trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional e educação permanente para o desenvolvimento de políticas transversais. Neste contexto, dentre as diversas necessidades, cabe destacar a importância do aprofundamento do debate sobre o NASF e matriciamento em saúde mental em sua relação com a Atenção Primária e com a Rede de Urgência e Emergência, abordando inclusive formas participativas de gestão e construção do projeto terapêutico singular em rede e formas de cuidado coletivo.

c) da Equidade, no sentido de garantir o reconhecimento das diferenças e especificidades das populações que sendo iguais na condição humana, são diferentes em suas particularidades. Ao mesmo tempo, é necessário o reconhecimento também dos DSS e as distintas condições de vulnerabilidade e riscos.

O reconhecimento da diversidade e dos vários modos de viver abre caminhos para desenvolver competências culturais e estratégias de cuidado interseccionais e intersetoriais que promovam emancipação. A PNSMAD sustentada nos princípios do SUS de Universalidade, Integralidade e Equidade deve potencializar ações que contemplem o respeito às diferenças, a diversidade e que reconheça um Brasil de múltiplas especificidades.

SUBEIXOS

a) Intersectorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental;

b) Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental;

c) Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas no território; e

d) Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS.

EIXO IV - IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO E OS DESAFIOS PARA O CUIDADO PSICOSSOCIAL DURANTE E PÓS-PANDEMIA

A pandemia de COVID-19 teve impactos significativos em todo o mundo, com suas incertezas, medidas de isolamento social, alta incidência de mortes nos seus momentos de pico, crise sanitária e funerária e diversos efeitos negativos na esfera do trabalho e da economia. No entanto, a gestão realizada pelo governo federal no Brasil ampliou ainda mais esse impacto e o sofrimento

da população, como vem sendo constatado pela atual CPI no Senado brasileiro, e resultou em mais de 600 mil vidas ceifadas, cuja parcela significativa poderia ser evitada.

Temos que reconhecer que nos diversos países do mundo a pandemia teve necessariamente níveis diferenciados de impacto na saúde mental de suas populações, mas no Brasil, as características da gestão federal e as dimensões mais amplas que a pandemia alcançou em função dela, elevaram ainda mais o nível de violação de direitos humanos básicos e o sofrimento mental da população. Diversos grupos sociais foram mais diretamente atingidos:

a) As pessoas que sobreviveram à doença, mas vivenciaram a internação muitas vezes em condições muito precárias, passaram pela experiência de muita dor, desconforto, proximidade da morte, e de acompanharem a morte de outros/as internados/as.

b) Os sobreviventes das formas mais agudas da doença, que depois passam a sofrer numerosos efeitos colaterais físicos e psicológicos, alguns até de longo prazo;

c) Os parentes e amigos das mais de 600 mil pessoas que faleceram em decorrência da doença, com destaque para o significativo grupo de crianças e adolescentes que ficaram órfãos; para todos eles, além da própria perda, houve o sofrimento adicional de não poderem se despedir adequadamente de seus entes queridos;

d) A população mais pauperizada e negra, e entre eles, particularmente as mulheres, ou seja, de todos/as aqueles/as que vivem do trabalho informal, que no Brasil é praticamente quase metade do mercado de trabalho, tendo que interromper suas atividades laborais nos períodos de maior isolamento social, ou daqueles que perderam seus empregos formais ou tiveram seu salário reduzido, o que implicou para todos viver situações de endividamento familiar, impossibilidade de responder a necessidades básicas, perda de moradia, e particularmente insegurança alimentar e fome;

e) Toda a população mais pauperizada vivendo em moradias precárias ou em situação de rua, como também todos aqueles obrigados a utilizar o transporte público normalmente superlotado, o que os obrigou a enfrentar diariamente o estresse e o medo do contágio, e de uma eventual morte decorrente da doença;

f) Os/as trabalhadores/as de saúde e do sistema funerário, que se dedicaram à linha de frente dos cuidados, mas que vivenciaram um alto nível de estresse por testemunhar tantas mortes, inclusive de colegas de trabalho; pelo esgotamento e exaustão por tantos meses de dedicação intensiva e em condições precárias; além do medo diário de contágio deles próprios e de seus familiares;

g) As pessoas objeto de medidas de segurança, internadas em instituições fechadas, como no sistema prisional, hospitais de custódia, unidades

sócio-educativas para adolescentes, que além das inúmeras violações regulares dos direitos humanos mais básicos, passaram a vivenciar um alto risco de contágio, com aumento da incidência de COVID-19, resultando em novas formas de violação de direitos e em uma intensificação do medo e do pânico;

h) As comunidades periféricas e faveladas composta em sua maioria por população negra, que além de todas as restrições ao trabalho, à circulação na cidade e às diferentes formas coletivas e presenciais de lazer, cultura, esporte e sociabilidade, geradas pelas medidas de isolamento social, continuaram a ser objeto, e em algumas cidades, sofreram a intensificação, de incursões violentas por forças militares e policiais, em nome do combate ao tráfico de drogas, em manifestações explícitas de uma estratégia de necropolítica;

i) As mulheres, crianças e adolescentes obrigadas a viver mais tempo em suas casas, aumentando a incidência de casos de violência doméstica, na forma de abuso infantil e de agressão às mulheres;

j) Todas as crianças, os/as adolescentes e os/as jovens que tiveram que interromper as atividades educacionais presenciais, quadro que foi mais agudo para a população mais empobrecida, frequentadora das escolas públicas e sem acesso adequado à internet, que tiveram perdas significativas no seu desenvolvimento psicológico e pedagógico, sendo que parcelas significativas delas não tiveram condições de dar continuidade aos estudos;

k) As populações de comunidades tradicionais, como indígenas, comunidades da floresta e ribeirinha, quilombolas, moradores de locais mais distantes dos centros urbanos, que sofreram atrasos significativos na assistência à saúde e na vacinação, elevando o número de casos e de mortes e portanto, o sofrimento comum;

l) As pessoas com diversas formas de agravos à saúde, vários deles requerendo urgência na realização de tratamentos e procedimentos, que tiveram que adiar a sua realização, na medida em que toda a prioridade foi dada às vítimas do COVI-19, e que terão que esperar uma longa fila, principalmente no SUS, aumentando o estresse e a angústia gerada pela espera e pelo possível agravamento de seu quadro;

m) As pessoas que vivem formas de sofrimento mental mais severo, cujos cuidados tiveram inúmeras restrições devido à impossibilidade das atividades presenciais na rede de atenção psicossocial, gerando maior isolamento e muitas vezes, agravamento dos quadros. Além disso, houve um significativo o atraso no pagamento a beneficiários/as do PVC, impactando o seu acesso à alimentação e moradia e dificultando ações de fortalecimento do seu protagonismo.

Por outro lado, temos que reconhecer que durante este período testemunhamos um fortalecimento de iniciativas de solidariedade na

minimização da insegurança alimentar da população e de incentivo à prevenção e combate ao avanço do contágio nos territórios, por meio de programas adequados de alguns governos estaduais e municipais, e particularmente por organizações e iniciativas de movimentos sociais, coletivos e redes locais, principalmente em regiões periféricas e de favelas, apostando em fortalecimento de ações comunitárias. Ações estas que apontam também uma direção de cuidado em saúde e saúde mental, que aposta em tecnologias de grupariedades e articulações territoriais solidárias.

A despeito de todas as dificuldades para contatos presenciais, também testemunhamos durante este período, na rede de saúde mental, um enorme esforço dos/as trabalhadores/as para garantir o atendimento nos casos de emergência. Além disso, assistimos à experimentação e utilização de ferramentas digitais a distância, para diferentes formas de atendimento individual, grupos de ajuda e suporte mútuos e oficinas. A experiência demonstra que os dispositivos *on line*, apesar das limitações da comunicação interpessoal e das dificuldades de acesso a aparelhos e Internet adequados, também permitem a circulação do afeto, marca da atenção psicossocial, e têm a vantagem de poder integrar usuários/as e familiares impossibilitados de contatos presenciais pela distância e, ou pelas dificuldades de acesso ao transporte coletivo. Assim, constituem mais uma alternativa de cuidados que certamente irá complementar os vários dispositivos presenciais já consolidados. No entanto, a expansão em larga escala destas modalidades de contato remoto dependerá de um amplo programa de inclusão digital a ser implementado não só na rede pública de saúde e saúde mental, mas também nos demais serviços públicos e na sociedade em geral.

De qualquer forma, para todos esses grupos sociais elencados acima, a elevação do quadro de sofrimento representa um aumento significativo das demandas para as políticas e programas sociais em geral, nos campos dos direitos humanos, saúde, assistência social, educação, programas urbanos em geral, mas também de cuidados em saúde mental, de forma intersetorial e interseccional, que precisam ser reconhecidas pela 5 CNSM. É preciso estimular e, ou criar estratégias de cuidado em saúde mental que levem em conta os desafios e especificidades de cada um dos grupos sociais mencionados, contemplando o enfrentamento das violações de direitos humanos, e de forma integrada, da assistência às diferentes formas de sofrimento mental. Neste foco, garantir a expansão e a manutenção da rede de atenção psicossocial com condições adequadas de condição de trabalho, de recursos humanos e de educação permanente, será uma condição fundamental.

Além disso, as amplas demandas de cuidado em saúde mental indicadas acima vão requerer sobretudo a expansão da AB e da RAPS e a garantia de sua integração, incluindo o retorno dos NASF e a implementação de todo o potencial dos dispositivos de apoio matricial realizado pelos profissionais de saúde mental para as equipes de atenção primária que atuam no território.

É preciso reconhecer que lidar com todas estas questões nos campos da saúde e saúde mental no SUS implica necessariamente lidar com o enorme desafio da precarização do trabalho, pelo processo de privatização da saúde realizada via “novos modelos de gestão”, que repassam a gestão e execução do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, por meio de contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos para as Organizações Sociais (OS), criadas em 1998; para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999.

Essas organizações precarizam todo o mercado de trabalho no campo; podem contratar funcionários sem concurso público; diminuem os salários; promovem a falta de estabilidade, sem planos de carreira e possibilidade de greve, além do fato de priorizar apenas resultados em detrimento da qualidade do cuidado. Esse projeto segue a vertente de gestão privada, que não prioriza a qualidade e sim a quantidade e o lucro, fazendo da doença um grande negócio, restringindo as ações públicas estatais a práticas de cuidados focalistas e rebaixando a pauta da saúde a uma lógica que nega os determinantes sociais da saúde. Além disso, os/as trabalhadores/as tendem a enfraquecer seu poder de organização como classe, pois como há diferentes contratos trabalhistas, regidos por várias instituições privadas com regras e direitos variáveis, não se reconhecem como uma única categoria, ou seja, como funcionários públicos.

Desta forma, esses modelos configuram-se como: uma modalidade de desvio de recursos públicos da saúde para o setor privado; um processo de Reformas Ultraliberais do Estado; uma ameaça aos direitos sociais; uma negação da legislação do SUS; um amplo prejuízo para os/as trabalhadores/as; a corrosão do controle social.

Além disso, é importante discutir como a questão da precarização atravessa de formas diferentes os/as trabalhadores/as que atuam nos equipamentos de cuidado em saúde mental. No caso das cuidadoras de saúde mental que atuam em SRT, uma das categorias essenciais ao trabalho de desinstitucionalização, é necessário ampliar o debate sobre a regulamentação da profissão, trazendo também as dimensões de gênero, raça e classe.

Portanto, dadas essas condições de trabalho e modelos de gestão privatizada, associados à crise econômica e sanitária do contexto brasileiro atual, a garantia da promoção de saúde mental e os avanços necessários na RPB, torna urgente uma política de contratação de pessoal por meio de concurso público, com estabilidade no emprego e direitos trabalhistas garantidos, com plano de cargos, salários e progressão de carreira, a garantia de pisos salariais nacionais por nível de escolaridade, e o estímulo à dedicação exclusiva e a qualificação/educação permanente.

SUBEIXOS

- a) Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental da população principalmente as vulnerabilizadas;
- b) Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas à distância;
- c) Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária.

Para concluir este documento de orientação para se iniciarem as discussões da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, depois de toda essa visão da história, das múltiplas dimensões, da complexidade e dos desafios atuais do campo da saúde mental, cabe apenas retomar o objetivo principal que ele deve cumprir: convidar cada um dos atores que hoje atuam no campo para participar do processo. As conferências nacionais constituem uma conquista democrática do povo brasileiro para suas políticas públicas, que nos possibilita, junto às bases de nossa sociedade, avaliar, discutir e propor as diretrizes que deverão conduzir as políticas que queremos para o nosso país, e no nosso caso, para a Política de Saúde Mental que desejamos para os próximos anos.

Assim, a cada um de nós e a cada coletivo, serviço ou organização em que atuamos, como trabalhadores/as, gestores/as, usuários/as, familiares, parceiros/as e amigos/as de nosso campo, cabe debruçar sobre nossas experiências e práticas, sobre os conhecimentos que adquirimos, e trazer para a reflexão e o debate, defendendo nossas ideias e propostas, para configurar com toda a visibilidade a Política Pública do Estado Brasileiro para o campo.

Se hoje vivemos uma conjuntura política, econômica e social muito grave no país, ainda temos estes mecanismos democráticos que nos garantem este espaço de participação e de resistência, de reencontrar os parceiros da luta antimanicomial, de troca de ideias e propostas. E é essa articulação ampla, ouvindo as bases da sociedade, que irá possibilitar a atualização de nossa potência como movimento social e a renovação de nossa vocação hegemônica, na construção de uma política de saúde mental que expressa os anseios mais autênticos de justiça e equidade da maioria da população de nosso país!

LISTA DE SIGLAS E TERMOS

- 4 CNSM-I – 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

- AB - Atenção Básica de Saúde (Atenção Primária à Saúde).
- AD - Álcool e outras Drogas.
- APS - Atenção Primária à Saúde (ver Atenção Básica de Saúde).
- ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde.
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.
- CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

- CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

- CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 15 mil habitantes.

- CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

- CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e

acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

- CAPS infantojuvenil: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. Parâmetro: Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

- CDPD - Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.
- CECO - Centro de Convivência e Cultura.
- CIDH - Corte Interamericana de Direitos Humanos.
- CND – Commission on Narcotic Drugs. Comissão de Entorpecentes da ONU.
- CnR – Consultório na Rua.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde.
- CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.
- COVID-19 – Doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2.
- CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito.
- CT- Comunidades Terapêuticas.
- DSS - Determinantes Sociais de Saúde.
- EC 95 - Emenda Constitucional nº 95/2016.
- ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente.
- EMAESM - Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental.
- EPS - Educação Permanente em Saúde.
- FASM - Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.
- FNS – Fundo Nacional de Saúde.
- GAM – Guia da Gestão Autônoma da Medicação.
- HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
- HP - Hospital Psiquiátrico.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- LBI - Lei Brasileira de Inclusão, Lei Federal nº 13.146/2015.

- LGBTI+ Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexos e outros. Sigla adotada no relatório do Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil.

- MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.
- MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.
- NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial.
- NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família.
- OMS - Organização Mundial da Saúde.
- ONU - Organização das Nações Unidas.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde.
- OS - Organizações Sociais.
- OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.
- Pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. Termo adotado na Portaria GM/MS nº 3.088/2011.
- Pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Termo do Relatório de Gestão 2011-2015: Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial.
- PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.
- PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria.
- PNSMAD - Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
- População em Situação de Rua. Termo atual adotado pelo Movimento Nacional de População em Situação de Rua.
- PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.
- PRONACOOP SOCIAL - Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social.
- PVC - Programa de Volta para Casa.
- RAPS - Rede de Atenção Psicossocial.
- RD - Redução de Danos.
- Renila – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.
- RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira.
- RUE – Rede de Urgência e Emergência.
- SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
- SHR - Serviço Hospitalar de Referência em Hospitais Gerais.

- SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.
- SRT- Serviço Residencial Terapêutico.
- SUS - Sistema Único de Saúde.
- UA - Unidade de Acolhimento.
- UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime.
- Usuários e usuárias - denominação para designar usuários e usuárias do SUS e adotada pela RPB e pela Luta Antimanicomial.

